



HAL
open science

Motivations au sevrage alcoolique parmi la population de l'essai Bacloville

Amandine Rivoire Milliard

► **To cite this version:**

Amandine Rivoire Milliard. Motivations au sevrage alcoolique parmi la population de l'essai Bacloville. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01146028

HAL Id: dumas-01146028

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01146028>

Submitted on 27 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N° 217

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

**Motivations au sevrage alcoolique parmi la
population de l'essai Bacloville**

Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 4 décembre 2014

Par

RIVOIRE MILLIARD, Amandine
Née le 29 octobre 1986 à Marseille (13)

Dirigée par M. Le Docteur Rigal, Laurent

Jury :

M. Le Professeur Jaury, Philippe Président

M. Le Professeur Granger, Bernard

Mme Le Docteur Sidorkiewicz, Stéphanie



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

*“En vérité le chemin importe peu,
La volonté d’arriver suffit à tout”*

Albert Camus

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Philippe Jaury de me faire l'honneur de présider mon jury et de m'avoir permis de participer à cette aventure Bacloville. Découvrir ce qu'impliquaient un projet de recherche et un essai thérapeutique fut une expérience très enrichissante. Merci pour votre soutien tout au long des missions qui m'ont été confiées.

Un grand merci au Professeur Granger de me faire l'honneur de participer à mon jury,

Merci au Docteur Laurent Rigal pour ces trois années de tutorat, pour la direction de ce travail et pour la précieuse aide à l'analyse statistique,

Un immense merci à Stéphanie pour sa participation au jury, pour son aide à la rédaction et pour ce soutien, toujours avec humour et entrain, tout au long du projet Bacloville.

Merci à toute l'équipe de l'essai Bacloville pour votre aide, en particulier Maryline.

Merci à tous les médecins et équipes de soin qui m'ont accompagnée tout au long de ces études en me donnant le goût et la passion, pour ce qui est pour moi, le plus beau métier du monde : le Dr Segalas, l'équipe des urgences de Melun, le Dr Didane, le Dr Diamantis, le Dr Gain, le Dr David, le Dr Herbaud, le Dr Mezière, le Dr Obrastzova, le Dr Krypciak, le Dr Laffont, toute l'équipe des urgences pédiatriques de Trousseau et notamment le Dr Guedj, le Dr Gaterre, Le Dr Tournier, le Pr Carbajal, le Dr Bommenel, le Dr Poupard, le Dr Carpentier, le Dr Hamila, le Dr Pop-Jora, le Dr Bornes et le Dr Challan-Belval ...

Un merci tout particulier à ceux qui m'ont transmis l'amour de la médecine générale : Le Dr Gabbai, le Dr Heusey, le Dr Grillot, le Dr Clément, le Dr Catu et les enseignants de la faculté de Paris 5.

Merci à celles et ceux qui ont grandi avec moi et m'ont fait cheminer ces dernières années : Pauline, Mathilde, Marianne, Fanny, Annabelle, Charlotte, Laurent, Marine, Pablo, Olivier, Martin, Jeanne, Anton, Claire, David, Camille, Elodie, Leslie, Siv, Laure, Laura, Tifenn ... et tant d'autres.

A mes parents qui m'ont soutenue, secourue et poussée toutes ces années, à mes trois frères toujours présents, à Flore et à ma famille,

A Jean et à notre future fille qui ont si bien accompagnés l'écriture de ces pages.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	8
LISTE DES IMAGES	9
LISTE DES TABLEAUX	9
I. INTRODUCTION	10
II. CONTEXTE	11
II. 1. EPIDEMIOLOGIE	11
II.1.1. NIVEAUX ET MODES DE CONSOMMATIONS	11
II.1.2. LES CONSEQUENCES	14
II.2. MEDECINE GENERALE ET ALCOOL	15
II.2.1. LE MEDECIN TRAITANT, UN MAILLON ESSENTIEL	15
II.2.2. DES MEDECINS MAL A L'AISE ?	15
II.2.3. DES PATIENTS DEMANDEURS	16
II.3. LE BACLOFENE	17
II.4. MOTIVATION ET ADDICTIONS	18
II.4.1. LE CONCEPT DE MOTIVATION	18
II.4.2. LES STADES DE MOTIVATION, LA THEORIE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE	19
II.4.3. LA THEORIE DE L'EVALUATION COGNITIVE ET DE L'AUTODETERMINATION DE DECI ET RYAN	21
II.4.4 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	24
II.5. POINT SUR LA LITTERATURE : MOTIVATION ET ADDICTION	25
II.5.1. L'EVALUATION DE LA MOTIVATION	25
II.5.2. LES RAISONS MENANT AU SEVRAGE :	25
II.5.3. VARIATION DE LA MOTIVATION ET DES RESULTATS DU SEVRAGE	27
II.5.4 MOTIVATION ET EFFICACITE DU SEVRAGE	28
III. MATERIEL ET METHODES	30
III.1 ETUDE BACLOVILLE	30
III.1.2. CRITERES D'INCLUSION	30
III.1.3. LES INCLUSIONS	31
III.2. ETUDE SUR LES MOTIVATIONS	31
III.2.1. OBJECTIFS	31
III.2.2. VARIABLES D'INTERÊT	31
III.2.3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES RECUEILLIES	32
III.2.4. VERIFICATION ET VALIDATION DES DONNEES	33
III.2.5. TESTS STATISTIQUES	34

IV. RESULTATS	35
IV.1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS	35
IV.2. DESCRIPTION DE LA MOTIVATION	37
IV.2.1. MOTIVATION GLOBALE	37
IV.2.2. MOTIVATIONS PRINCIPALES	37
IV.3. VARIATION DE LA MOTIVATION GLOBALE	38
IV.3.1. LE SCORE HAD	38
IV.3.2. LES DONNES DEMOGRAPHIQUES	38
IV.3.3. LA SANTE PERCUE	39
IV.3.4. L'ESTIME DE SOI	39
IV.3.5. LA SITUATION FINANCIERE	39
IV.3.6. L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR	40
IV.3.7. LES PRISES EN CHARGES MEDICALES	40
IV.3.8. LE MODE DE CONSOMMATION ET LES CO-ADDICTIONS	40
IV.4. ANALYSE MULTIVARIEE	42
IV.4. VARIATION DES MOTIVATIONS PRINCIPALES	43
IV.4.1. LA SANTE A LONG TERME	43
IV.4.2. LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE PROCHE	45
IV.4.3. LA SANTE A COURT TERME	46
IV.4.4. LE TRAVAIL	47
IV.4.5. LA JUSTICE	48
IV.4.6. LES VIOLENCES	49
V. DISCUSSION	50
V.1 LIMITES ET AVANTAGES DE L'ETUDE	50
V.1.1. POPULATION ETUDIEE	50
V.1.2. RECUEIL DES DONNEES	50
V.2.3 PEU D'ETUDES ANTERIEURES	51
V.2. DISCUSSION DES RESULTATS	52
V.2.1. POUR LA MOTIVATION GLOBALE	52
V.2.2. POUR LES MOTIVATIONS PRINCIPALES : SYNTHESE ET DISCUSSION DES RESULTATS	54
V.2.3 PERSPECTIVES	56
VI. CONCLUSION	58
VII. BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE 1: PHARMACOLOGIE DE L'ALCOOL	62
ANNEXE 2: EPIDEMIOLOGIE DE L'ALCOOL	63
ANNEXE 3: CONSEQUENCES DE L'ALCOOL	64

ANNEXE 4: ALCOOLODEPENDANCE DANS LE DSM-IV	65
ANNEXE 5: QUESTIONNAIRE AUDIT- C	66
ANNEXE 6: COMPLEMENT POUR LES THERORIES DE LA MOTIVATION	68
ANNEXE 7: DEUX AUTRES THEORIES DE LA MOTIVATION	70
ANNEXE 8: LITTERATURE ET MOTIVATION	73
ANNEXE 9: ETUDE BACLOVILLE	81
ANNEXE 10: ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG	82
ANNEXE 11: QUESTIONNAIRE EPIBALCO M0	83
ANNEXE 12: MOTIVATION GLOBALE, TABLEAU DE SYNTHESE	89

LISTE DES ABREVIATIONS

AA	Alcooliques Anonymes
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CIM 10	10 ^{ème} Classification Internationale des Maladies
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMTS	Client Motivation for Therapy Scale
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DESC	Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIU	Diplômes Interuniversitaires
DSM	manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
DU	Diplômes Universitaires
EM	Entretien Motivationnel
GABA	Gamma amino-butyrique
HAD	Hospital anxiety and depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children study
HTA	Hypertension Artérielle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ME	Motivation Externe
MI	Motivation Interne
MG	Médecin Généraliste
OCDS	Obsessive Compulsive Drinking scale
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
ORL	Oto-rhino-laryngologie
RCQ	Readiness to change questionnaire
SFA	Société Française d'Alcoologie
SOCRATES	Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
URICA	University of Rhode Island Change Assessment
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES IMAGES

Image 1 : Estimation du nombre de consommateur d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011

Image 2 : Pyramide du risque d'alcool de Skinner

Image 3 : Pyramide des besoins de Maslow

Image 4 : Les stades de la motivation selon Prochaska et DiClemente

Image 5 : Echelle continue de régulation

Image 6 : Physiologie des récepteurs GABA

Image 7 : Le système motivationnel

Image 8 : L'acronyme PRIME

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Variable Motivation globale

Tableau 3 : Répartition de la motivation globale

Tableau 3: Description des motivations

Tableau 4: Principaux résultats significatifs pour la motivation globale

Tableau 5: Analyse multivariée pour la motivation globale

Tableau 6: Patients motivés par la santé à long terme

Tableau 7 : Patients motivés par la famille

Tableau 8 : Patients motivés par la santé à court terme

Tableau 9 : Patients motivés par le travail

Tableau 10 : Patients motivés par la justice

Tableau 11 : Patients motivés par la peur des violences

Tableau 12: Conséquences de l'alcool

Tableau 13: Raisons pour accepter le sevrage médicamenteux

Tableau 14 : Synthèse des résultats, variation de la motivation globale

I. INTRODUCTION

La consommation d'alcool est profondément ancrée dans la culture européenne, elle accompagne les bons repas, les événements festifs et détient des enjeux socio-économiques importants. La France est un pays traditionnellement viticole et reste en 2011, malgré une chute des consommations ces 50 dernières années, le premier consommateur européen et le deuxième producteur après l'Italie. Néanmoins, l'alcool serait le psychotrope le plus utilisé et son mésusage serait impliqué dans 49 000 décès annuels ^[1]. La prévention de ses conséquences néfastes est donc une priorité de santé publique.

La motivation est devenue l'un des grands principes de compréhension et de prise en charge des addictions notamment de la dépendance à l'alcool. Les théories sur la motivation sont abondantes et la multitude de définition du concept «motivation» est loin d'être épuisée. La littérature montre que les fondateurs et premiers utilisateurs du concept ont eu des difficultés à synthétiser et à définir la motivation. Il y a eu également de vifs désaccords sur certains aspects du concept. Cependant, dans le langage courant, la motivation correspond à la force qui nous pousse à faire ou à réaliser quelque chose, parfois conditionnée par une récompense ou une sanction.

Suite aux théories sur la motivation de Prochaska et Diclemente^[2,3] puis de Ryan ^[4] sur la théorie de l'autodétermination, et enfin aux travaux de Miller, l'entretien motivationnel est devenu une référence dans la prise en charge des addictions et de l'alcool en particulier ^[5]. Cependant les raisons réelles des addicts à se sevrer sont mal étudiées, seuls quelques articles se penchent sur le sujet et ont défini des motivations extrinsèques et intrinsèques semblant être communes au sevrage. En outre la plupart des articles cherchent à montrer comment ces motivations influent sur la réussite ou non du sevrage ^[6] et non à les étudier et à comprendre les facteurs qui y sont reliés (Qu'est ce qui influe sur la motivation et qui est motivé par quoi ?). Ces paramètres permettraient de mieux cibler et guider l'entretien motivationnel selon le profil du patient.

Le médecin traitant est au cœur de la prise en charge du sevrage alcoolique ^[7], il est celui qui dépiste et amorce la prise en charge. Les techniques d'entretien motivationnel et d'interventions brèves sont particulièrement adaptées à une pratique de ville, avec la formation adéquate. Néanmoins, on sait qu'il existe une inadéquation entre le besoin du patient, qui fait confiance au médecin traitant et le ressenti des médecins qui se sentent impuissants et mal formés dans ce domaine ^[8,9].

Cette étude observationnelle est tirée des questionnaires de l'essai Bacloville mené par le Pr Jaury (Médecin généraliste de la faculté Paris Descartes), qui teste l'efficacité du baclofène dans le sevrage alcoolique, dont j'ai suivi l'évolution depuis 2011 en participant notamment au comité de pilotage. Ma thèse a pour objectif d'évaluer à quel point les patients sont motivés et quels facteurs (sociodémographiques, mode de consommation, histoire antérieure) renforcent cette motivation ainsi que de cerner les motivations principales au sevrage alcoolique médicamenteux et les profils des patients motivés par tel ou tel domaine.

II. CONTEXTE

II. 1. EPIDEMIOLOGIE

En France, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) ^[1] a publié en 2013 plusieurs résultats d'études sur la consommation d'alcool en France et dans le monde. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ^[10,11,12] reprend également ces résultats et recense d'autres études sur son site internet. Les chiffres cités proviennent soit de ces sources soit de l'Insee. La définition et la pharmacocinétique de l'alcool sont développées **en annexe 1**.

II.1.1. NIVEAUX ET MODES DE CONSOMMATIONS

(i) En Europe

En Europe, 55 millions (soit 15 %) d'adultes ont une consommation d'alcool au minimum dangereuse et 20 millions (soit 6 %) ont une consommation à problème. Cent dix-huit millions subissent des absorptions massives et 23 millions (soit environ 6,5 %) sont dépendants ^[7].

Les plus hautes consommations sont observées en Europe de l'est et en Europe centrale où elles sont en constante augmentation alors qu'elles ont une tendance à la baisse en Europe de l'ouest. Pour la consommation des jeunes de 16 ans, l'Allemagne et la Grèce sont les premiers, la France se situe, elle, en 8^{ème} position sur 33. Pour les consommations ponctuelles élevées chez les jeunes de 16 à 25 ans, il ne semble pas y avoir de logique géographique et la France obtient la 12^e position avec une moyenne légèrement supérieure à la moyenne Européenne.

Aux Etats-Unis en 2009, 2,3 millions de personnes suivaient un traitement pour sevrage alcoolique et 5 millions suivent un programme de groupe d'aide mutuelle comme les Alcooliques Anonymes (AA).

(ii) En France :

L'adolescence

En France, l'enquête HBSC ^[1] en 2010 a évalué les consommations des collégiens et lycéens. Il semblerait que l'expérimentation du premier verre se fasse largement avant l'entrée au collège (59% d'expérimentation à l'entrée en 6^e). En revanche la régularisation des consommations et les premières ivresses se développent dans les années « collèges » et se renforcent au lycée avec un clivage homme/ femme où ces premiers consomment plus et atteignent plus souvent l'ivresse. Les adolescents (surtout les garçons) sont plus adeptes des fortes consommations ponctuelles comme le « binge drinking » qui consiste à boire le plus rapidement possible de grandes quantités d'alcool pour atteindre l'ivresse (étude ESCAPAD 2011 ^[1]).

Les jeunes adultes : de 18 à 25 ans

Ils se distinguent de leurs aînés par une consommation moins régulière mais plus excessive, une tendance qui s'accroît depuis 2005 (les ivresses répétées ont doublées entre 2005 et 2010). En 2010, une enquête montre une stabilisation des consommations régulières (2,6 % de consommations

quotidiennes contre 29 % chez les 65 -75 ans) par rapport à 2005 avec une augmentation des alcoolisations massives et ponctuelles. Ces comportements diminuent progressivement avec l'âge pour ne concerner presque plus personne après 65 ans.

Les adultes

En 1930 la consommation en France des personnes âgées de 15 ans et plus étaient de 65 g par jour puis en 1970 ils buvaient en moyenne 22 L /an soit 48 g d'alcool pur par jour, cela représentait le taux le plus élevé du monde. Ce taux est passé en 2009 à 11,8 L/an soit 26 g d'alcool pur par jour.

Seul 12,6 % de la population générale adulte de 18 à 75 ans déclare ne pas avoir bu un verre d'alcool sur l'année précédente ^[13]. La boisson des adultes reste le plus couramment le vin devant les spiritueux et la bière. Près de 10 millions de français prennent un verre au moins trois fois par semaine et 6.4 millions tous les jours. **L'annexe 2** développe les autres consommations en France.

Expérimentateurs	Dont actuels	Dont réguliers
44.4 millions	41.2 millions	8.8 millions

Image 1 : Estimation du nombre de consommateur d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75ans en 2011

Expérimentateurs : consommation au moins une fois dans la vie, *actuels* : dans l'année, *réguliers* : au moins 3 fois dans la semaine pour les adultes et 10 dans le mois pour les adolescents ^[10].

(iii) Les abus

L'usage non à risque

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ^[14,15] a émis des recommandations pour une consommation à moindre risque ; elles s'appuient sur « l'unité alcool » qui équivaut à un verre standard, dont le contenu en alcool pur est égal à 10 g (un verre standard d'une quelconque boisson alcoolisée contient la même quantité d'alcool pur).

- Consommation **régulière** : pour les femmes : pas plus de 2 unités d'alcool par jour (maximum de 14 par semaine). Pour les hommes : pas plus de 3 unités d'alcool par jour (maximum de 21 par semaine). Au moins un jour par semaine sans boisson alcoolique.
- Consommation **occasionnelle** : pas plus de 4 unités d'alcool en une seule occasion.
- Pas d'alcool dans les **circonstances** suivantes : pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule, quand on conduit une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance, quand on prend certains médicaments, dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...), quand on est un ancien alcoolo-dépendant ^[13,14].

Le mésusage d'alcool ^[15]

- **L'usage à risque** est l'usage au-delà des limites fixées par l'OMS. L'usage à problème est lui défini par plus de 40g/j pour les femmes et plus de 60g/j pour les hommes.
- **L'usage nocif** se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée. Selon la 10ème Classification internationale des maladies (CIM 10), l'usage

nocif d'alcool est défini à la fois par les dommages induits, par une consommation répétée (ces dommages peuvent être physiques ou psychiques) et par l'absence des critères de l'alcoolodépendance.

- **La dépendance** : Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. Dans la définition du DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), il est décrit une « tolérance », une augmentation du temps passé dédié à l'alcool, une perte de contrôle et l'apparition de signes de sevrage à l'arrêt. (voir **annexe 4**). Le terme « alcohol-use disorder » remplace la notion de dépendance et d'abus dans le DSM V paru en 2013 ^[16] (voir annexe 4).
- **Le « craving »** : de l'anglais désir ardent, appétit insatiable, ce terme désigne une impulsion incontrôlable à rechercher le produit et à le consommer de façon compulsive. Entre dans la définition de la dépendance dans le DSM V.

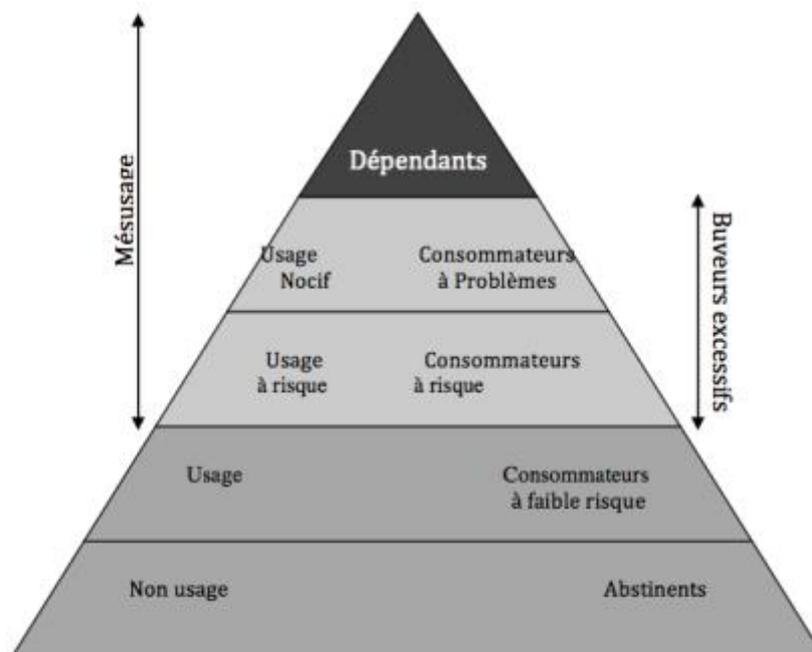


Image 2 : Pyramide du risque d'alcool de Skinner (modifiée par Michaud, Batel et Saunders) ^[17].

Quelques chiffres de mésusage

En 2011, un mésusage d'alcool est déclaré par environ 4.7 % (6 millions) de la population adulte française. Le nombre de passages aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë est de 104.000, cela représente 1 % du total des passages. Les 15-24 ans et les 40-49 ans sont les plus concernés avec une augmentation en début de mois et les week-ends. La consommation pendant la grossesse est déclarée par 21% des femmes mais seulement 3% ont bu plus de 3 verres lors d'une même occasion.

Grace au test AUDIT-c ^[18] (voir **annexe 5**) la population peut être classée en 4 types de buveurs : 37 % des 18-75 ans sont des buveurs occasionnels sans risque, 12 % des buveurs réguliers sans risque, 28 % des buveurs ponctuels à risque et 9 % chroniques à risque. La consommation à risque

ponctuel diminue avec l'âge, tandis que la consommation à risque chronique, importante chez les jeunes (14 % parmi les 18-25 ans), diminue jusqu'à 45 ans (7 % parmi les 35-44 ans), puis augmente au-delà (9 % chez les 65-75 ans).

Une étude américaine ^[citée dans 7] a montré que les sujets souffrant de dépendance à l'alcool se répartissaient ainsi au cours de l'année suivante : 18 % étaient abstinents, 18 % étaient des buveurs à risque faible, 12 % étaient des buveurs à risque asymptomatique mais avaient un mode de consommation susceptible de les faire rechuter, 27 % étaient classés comme étant en rémission partielle et 25 % étaient toujours dépendants. Seul un quart des sujets avaient déjà reçu un traitement. L'alcoolodépendance et l'usage à risque forment donc un continuum dans lequel les individus évoluent dans un sens ou dans l'autre pouvant connaître des épisodes successifs d'abstinence et de rechute.

Le risque ponctuel semble plus toucher les professions intermédiaires et les cadres alors que le risque chronique implique plus souvent les hommes employés de commerce, les agriculteurs, les femmes -artisans ou commerçants- ainsi que les cadres et professions intellectuelles. Les chômeurs représentent la 3^{ème} catégorie concernée par le risque ponctuel mais la plus touchée par le risque chronique. Entre 2002 et 2010, derrière une apparente stabilité, se cachent des disparités notamment un accroissement du risque ponctuel chez les jeunes femmes et chez certaines populations sociales (précarité, ouvriers, jeunes cadres).

II.1.2. LES CONSEQUENCES

La morbi-mortalité de l'alcool est un réel problème de santé publique. Il est à la fois un facteur de risque de sanitaire et social. La consommation d'alcool expose à des risques depuis l'âge embryonnaire (syndrome d'alcoolisation fœtal, mort fœtale, retard de croissance) jusqu'à la fin de la vie. D'autre part en milieu professionnel sa consommation expose au risque d'absentéisme ou à des comportements inadaptés.

En France le nombre de décès imputable de façon directe ou indirecte à la consommation de ce produit est estimé à 49000 par an (étude de S. Guérin ^[7] en 2009 : 36.500 pour les hommes et 12.500 pour les femmes) et reste la deuxième cause de décès évitable après le tabac. On différencie les causes entièrement attribuables à l'alcool : myocardopathies, varices œsophagiennes, cirrhose, encéphalopathie, carences ... Et les causes partiellement attribuables à l'alcool : les cancers, l'arythmie cardiaque, l'hypertension artérielle (HTA), la pancréatite ainsi que le risque de chute, de violence, de tentative de suicide, d'isolement social, de précarité (**voir annexe 3**).

Il semblerait que la consommation modérée diminue le risque hypertensif chez la femme (inférieure à 12g par jour) et le risque cardio-vasculaire global, cependant le manque d'étude clinique d'intervention ne permet pas de valider formellement ces résultats (risque individuel de pathologie et d'alcoolodépendance difficilement évaluable).

Au niveau mondial, l'alcool est le troisième facteur de risque de morbidité (après l'hypertension artérielle et le tabac), le 4^e facteur de risque de surpoids, 4 % des décès lui seraient attribuables (plus que ceux imputables au VIH). La violence, l'alcool et la tuberculose sont les principales causes de décès chez les 15-59 ans.

II.2. MEDECINE GENERALE ET ALCOOL

II.2.1. LE MEDECIN TRAITANT, UN MAILLON ESSENTIEL

En 1990, A. Goodman élabore une définition clinique claire de la pathologie addictive et la décrit comme « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par : l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) »^[19]. Par la suite de nouveaux outils de diagnostic ont été mis à la disposition des soignants comme les techniques d'interventions brèves et d'entretien motivationnel^[20]. Le médecin généraliste (MG) apparaît donc comme un des maillons essentiels dans le dépistage puis dans la prise en charge de la pathologie addictive. En effet, 80 % des adultes consultent au moins 1 fois par an leur MG en sachant que ceux ayant un problème d'alcool consultent plus souvent^[21]. Vingt-neuf pourcent des patients masculins et 11 % des femmes sont confrontés directement ou non à un problème d'alcool. Le MG est donc au cœur de la démarche de dépistage.

A noter que la plupart des personnes ayant un problème d'addiction consultent généralement pour un autre motif^[22] : la douleur serait le motif le plus fréquent (23%), puis viendraient les problèmes cardio-vasculaires (16%), les problèmes ORL (11%) et le diabète (11%). Toutes les consultations doivent donc être mises à profit pour faire le point sur la consommation. Le peu d'éléments objectifs permettant d'affirmer le diagnostic et l'éventail limité de traitement ne facilitent malheureusement pas cette tâche. Cependant la polyvalence, la durée et la proximité sont les meilleures armes du MG^[23]. Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Société Française d'Alcoologie^[14] en 1999 puis en 2001 le médecin généraliste occupe une place centrale dans le sevrage et le suivi après sevrage du patient alcoolo-dépendant.

En 2011, l'Inpes publie un rapport sur le rôle des médecins traitants dans la pathologie addictive et l'intérêt de l'intervention brève^[7] afin de rappeler aux médecins qu'il est plus facile de faire réduire ou d'arrêter la consommation d'un non dépendant avec l'aide appropriée et que le dépistage en amont de la dépendance représente ainsi un intérêt crucial. D'autre part, le rapport montre que les interventions brèves permettent une réelle efficacité dans ce domaine et ont un rapport coût /efficacité très bon. Le simple fait de déconseiller l'alcool permet l'arrêt ou la diminution de certains patients.

II.2.2. DES MEDECINS MAL A L'AISE ?

En comparant la prise en charge de l'alcoolo-dépendance, avec d'autres conduites addictives comme le tabac ou la toxicomanie, on peut noter un manque d'intérêt des médecins. L'observatoire de médecine générale^[21] a montré qu'en 5 ans (1998-2003) la prise en charge des addictions au tabac et des toxicomanies a doublé alors que celle de l'alcool a stagné.

Plusieurs études et thèses montrent qu'il y a une incohérence entre la demande des patients et le ressenti des médecins^[9]. Certains freins et représentations expliquent cette contradiction.

En 2002, Roche et al ^[9], montrent que l'investissement des médecins dans le champ de l'addictologie n'est pas optimal, qu'ils ne dépistent pas suffisamment et ne s'intéressent que peu à ce domaine. Miller ^[9] en 2001, vient étayer ces dires en montrant que les médecins ont en moyenne dans leur patientèle 25 à 50 % de patients présentant une addiction à l'alcool ou à d'autres substances alors que 70 % d'entre eux déclarent n'en avoir que 10 %. De plus 60 % d'entre eux ne déclarent utiliser aucun outil diagnostique. Les médecins déplorent cependant ce fait et se sentent pour la plupart mal formés ou moins légitime que dans la promotion du sport ou la prise en charge de l'obésité ^[7].

Cette carence est directement liée à un problème de représentation et de tabous : on en parle peu, on considère encore les addictions comme le fruit de choix personnels. Les comportements à risque et la dépendance sont toujours perçus comme un problème d'ordre moral. Les raisons le plus souvent invoquées dans le manque d'investissement dans l'addictologie sont le manque de temps, la formation inappropriée, l'inquiétude vis-à-vis des patients réticents (« parler d'alcool équivaldrait à le suspecter d'être alcoolique »), l'incompatibilité supposée des interventions brèves avec les soins de santé primaires, la conviction que le patient dépendant n'est pas réceptif ^[7,24].

D'autre part, au sein de la communauté scientifique et des responsables de l'enseignement, malgré le réel problème de santé publique, ces troubles ont longtemps été considérés comme accessoires voire extérieurs aux problèmes médicaux ou non reconnu comme relevant d'un travail médical à part entière ^[9]. Cependant si la formation avant les années 2000 ne présentait que quelques heures facultatives, elle se constitue aujourd'hui de plusieurs heures de cours en 1^{er}, 2^e et 3^e cycles, de séminaires ainsi que de la possibilité de capacités, Diplômes Universitaires (DU), Diplômes Interuniversitaires (DIU) et Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC).

II.2.3. DES PATIENTS DEMANDEURS

Une thèse de 2009 ^[21] reprenant pour l'étayer plusieurs études et autres thèses, a montré que sur une population, il est vrai, moyennement représentative de la population alcoolo-dépendante française (biais de participation, un seul centre), que les patients étaient plutôt enclins à la discussion sur l'alcool alors que le médecin semble, comme vu précédemment, l'élément freinateur, en partie car il pense que le patient va refuser la discussion.

Environ 80 à 85 % des patients étaient d'accord pour dire que le médecin traitant doit être au centre de la discussion sur l'alcool, la dépendance, l'abstinence. Soixante-dix pourcent pour dire que le médecin peut prendre en charge le sevrage et 75 % attendaient du médecin qu'ils les suivent en post sevrage pour le renouvellement des médicaments et le soutien psychologique. A noter cependant une perte de confiance dans la capacité du médecin traitant à réaliser le sevrage lorsque les patients consultent assidument. Les patients qui consultaient le plus souvent attribuaient moins souvent au MG le rôle de prendre en charge leur maladie alors qu'ils font plus souvent confiance au MG pour assurer l'après sevrage.

D'autres articles ont ainsi montré que les patients trouvaient normal de parler d'alcool en consultation, que les médecins généralistes sont jugés « légitimes et compétents sur ce sujet ». De même les patients dépendants interrogés auraient souhaité être aidés à aborder leur inquiétude vis-à-vis de l'alcool alors que leur consommation était encore contrôlable mais constatent le plus souvent que la gêne était du côté des médecins qui ne voulaient rien entendre ^[23, 24].

II.3. LE BACLOFENE

Le baclofène a été commercialisé en 1972 comme myorelaxant d'action centrale pour traiter les contractures spastiques (notamment dans les pathologies neurologiques centrales comme la sclérose en plaque). Il est un dérivé de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), principal neurotransmetteur impliqué dans la surexcitation neuronale liée à la peur ou l'anxiété.

Il s'agit d'un agoniste du récepteur GABA B inhibant les réflexes mono- et poly synaptiques au travers de la moelle épinière dont l'effet se concentre sur la relaxation des muscles squelettiques [25]. Ces récepteurs auraient également des effets anxiolytiques et addictolytiques encore mal connus et mal maîtrisés. L'alcool quant à lui interagit également avec ces récepteurs et l'on constate une diminution de l'activité GABA-ergique dans l'alcoolisme chronique (voir **annexe 1**).

La molécule est utilisée en 1993 par Krupitsky et coll, chez des patients alcooliques. Ils montrent une efficacité dans la réduction de l'anxiété pendant le sevrage puis plusieurs autres études de faible puissance montrent une efficacité dans l'obtention du sevrage alcoolique et la diminution du « craving » avec des doses bien plus importantes que les doses utilisées pour la spasticité (environ 300mg/j contre 30mg/j).

En France c'est le cardiologue Olivier Ameisen qui s'y intéressera en premier, le testera sur lui-même et publiera son expérience en 2005 dans un article scientifique puis en 2008 dans un livre intitulé *Le dernier Verre*. Montrant ainsi qu'il arrive à obtenir une indifférence totale vis à vis de l'alcool (et donc une suppression du « craving »).

L'objectif du baclofène renvoi donc à un changement total de prise en charge du sevrage alcoolique en écrivant un nouveau paradigme : il s'agit bien d'obtenir un retour à une consommation contrôlée et non forcément à une abstinence totale.

L'essai Bacloville vient donc étayer ces précédents ouvrages avec une étude prospective et pragmatique ayant pour but d'obtenir une autorisation de mise sur le marché de la molécule dans l'indication de la prise en charge de l'alcool (abstinence ou retour à une consommation normale selon les normes OMS).

II.4. MOTIVATION ET ADDICTIONS

II.4.1. LE CONCEPT DE MOTIVATION

Le dictionnaire de la langue française définit la motivation comme « une force qui pousse à agir »^[26]. Le dictionnaire de psychologie propose une définition plus complète :

« Terme générique dérivé du latin motivus (déclenchant un mouvement) et désignant des processus qui confèrent au comportement une intensité, une direction déterminée et une force de déroulement, et qui émergent comme phases saillantes de l'activité individuelle. Au sens large, le construit de motivation sert à expliquer pourquoi et comment le comportement, dans des situations spécifiques, s'oriente vers certains buts et est guidé en direction de leur réalisation. (Fröhlich, 1997, p. 262) »

Le concept et le mot « motivation » datent du milieu du XXe siècle et ont pourtant très vite été adoptés dans le langage commun. Ils découleraient des travaux sur les besoins, d'auteurs comme James (1890) ou McDougall (1908)^[19]. Le concept de motivation a fait couler beaucoup d'encre et plusieurs dizaines de théories sont nées dans la deuxième moitié du XXe siècle. Les « behavioristes » ont émis une théorie selon laquelle, indépendamment des motifs immédiatement perceptibles et surtout intelligibles, l'origine de tous les comportements humains se rattache, d'une manière ou d'une autre, aux besoins. Cependant la majorité des théories motivationnelles postulent l'existence de besoins qui sont à distinguer d'un fonctionnement purement organique. C'est le cas notamment pour Maslow (1943) qui développe une théorie de la motivation s'appuyant sur une pyramide des besoins dont la base serait le besoin physiologique évoluant vers le besoin d'estime et de s'accomplir (**image 3**), ou pour Deci et Ryan qui décrivent la théorie de l'autodétermination autour du besoin d'autonomie et de compétence (cf. infra)^[19].



Image 3 : Pyramide des besoins de Maslow

Il est nécessaire de distinguer la motivation qui reste un hypothétique phénomène interne, de ses déterminants qui peuvent également être internes mais aussi externes. Par exemple si la menace d'une sanction (déterminant externe) peut expliquer le changement de comportement d'un élève, elle ne caractérise pas la nature de la force (ou motivation) qui modifie le comportement. Cette sanction doit avoir un relai interne par exemple en termes de peur, de honte ou d'anxiété pour expliquer la nature de la force (ou motivation) qui entraîne le changement de comportement.

II.4.2. LES STADES DE MOTIVATION, LA THEORIE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

Ces stades constituent le modèle trans-théorique du changement ou de la disposition au changement. Ce modèle d'approche comportementale a été introduit par les psychologues James O. Prochaska et Carlo C. Di Clemente à la fin des années 1970. ^[2,3]

Selon eux la motivation à une action et notamment au sevrage ou à la prise en charge d'un problème se développe en plusieurs étapes (**image 4**).

(i) Pré-contemplation : le patient n'envisage pas le moindre changement et ne voit pas son comportement comme problématique.

(ii) Contemplation : Le patient reconnaît le problème mais ressent beaucoup d'ambivalence par rapport au changement. L'ambivalence ne signifie pas la résistance à faire quelque chose, mais plutôt l'expérience d'un conflit psychologique à propos du choix entre deux options possibles. Dans le cas de la dépendance à l'alcool, le conflit apparaît entre les effets positifs et les effets négatifs de l'alcool, ou encore entre les avantages et les inconvénients d'arrêter de boire. On parle de balance décisionnelle. C'est à ce stade que le médecin a un rôle crucial à jouer pour amener le patient à progresser même si l'on sait que si le praticien intervient en arguant les côtés positifs du changement et les côtés négatifs du comportement addictif, le patient par esprit de contradiction aura une tendance au « oui, mais.. » et accentuera les aspects positifs de ne pas changer ^[21].

(iii) Décision (préparation à l'action) : Le patient établit un plan de changement avec toutefois un certain degré d'ambivalence pouvant persister.

(iv) Action : Le patient procède aux modifications de comportement. Cette phase est clairement observable.

(v) Consolidation (maintien) : Le nouveau comportement occupe une place dans la vie du patient et le maintien de ce comportement est le nouvel objectif.

Le patient peut rester dans le maintien ou rechuter. La rechute est toujours possible et est souvent fréquente.

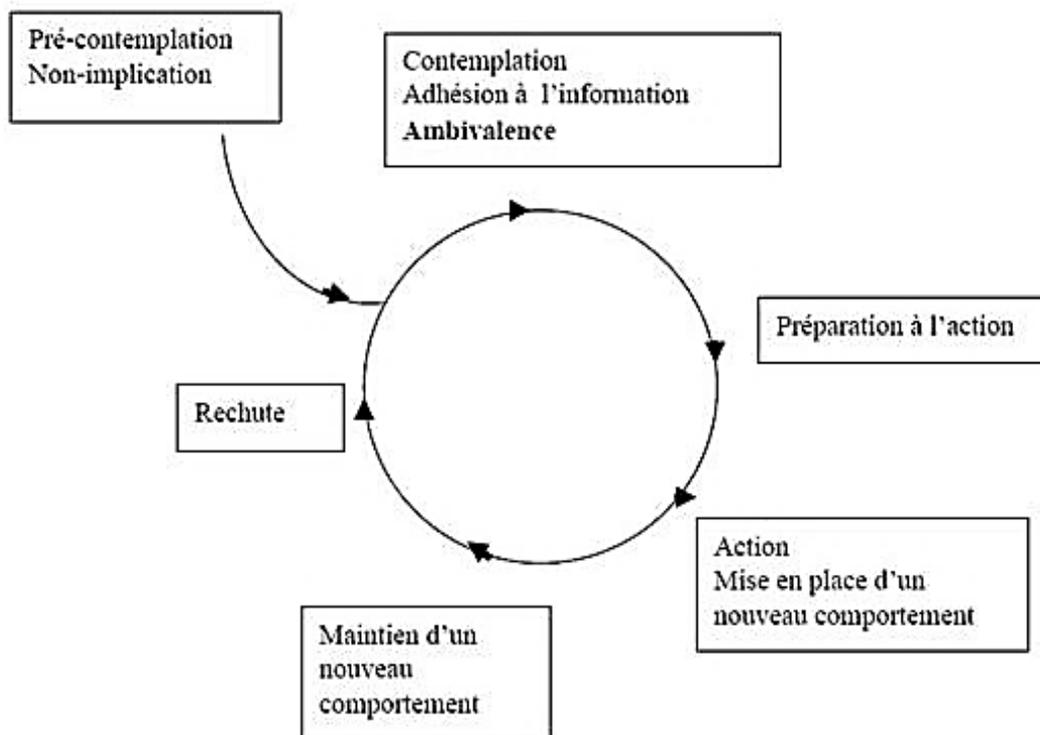


Image 4 : les stades de motivation selon Proshaska et Di Clemente ^[23]

Cette théorie des stades souligne le fait que la décision au changement est un processus et non un évènement ponctuel. Il en résulte que le déni reflète une inadéquation entre « l'agenda du médecin et celui du patient » le premier voulant emmener le deuxième dans une démarche pour laquelle il n'est pas prêt ^[23] (**voir annexe 6** pour plus de détail).

Miller et Tonigan en 1996 ^[20, 27] ont proposé un modèle à 3 niveaux : pré-contemplation et décision seraient en fait les deux facettes d'une même pièce : la pré-contemplation serait en fait un manque de décision. Ils les nommèrent : Ambivalence (contemplation), Reconnaissance (décision), « Taking steps » ou prise de mesure (Action).

II.4.3. LA THEORIE DE L'EVALUATION COGNITIVE et DE L'AUTODETERMINATION DE DECI ET RYAN

Dans les années 80 puis au cours de nombreux articles, Deci et Ryan ont développé la théorie de l'autodétermination qui propose l'existence de différents types de motivation en fonction du degré de détermination que sous-tend le comportement. Ils divisent les types de motivation en 3 grandes classes : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME), l'amotivation [19,29].

(i) La motivation intrinsèque

De nombreux écrits se sont penchés sur le sujet et notamment en addictologie sur l'influence qu'elle peut avoir sur les résultats du maintien du sevrage [4]. De façon générale, la motivation intrinsèque (MI) est définie comme la tendance à s'engager dans une activité pour le plaisir et la satisfaction qui sont inhérents à la pratique de cette activité et non en fonction des récompenses et des contraintes extérieures qui peuvent y être associées (Deci, 1975). Intrinsèque rime donc avec volontairement et par intérêt, par plaisir, par satisfaction... Elle découlerait du besoin d'autodétermination, c'est-à-dire la possibilité de choisir d'émettre ou non un comportement et du besoin de compétence qui, lui, réfère à la propension de se sentir efficace dans les interactions avec l'environnement. L'individu intrinsèquement motivé cherche à faire ses choix selon sa propre expérience, son propre ressenti en étant libre des contraintes extérieures.

(ii) La motivation extrinsèque

Elle représente les comportements effectués pour des raisons instrumentales. C'est-à-dire dans le but d'engendrer une conséquence agréable (par exemple perdre du poids pour rentrer dans un vêtement aimé) ou pour éviter des conséquences désagréable (par exemple : ne pas boire pour éviter de perdre son permis de conduire). Autre exemple plus répandu : Faire plaisir aux proches ou éviter leurs menaces.

Différents types de ME apparaissent dans un « continuum d'autodétermination »: du plus faible au plus haut niveau d'autodétermination :

- *La régulation externe* : le comportement est régulé par des sources de contrôle externes (récompenses matérielles ou contraintes imposées par une tierce personne). Par exemple le patient qui entamerait un sevrage sur décision légale.
- *La régulation introjectée* : l'individu commence à intérioriser les sources externes. La régulation du comportement se fait donc par le biais de sources de contrôles qui sont bien externes mais intériorisées par le patient. Par exemple : un patient qui arrêterait de boire car il culpabiliserait de ne rien faire pour sa santé. L'activité est librement choisie car il agit pour éviter la conséquence désagréable.
- *La régulation identifiée* : le comportement devient valorisé et important pour le sujet qui s'y engage. L'intériorisation des motifs externes est alors suffisante pour provoquer une identification au comportement, il est cohérent avec les valeurs et les besoins de cet individu. Par exemple, le patient qui choisit d'entrer en cure car c'est le moyen qu'il a choisi pour faire face à son addiction et qu'il aimerait régler ce problème. Malgré les fins instrumentales, l'activité peut être qualifiée d'autodéterminée.

- *La régulation intégrée* : il s'agit d'une régulation cohérente avec le concept de soi de la personne. Le patient agit volontairement et en accord avec ce qu'elle est. Il est motivé pour plusieurs comportements qui peuvent être associés à une dimension de sa personne et de surcroît il tente de réduire les conflits entre ses comportements et de maintenir un niveau de cohérence élevé entre ceux-ci. Par exemple, le patient qui entreprend un sevrage pour améliorer son bien être tout en étant motivé par l'amélioration de ses relations sociales et à diminuer les événements stressants de sa vie.

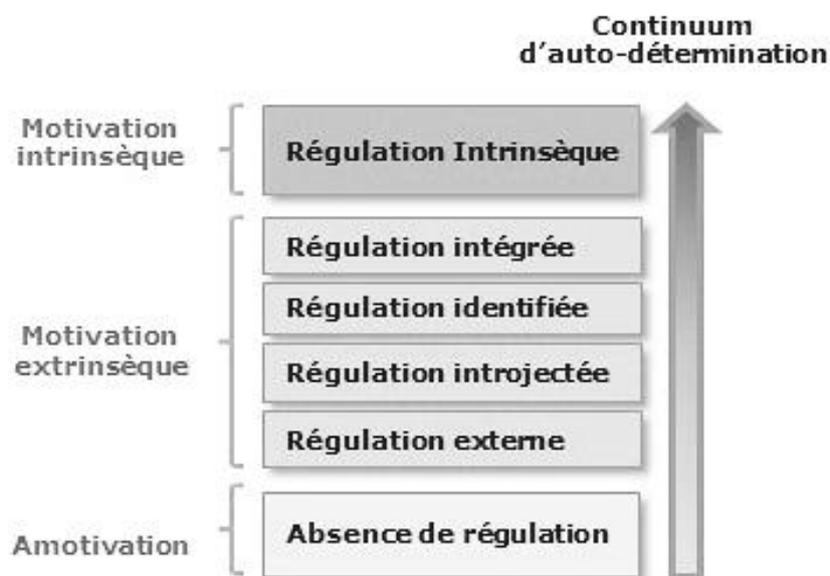
(iii) L'amotivation

L'individu est incapable de prévoir et d'expliquer les conséquences de son comportement. Il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus et pense donc que ses comportements sont causés par des facteurs hors de son contrôle. C'est l'absence de motivation. Le patient peut effectuer une activité mais en remettant sans cesse en question sa participation et souvent finit par abandonner. Par exemple, il s'agit du patient se demandant ce qu'il peut retirer de son sevrage à l'alcool.

(iv) Continuum d'autodétermination

De l'amotivation à la motivation intrinsèque, les motivations se développent dans un continuum d'autodétermination. Cette théorie développée par Deci et Ryan a été corroborée par d'autres travaux ^[19].

Ce continuum (**Image 4**) permettrait de prévoir les conséquences psychologiques associées aux différents types de motivation : le niveau d'autodétermination devrait entretenir une relation proportionnelle avec le bien être. Une meilleure place dans le continuum induit donc un meilleur fonctionnement psychologique.



Images 5 : Echelle continue de régulation ^[28]

La motivation est donc un concept dynamique dans le lequel le patient évolue au grès des hausses et des baisses des sentiments d'autodétermination et de compétence. Le thérapeute a ici toute sa place pour aider son patient à satisfaire ces besoins d'autodétermination et de compétence pour l'amener à une meilleure motivation.

(v) La théorie de l'évaluation cognitive

Cette théorie repose sur le fait que la motivation de la personne variera en fonction du niveau de perception qu'elle a de ses compétences et par conséquent de son autodétermination. Plus elle se sentira compétence, indépendante et soutenue, plus elle sera motivée. **(Voir annexe 6)**. Donc dans une relation médecin-malade, le soutien de l'autonomie, le niveau d'implication dans les relations et le style interpersonnel du médecin devrait faciliter l'intégration et le maintien des changements. Le fait de laisser le choix et de renforcer le sentiment d'autodétermination et de compétence augmente le maintien du traitement et/ou du sevrage ^[19] **(voir annexe 6)**.

Deux autres théories de la motivation sont développées en **annexe 7**.

II.4.4 L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

(i) Bases du concept

L'entretien motivationnel (EM) s'est développé au cours des années 80 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni avant de se diffuser plus largement dans le monde. Ses auteurs, William Miller et Stephen Rollnick, tous deux psychologues, le définissent comme « une méthode de communication directive, centrée sur le client, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »^[29]. Il s'agit d'un style d'intervention, d'une modalité particulière d'interaction avec le patient, orienté vers un objectif déterminé, par exemple l'abandon ou la diminution du comportement à risque. Il s'appuie sur des principes d'autonomie et de responsabilité du patient. Il permet d'étudier et d'élucider, avec lui l'ambivalence du patient devant un changement de comportement. C'est à lui de formuler les arguments en faveur du changement et de fixer ses objectifs. Il s'avère que plus les dommages sont réparables mieux ils sont pris en compte ; plus le comportement est en contradiction avec les valeurs propres du sujet, plus la motivation au changement sera grande ; plus il se place dans le dialogue pour exprimer ses préoccupations moins il résiste aux conseils donnés ; plus les solutions proviennent de lui, plus elles sont faciles à appliquer. Enfin moins l'interlocuteur est dans un rôle de juge, plus les résistances tombent. L'entretien motivationnel s'avère ainsi particulièrement utile dans les situations où les patients sont en difficulté pour reconnaître la gravité d'un problème.

Les principes de base définissent les attitudes de l'intervenant dans la conduite de l'entretien : exprimer l'empathie, développer les divergences, rouler avec la résistance, développer le sentiment d'efficacité personnelle. Les stratégies permettent l'application des principes de base dans un style relationnel caractéristique de l'entretien motivationnel : poser des questions ouvertes, valoriser, pratiquer l'écoute réflexive, résumer^[29].

(ii) Théorie de l'autodétermination et entretien motivationnel :

Miller et Rollnick en 2005^[29] ont étudié comment la théorie de l'autodétermination peut être le socle de compréhension de l'entretien motivationnel. Cette théorie implique que les personnes ont une tendance innée au développement et à l'intégration d'elles même dans un soi cohérent, une tendance qui les conduit à rechercher une résolution des dissonances psychologiques^[29]. Des parallèles peuvent être établis entre les principes de la théorie de l'autodétermination, les stades de motivation et l'EM. L'EM favoriserait le changement auto motivé du comportement en promouvant l'internalisation et l'intégration de la régulation du nouveau comportement, permettant ainsi que celui-ci soit entamé de manière volontaire par le patient, en accord avec ses limites et ses objectifs. Il est propice au soutien des besoins de compétences d'autonomie et de lien social.

La compétence serait renforcée par la délivrance d'une information claire sur la complexité du lien comportement-résultat et par l'aide apportée pour que le patient vise des objectifs raisonnables par des feedbacks positifs. L'autonomie est favorisée par l'approche non-confrontante et non-coercitive du thérapeute ainsi que par l'exploration des différentes options qui s'offre au patient. Enfin l'empathie, l'intérêt sincère et le principe de non-jugement permettraient au besoin de lien social de se développer.

Les auteurs considèrent que l'EM pourrait être défini de manière plus juste comme une méthode favorisant la motivation autonome pour le changement plutôt que la motivation intrinsèque.

II.5. POINT SUR LA LITTÉRATURE : MOTIVATION ET ADDICTION

II.5.1. L'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

Au départ le concept de motivation a rapidement été considéré comme primordial dans la réponse au traitement, y compris dans les problèmes d'alcool ^[20]. Le concept populaire de « toucher le fond » était le point clé du passage d'un stade non motivé (confondu au départ avec le déni) à un stade motivé.

La motivation au changement dans les problèmes d'alcool a été mesurée de multiples façons. Il semblerait que permettre l'évaluation de cette motivation (ou son stade de motivation) serait prédictive des résultats d'un sevrage ^[20]. A noter que la motivation peut revêtir plusieurs aspects comme le type de motivation : interne, externe ou le stade dans le lequel se situe le patient. Mais également la motivation au changement, la motivation au traitement, la motivation dans la compliance, la motivation au maintien du traitement ou du nouveau comportement, ainsi que la motivation à garder l'ancien comportement.

Voici plusieurs échelles d'évaluation :

- Miller en 1984 avec un questionnaire de questions ouvertes
- Janis et Mann en 1977 avec un questionnaire « pour ou contre » dans l'évaluation de la balance décisionnelle
- Rollnick et al. avec une échelle nommée « scale of readiness for change in drinking » en 1992
- Cox et al ont décrit un questionnaire nommé « Motivational Structure Questionnaire » en 1991
- Prochaska et Di Clemente avec l'échelle URICA (University of Rhode Island Change Assessment) permettant d'évaluer les stades de motivation de leur modèle trans-théorique.
- Miller en 1996 avec l'adaptation de ce modèle et la création d'une échelle spécifique aux problèmes d'alcool : « The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) ».
- Ryan et al. en 1995 avec le « Treatment Motivation questionnaire » ^[4]
- Pelletier et al en 1997 avec une échelle appelée « Client Motivation for Therapy Scale ». Elle contient 24 items divisés en sous échelles contenant chacune 4 items permettant d'évaluer la place dans le continuum.

II.5.2. LES RAISONS MENANT AU SEVRAGE

Il existe peu d'étude de forte puissance et de grande qualité méthodologique : peu d'inclus, biais de sélection, population pas toujours représentative, difficulté de définir les termes, questionnaires pas toujours adaptés, multiplicité des échelles d'évaluation... Cependant les résultats principaux semblent concorder.

Il semble qu'il existe trois grandes causes de sevrage :

- les problèmes de santé
- les problèmes sociaux et économiques
- la perte de contrôle

(i) La santé est évoquée dans la plupart des études sur la motivation et les addictions. Les patients évoquent leur préoccupation pour la santé future plutôt que l'actuelle) [33]. Il semblerait que les conséquences néfastes de l'alcool sur la santé mais également l'envie de sentir mieux physiquement ou psychologiquement poussent les patients à se sevrer [30]. Il peut s'agir d'une cascade d'événements négatifs comme d'un événement « déclic » [20] (annonce d'une maladie grave, décès d'un proche) ou simplement la prise de conscience des dégâts produits par l'alcool. La santé mentale inquiète également les patients [32].

Cette préoccupation de la santé est non seulement retrouvée dans l'alcool [34, 30]. Mais aussi pour le tabac [33, 35] et les drogues [36] comme l'héroïne [37].

(ii) Les problèmes sociaux et économiques

Cette catégorie fait référence notamment à la pression familiale, la stigmatisation et le regard social, les effets sur les autres, la grossesse (responsabilité d'un autre être)... Certaines données font penser que les inquiétudes sociales pourraient prendre encore de l'importance : dans le tabac par exemple, 70% des fumeurs admettent que les autres ont fait pression ou font pression pour qu'ils arrêtent de fumer. La responsabilité envers les autres est souvent abordée [33]. La pression de l'entourage peut ainsi constituer une source de motivation : stigmatisation sociale, pression du conjoint ou de la famille, mais aussi décision de justice [5,38,40,41]. Avec cependant plusieurs études montrant que ceux arrêtant suite à des pressions extérieures sont moins susceptibles de rester abstinents [33].

L'entourage et la peur de perdre l'épouse ou les enfants, la peur de perdre son travail (perte à la fois du lien social, de la source de rémunération et de la place dans la société) sont également retrouvés dès les premiers écrits sur les raisons menant au sevrage [38, 39]. Là encore il peut s'agir d'une cascade d'événements négatifs (perte d'emploi → besoin d'argent → prostitution → violences) [31] qui mènent parfois à des sevrages spontanés ou à des demandes de traitements. Ce concept de cascade négative est évoqué sous le terme populaire « toucher le fond » qui pourrait pousser certains patients au sevrage. Il peut également s'agir d'événements positifs : mariage, rencontre, grossesse, expérience religieuse (« révélation spirituelle », « force positive » [31]). Ou encore d'un événement déclic déclencheur (qu'il soit positif ou négatif).

Le coût est également souvent évoqué par les patients [33].

(iii) La perte de contrôle

Cette notion est souvent employée dans les publications sur la motivation et les addictions que ce soit pour l'alcool ou les autres drogues [31,37,42]. La peur de violences notamment envers l'entourage proche, la peur des problèmes avec la justice, de la prison ou simplement de la perte du permis de conduire sont évoquées par les patients [47].

Les expériences de « bad trip » sont d'ailleurs à plusieurs reprises évoquées comme déclic ^[31]. La sensation d'être « prisonnier » de la drogue ^[37] ou l'envie de reprendre le contrôle ^[33] deviennent alors source de motivation.

(iv) Les barrières au traitement et au sevrage

Certains patients n'ont pas accepté leurs addictions et pense que leur consommation n'est pas un problème ou veulent régler leur problème seul et ne sont donc pas dans une démarche de demande de sevrage ^[43]. D'autres, sont dans la phase d'ambivalence (ou contemplation) et les barrières au sevrage peuvent être nombreuses : les facteurs de risques psychosociaux (victimisation, stress, anxiété, niveau social bas, ressources financières faibles), la stigmatisation sociale et familiale, la peur du traitement lui-même et enfin le manque d'information ^[44]. En 1996, Schober et Anis ^[44] constatent que les femmes regrettent le manque de prise en charge globale spécifique (elles sont en demande d'un endroit où l'on pourrait prendre en charge leur stress, leur problèmes sociaux et leur problème addictifs) et pensent que si les prises en charges étaient mieux adaptées les demandes et les réussites de sevrage seraient plus nombreuses.

Dans une étude sur les sevrages spontanés ^[31], les raisons invoquées pour ne pas demander une aide professionnelle étaient la fierté, l'envie de s'en sortir seul, la peur de la stigmatisation et de la morale, l'anxiété, l'inhibition, le manque d'information ainsi que le déni.

Enfin des éléments pragmatiques comme le fait de côtoyer des addicts, de continuer à fréquenter les lieux de consommations ^[36], la facilité à trouver la substance ^[45] peuvent freiner le patient au sevrage ou le pousser à la rechute.

II.5.3. VARIATION DE LA MOTIVATION ET DES RESULTATS DU SEVRAGE

(i) Le genre

A priori pas de grandes différences retrouvées dans les études entre hommes et femmes dans la motivation ^[30,38]. Cependant il semblerait que les femmes boivent plus tard, aient moins de perte de contrôle de consommation et ressentent donc moins d'effets néfastes de l'alcool. Elles boivent pour palier à un stress et sont plus centrées sur leurs problèmes d'anxiété et moraux que sur les conséquences de l'alcool que les hommes. Ces derniers ont une tendance plus forte au « binge drinking », de plus fortes consommations avec des débuts plus précoces. Ils sont donc plus susceptibles de connaître des effets indésirables et des problèmes (notamment de violence) liés à leur consommation et donc plus enclins à s'arrêter pour éviter ces effets. Enfin la stigmatisation est plus importante pour les femmes, elles consomment donc plutôt seules et chez elles et auraient plus à gagner en terme social que les hommes ^[42,44].

(ii) L'entourage, la société

Les patients isolés réussissent moins leurs sevrages ^[38,39] et semblent moins motivés, en revanche les patients ayant peur de perdre leur conjoint ou leurs enfants le sont plus. La famille, l'envie de se battre pour son entourage est une cause fréquente de sevrage ^[32]. Il existe également une pression externe de l'entourage (demande de la famille, menace de le quitter, stigmatisation sociale, pression

des pairs, des employeurs...). Pression qui peut être bénéfique (surtout dans les résultats à court terme) ou qui peut mener à des résultats négatifs [19,41,46,47]. C'est ainsi que les mesures coercitives sont controversées devant les résultats contradictoires obtenus [48]. En revanche, les peurs de perdre le travail [38,39] ou d'avoir des problèmes professionnels [32,47] sont associées à de meilleurs résultats.

(iii) Les conséquences néfastes de l'alcool

Les patients ayant les conséquences néfastes les plus sévères et ceux ayant une perte de contrôle, semblent avoir une meilleure motivation intrinsèque : le concept de « toucher le fond » semble donc être associé à une meilleure volonté de sevrage [4,31]. Ryan et al en 1995 [4] montrent que les patients ayant les conséquences les plus sévères liées à l'alcool bénéficient d'une plus grande motivation intrinsèque et de meilleurs résultats. Puis Collins en 2010 [49], remarque que les étudiants ayant un haut score au *Readiness to Change Questionnaire* (volonté de changer) sont ceux ayant une plus grande consommation et un plus grand taux d'ivresse. Enfin dans l'étude d'Isenhardt [27] en 1997 on s'aperçoit que plus un patient est frustré et découragé par sa consommation d'alcool moins il sera ambivalent et plus à même d'entamer un sevrage.

(iv) L'éducation

Le fait d'évoquer les conséquences néfastes de l'addiction mais également de parler au patient des solutions à leur problème et de proposer une aide professionnelle augmente la motivation [7,33,44], tout comme le fait de participer à des groupes comme les Alcooliques Anonymes [50]. Le fait de diminuer les « croyances addictives » (attente de soulagement, justification permissive favorisant la déculpabilisation, anticipation d'effets positifs) augmente la motivation au changement (principe de certaines thérapies comportementales) [51]. En outre, les patients se sentent plus motivés et réussissent mieux leur sevrage avec une prise en charge adaptée (par exemple plus globale pour les femmes victimes de violences), un accompagnement et des solutions adaptées à leur situation [27,42,44].

(v) Autres

La précarité [52] est souvent un frein au sevrage ainsi que le fait d'avoir une consommation à début précoce ou des antécédents familiaux d'alcoolisme [35]; alors que les patients ayant un bon insight sont plus motivés [45].

II.5.4 MOTIVATION ET EFFICACITE DU SEVRAGE

Au départ, plusieurs études, n'ont trouvé aucun lien significatif entre motivation et résultats (en terme de sevrage) comme Finlay en 1977 ou Blanchard en 2003 [53] mais d'autres ont prouvé un lien, comme Goldfried en 1969 ou Gossop en 1972 [4]. A noter que plusieurs études ont trouvé un lien inverse entre motivation au traitement et maintien du sevrage [53,54]: une motivation haute au traitement était corrélée à un mauvais maintien du sevrage.

Cependant il semblerait que la manière dont est définie le terme motivation dans ces études soit le principal biais. Dans leurs articles Simpson et Joe [54] rappellent que la motivation peut être vue en 3 dimensions : la reconnaissance d'un problème, le désir d'aide et la volonté de traitement. Quant à Longshore et al [53], ils choisissent d'étudier la motivation au traitement comme la résultante de la

volonté de traitement et des résistances au traitement. Les résistances pouvant être hautes avec une motivation haute (par exemple si le traitement est imposé ou que la relation avec le thérapeute est mauvaise) et la résistance pouvant aussi être basse avec une motivation basse.

Miller en 1985 ^[46], dans une revue de la littérature sur les motivations impliquées dans le traitement des alcooliques, note que la motivation est souvent déduite du comportement du patient qu'elle est censée prédire...

En outre, en 1999, Di Clemente ^[6] précise que la motivation au traitement est différente de la motivation au changement. En effet, un certain nombre de patients entrent dans un processus de traitement sous l'effet de pressions externes et ne sont pas vraiment motivés pour changer. D'autres patients pensent que le traitement va les guérir mais ne veulent pas s'investir dans une démarche participative. La motivation au traitement n'est ainsi pas statistiquement liée aux résultats positifs.

Ryan et al ^[4, 19] dans le cadre de leur théorie de l'autodétermination ont proposé l'existence de diverses conséquences en lien avec leurs différents types de motivations (ME, MI, amotivation). Cette théorie a également été étudiée par Vallerand (1992) : il semblerait qu'effectivement plus la place du sujet dans le continuum d'autodétermination se rapproche de la MI, plus les résultats d'une thérapie (bien être, maintien ou efficace du sevrage) sont significatifs. Il semblerait également que les femmes aient une meilleure MI ^[19].

Les motivations intrinsèques au changement et au traitement semblent donc être plus prédictives de bons résultats, de maintien au sevrage surtout à long terme. On remarque dans une étude évaluant la motivation au cours des 6 premières semaines de sevrage ^[40] que la motivation intrinsèque améliore les résultats alors que les pressions externes diminuent la motivation intrinsèque. Elle confirme également que la motivation est un processus dynamique qui peut être travaillé à tout moment par les thérapeutes en augmentant notamment la perception de compétence et d'efficacité personnelle. Cependant il est également constaté que progresser vers le but augmente le sentiment de compétence mais fait plutôt diminuer la motivation. Cela pourrait être dû au fait que certains patients ont demandé le traitement pour des raisons externes et d'autre part par le fait que le but change avec le temps. De plus, la perception d'efficacité du traitement est un des facteurs prédictifs les plus importants de l'engagement du patient dans le traitement.

Les motivations extrinsèques sont à l'origine de plus d'abandon de traitement et présentent de moins bons résultats à long terme ^[48] avec cependant parfois un effet immédiat très bon (publications sur les mesures incitatives en payant les employés avec des tests d'urine négatifs ^[6], ou sur les mesures coercitives ^[4,41,46,48]). Dans l'étude de Ryan en 1995 ^[4], les résultats sont meilleurs si la motivation au traitement et les motivations externes sont toutes les deux élevées. Dans celle de Longshore en 2006 ^[53], la coercition n'est au départ pas liée aux résultats ou à la motivation mais, à 30 jours, elle est positivement liée à la prise de drogue. Cependant les résultats sont parfois discordants et le manque d'étude ne permet pas de conclure avec certitude sur les effets des motivations externes notamment les mesures coercitives légales.

Enfin, les patients ayant eu des échecs de sevrage auparavant ont de moins bons résultats que les autres.

Les détails de la revue de la littérature sont exposés dans **l'annexe 8**.

III. MATERIEL ET METHODES

Cette thèse est une étude observationnelle. Elle repose sur le questionnaire appelé « Epibaclo M0 » (rempli par le patient à l'inclusion) de l'essai thérapeutique Bacloville. Il s'agit d'un essai pragmatique randomisé, en double insu, en milieu ambulatoire, testant le baclofène versus placebo, dans le sevrage alcoolique. Le Pr Philippe Jaury (université Paris V) en est le coordonnateur et l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, le promoteur. Le Dr Laurent Rigal a conçu le questionnaire « Epibalco » dans le but de créer une étude épidémiologique attenante à l'essai Bacloville.

Ce questionnaire M0 (voir **annexe 11**), de 22 pages s'attache à décrire la population incluse (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, origine ethnique, mode et histoire de consommation, sevrage et prises en charge antérieure, motivations, co-addictions). Il évalue également les échelles de dépression (Hospital anxiety and depression scale), de qualité de vie (SF36) et de « craving » (OCDS).

III.1 ETUDE BACLOVILLE

III.1.1. OBJECTIFS DE L'ESSAI

(i) Principale : montrer l'efficacité à un an du Baclofène comparé au placebo, à savoir la récupération d'une consommation d'alcool normale selon les normes OMS ou une consommation nulle.

(ii) Secondaires : déterminer les posologies optimales, le profil de tolérance, de mieux caractériser les profils de patients pour lesquels la molécule est efficace, de décrire l'évolution des patients, de la qualité de vie et des critères biologiques.

III.1.2. CRITERES D'INCLUSION

- tout patient majeur de 18 à 65ans consultant de son plein gré pour un problème d'alcool (consommation à haut risque selon l'OMS) et exprimant le désir d'être abstinent ou d'avoir une consommation normale
- y compris patientes en âge de procréer (mais ayant une contraception efficace)
- volontaire pour participer à l'essai et ayant donné son consentement après information appropriée
- non sevré ou sevré depuis moins d'un mois
- n'ayant pas pris de traitement ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le maintien de l'abstinence depuis au moins 15 jours.

Les critères de non inclusions ainsi que les critères d'évaluation sont développés dans l'**annexe 9**.

III.1.3. LES INCLUSIONS

Le recrutement des patients s'est fait d'une part par le réseau des investigateurs, en cabinet de médecine générale et dans des Centres d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. D'autre part, la mise en place d'un numéro vert national et d'annonces dans différents journaux ainsi qu'émissions télévisées a permis de compléter les inclusions.

L'étude était multicentrique nationale (métropole française). Soit 52 centres partagés en 8 pôles régionaux (Paris et Ile de France : 12 centres, Strasbourg : 6 centres, Avignon : 3 centres, Nice : 9 centres, Rennes : 6 centres, Lille : 5 centres, Poitiers- La Rochelle : 8 centres, Montpellier : 2 centres).

III.1.4. LE RÔLE DES INTERNES

Nous étions 3 internes en médecine générale à participer à l'essai. Notre rôle dans le protocole a été d'intervenir à plusieurs niveaux : aide à la mise en page des échelles d'évaluation (SF36, HAD, OCDS), aide à la gestion et au tri des patients appelant le numéro vert mis en place pour les inclusions, participation aux réunions de comité de pilotage et à l'amélioration du protocole, récupération, tri, rangement et saisie des questionnaires M0 dans le logiciel Cleanweb.

III.2. ETUDE SUR LES MOTIVATIONS

III.2.1. OBJECTIFS

(i) Principale : Evaluer la motivation globale dans une population d'adultes ayant un mésusage d'alcool, à demander leur sevrage ou le retour à une consommation normale et regarder si cette motivation globale varie avec des données épidémiologiques (facteurs démographiques, socio-culturels et de consommation).

(ii) Secondaire : Evaluer les motivations principales amenant au sevrage et voir si des caractéristiques épidémiologiques (sociales, économiques, modes de consommation, co-addictions) ressortent selon les types de motivations. Déterminer si un type de motivation (santé, famille, travail, justice, violence) renforce la motivation globale.

III.2.2. VARIABLES D'INTERÊT

Sur le plan de la motivation, le questionnaire évalue d'une part un chiffre global de motivation (note de 1 à 10 par une échelle numérique d'évaluation comparable à celle utilisée pour l'évaluation de la douleur en pratique courante) d'autre part les différentes motivations entrant en jeu dans leur sevrage en les classant de « motivation n°1 » à « majeur » « moyenne » « mineure » « sans importance » pour le travail, la santé à long terme, la santé à court terme, la famille proche, la peur de problème avec la justice ou de conduite automobile et la peur d'être mêlé à des comportements violents (violence subie ou commise) ou des comportements à risque

Nous avons donc d'abord déterminé les données de motivation ou variables d'intérêt :

- (i) *Motivation globale* : chiffre de 1 à 10 de l'échelle numérique : « actuellement à combien situez-vous votre motivation pour arrêter de boire entre 0 (pas de motivation) et 10 (motivation maximale imaginable) ? ». Ensuite nous avons créé, une variable dichotomisée, nommée « MOTIVE » : le groupe considéré comme motivé avait un score >7 et le groupe non ou faiblement motivé : score < ou = à 7. Le choix d'un score élevé pour séparer l'échantillon s'explique par le haut score global de l'échantillon (choix de couper à la médiane).
- (ii) *Motivation principale* : nous avons considéré un patient motivé principalement par telle ou telle catégorie si l'importance accordée était au moins l'importance n°1 ou majeure.

III.2.3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES RECUEILLIES

Puis nous les avons croisées avec les données épidémiologiques du questionnaire M0 suivantes, afin de voir si une grande motivation globale et la motivation principale étaient liées à certains facteurs:

(i) Score

Score de l'échelle HAD (Hospital anxiety and depression scale) ^[54] évaluant en 14 items l'anxiété (7 items) et la dépression (7 items) : 7 ou moins : absence de symptomatologie ; 8 à 10 : symptomatologie douteuse ; 11 et plus : symptomatologie certaine (**voir annexe 11**).

(ii) Démographie

- Sexe, âge (séparé en < ou = 45, < ou = 55, < ou = 65), nationalité, lieu de recrutement.

(iii) Auto-perception

- Santé perçue (globale, physique et psychique), score de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (**Annexe 10**).

(iv) Foyer et catégorie socioprofessionnelle

- Situation par rapport au logement : propriétaire, locataire ou hébergé
- En couple ou non, enfant ou non, partage le logement avec le conjoint et/ou les enfants
- Revenus du foyer : (première variable simplifiée séparant inférieur / supérieur à 3000 euros et deuxième variable « hauts revenus » séparant inférieur / supérieur à 4500 euros)
- Situation financière perçue (de « à l'aise », « ça va », « il faut faire attention » à « vous n'y arrivez pas » séparée en à l'aise / autre, pour l'analyse statistique).
- Niveau d'étude, simplifiée en études supérieures / autres études.
- Profession, période de chômage antérieure ou actuelle de plus d'un an, situation actuelle de congé de longue durée, mi-temps thérapeutique, invalidité ou arrêt de travail.

(v) Entourage et contacts

- Entourage proche (familial ou amical) : évaluation du nombre d'amis et de membres de famille proches ainsi que du nombre de contacts avec l'entourage et de la qualité des

relations familiales, amicales, de voisinage. Participation à un groupe ou une association. Par mesure de simplification nous avons créé deux variables :

1. La variable « nombre de contact » comprenant le nombre d'amis, de famille proche et le nombre de contact avec eux (en séparant un groupe > 10 amis proches, > 10 famille proche et > 10 visites par an contre les autres).
 2. Et la variable « score de réseau social » englobant : la vie de couple, le nombre de contacts, la relation à l'entourage (relation satisfaisantes ou non avec les amis, le voisinage et la famille), la participation à des groupes ou associations.
- Autres personnes de la famille ayant une addiction à l'alcool

(vi) Suivi médical

- Présence d'un médecin traitant et s'il est au courant des problèmes d'alcool
- Hospitalisations pour un problème d'alcool, hospitalisation en psychiatrie, antécédent de tentative de suicide
- Prise en charge par une mutuelle, par la CMU, pour une affection longue durée

(vii) Consommation d'alcool

- Âges de premier contact, de première ivresse, de perte de contrôle, de consommation régulière et de prise de conscience d'avoir un problème avec l'alcool. Ces données ont été dichotomisées en coupant à la médiane soit < ou = à 16 ans pour l'âge de première consommation, 17 ans pour la première ivresse, 25 ans pour l'âge de la prise régulière, 34 ans pour la perte de contrôle et 36 ans pour la prise de conscience.
- Stress antérieur expliquant la consommation d'alcool
- Sevrage et prise en charges antérieures : consultation antérieure pour l'alcool, prise de médicaments antabuse ou de sevrage (Revia*, Aotal*, Esperal*), sevrages antérieurs, cures, participation à des groupes de paroles
- Horaires de la première prise d'alcool dans la journée (boisson dès le matin toujours, parfois ou jamais), ivresse (« quand vous buvez de l'alcool êtes-vous ivre : toujours, souvent, parfois, jamais ou presque ? »), boisson pendant le travail (tous les jours, une à deux fois par semaine, parfois, jamais), lieux de consommation (chez soi ou ailleurs), co-addiction au tabac, cannabis, cocaïne, héroïne en séparant un groupe ne consommant jamais avec ceux consommant occasionnellement ou régulièrement.

III.2.4. VERIFICATION ET VALIDATION DES DONNEES

Les données sont vérifiées à chaque rendu du questionnaire par l'investigateur et les données manquantes complétées. Les attachées de recherches cliniques ont eu la charge de récupérer les questionnaires et les pages parfois manquantes avec l'aide des internes en médecine générale.

La saisie a été faite par 3 internes en médecine générale. Et une vérification a été faite par groupe de deux internes afin de comparer le questionnaire papier et la saisie sur le logiciel Cleanweb pour corriger d'éventuelles erreurs.

III.2.5. TESTS STATISTIQUES

Nous avons utilisé le logiciel SAS pour l'analyse statistique qui a été coordonnée par le Dr Laurent RIGAL.

Une première analyse descriptive des variables recueillies a été effectuée afin d'obtenir un descriptif des caractéristiques de la population.

Ensuite nous avons regardé plus spécifiquement les variables d'intérêts pour obtenir leurs caractéristiques (les moyennes, médianes, écarts-types, premier et troisième quartiles). Enfin nous avons étudié les facteurs faisant varier la motivation globale puis la motivation principale afin de répondre à nos objectifs.

Le test du Chi2 ou test exact de Fisher pour les variables catégorielles et le test de Student pour les variables quantitatives ont été utilisés pour obtenir le lien statistique. Avec un seuil de significativité à 5 % soit $p < 0,05$.

Puis une analyse multivariée de la variable "MOTIVE" a été réalisée à l'aide d'un modèle logistique ajusté sur l'âge.

IV. RESULTATS

IV.1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Au final, 321 patients ont été inclus dans l'essai Bacloville et 298 questionnaires M0 ont été récupérés (soit 92,8 %). **(Image 5).**

Certaines données manquantes n'ont pu être complétées (certaines pages ou réponses aux questions sont manquantes).

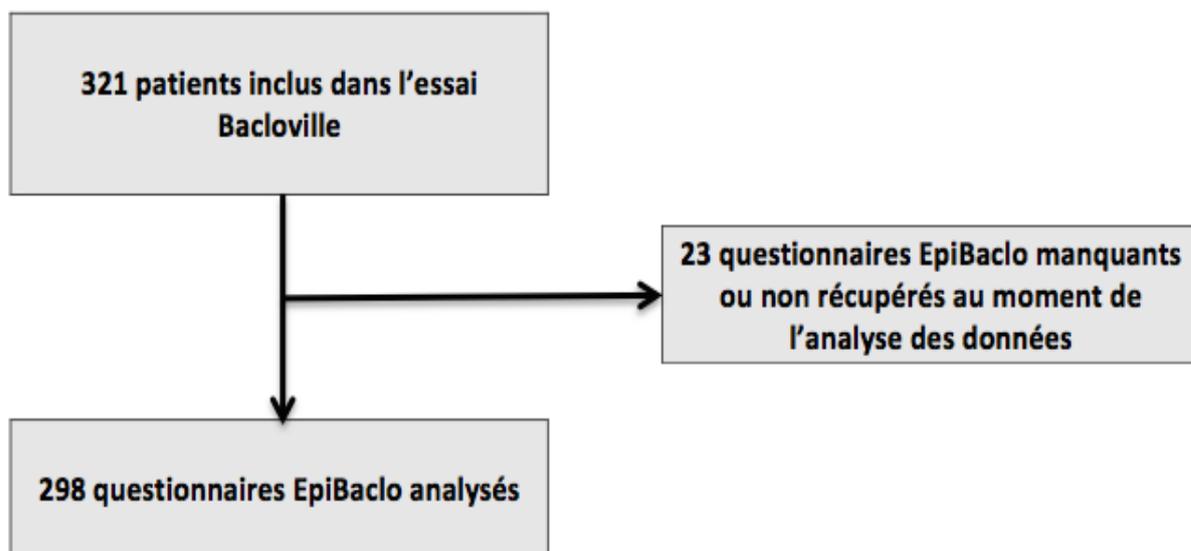


Image 5 : diagramme de flux

Les patients ont en moyenne 47,2 ans (Q1 41- Q3 55), 203 sont des hommes (68,8 %). Le recrutement s'est fait pour la majorité en ambulatoire dans des cabinets de ville (246 soit 84,6 %), le reste des patients étant en CSAPA. Quatre-vingt-seize pourcent sont de nationalité française. **(Tableau 1).**

Age – médiane (Q1-Q3)*		47,2 (41- 55)
Sexe masculin – n (%)		203 (68,1)
Nationalité française- n (%)		286 (96)
Statut marital – n (%) **		
	Marié	83 (20,0)
	Veuf	8 (2,7)
	Séparé	29 (9,8)
	Divorcé	49 (16,6)
	Sous le régime du PACS	6 (2,0)
	Union libre	60 (20,3)
	Célibataire	50 (16,9)
	Patient vivant seul	198 (66,4)
	Vit avec le conjoint	151 (52,8)
Lieu de recrutement – n (%)		
	Ambulatoire	246 (84,6)
	CSAPA	52 (15,4)
Nombre d'enfants – n (%) ***		
	0	88 (29,5)
	1	61 (20,5)
	2	92 (30,9)
	3	47 (15,8)
	≥ 4	9 (3,0)
	Médiane (Q1-Q3)	1,5 (0-2)
	Vit avec les enfants****	120 (43,3)
Revenus- n (%)		
	< ou = 3000€	206 (72,8)
	< 4500	253 (89,4)
Niveau d'études – n (%)		
	Ecole primaire	14 (4,7)
	5ème de collège	21 (7,1)
	3ème de collège	42 (14,2)
	Classe préparatoire à l'apprentissage professionnel	40 (13,5)
	Terminale lycée professionnel	37 (12,5)
	Terminale lycée général	34 (11,4)
	Etudes supérieures	67 (22,79)
Emploi actuel- n (%)		168 (56,7)
Situation médicale – n (%)		
	Médecin traitant déclaré	282 (96,9)
	Ont parlé de l'alcool avec le médecin	230 (85)
	Couverture par une mutuelle	242 (81,2)
	Couverture par la CMU	43 (14,4)
	Prise en charge en ALD	89 (29,9)

* 5 données manquantes **11 données manquantes *** 1 donnée manquante **** 21 données manquantes

Les données sont des valeurs (pourcentages) pour les variables catégorielles et des médianes (Q1-Q3) pour les variables quantitatives

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

IV.2. DESCRIPTION DE LA MOTIVATION

IV.2.1. MOTIVATION GLOBALE

Cette donnée correspond à la question « actuellement à combien situez-vous votre motivation pour arrêter de boire entre 0 (pas de motivation) et 10 (motivation maximale imaginable) ? ».

Deux cent soixante-dix-huit patients y ont répondu (**tableau 2**).

Note	N	%	Nombre cumulés	% cumulés
0	4	1,44	4	1,44
1	1	0,36	6	1,8
2	1	0,36	6	2,16
3	3	1,08	9	3,24
4	4	1,44	13	4,68
5	42	15,11	55	19,78
6	17	6,12	72	25,9
7	46	16,55	118	42,45
8	53	19,06	171	61,51
9	25	8,99	196	70,5
10	82	29,5	278	100

Tableau 2: Motivation globale

La moyenne est de 7,66 et la médiane de 8 (**tableau 3**).

Pour la variable dichotomisée « MOTIVE » que nous appellerons « motivation globale », il apparaît donc que 118 patients sont non ou moyennement motivés soit 42,45 % et que 160 sont motivés soit 57,55 %.

IV.2.2. MOTIVATIONS PRINCIPALES

Cette données correspond à la question « Dans votre motivation pour arrêter de boire, quelle importance accordez-vous à chacun des éléments suivants (Importance N°1, Majeure, Moyenne, Mineure, Sans importance):

- Entourage familial proche
- Santé à court terme
- Santé à long terme
- Travail
- Peur de problèmes avec la justice, la police ou la conduite automobile,
- Peur d'être mêlé à des comportements violents (violence subie ou commise) ou des comportements à risque Importance »

Les patients semblent en majorité motivés par la santé à long terme suivi de près par l'entourage familial proche puis viennent ensuite la santé à court terme, le travail, la justice et la peur des violences (**Tableau 3**).

Motivation globale- médiane (Q1-Q3)	8 (6-10)
Motivés - n (%)	160 (57,55)
Motivations principales- n de motivés (%)	
Famille	233 (78,19)
Santé à court terme	202 (67,79)
Santé à long terme	234 (78,52)
Travail	172 (57,72)
Justice	127 (42,62)
Violences	102 (34,23)

Tableau 3: Description des motivations

IV.3. VARIATION DE LA MOTIVATION GLOBALE

En comparant ces données avec les caractéristiques épidémiologiques des patients il en ressort que plusieurs facteurs ont une relation significative avec la motivation globale (**tableau 4**) :

IV.3.1. LE SCORE HAD

Pour le score « anxiété », 104 (34,9 %) patients n'ont pas de symptomatologie, 84 (28,19 %) ont une symptomatologie douteuse alors que 110 (36,9 %) sont anxieux. Pour le score « dépression » 134 (44,9 %) n'ont pas de symptomatologie, 95 (31,9 %) ont une symptomatologie douteuse et 69 (23,1 %) sont déprimés. Les résultats aux scores HAD ne sont pas significativement liés à la motivation globale (voir **tableau 14**).

IV.3.2. LES DONNES DEMOGRAPHIQUES

(i) Age, sexe et logement

Les patients plus jeunes (moins de 46ans) sont moins motivés que le groupe de patients de plus de 55 ans ($p= 0,04$). Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes qui sont également motivés (environ 58 % de motivés dans chaque groupe, $p= 0,9$).

Le fait de partager son logement avec sa famille ou d'être propriétaire de son logement n'interfère pas avec la motivation globale. Voir **tableau 14**.

(ii) L'entourage (nombre de contacts)

Les personnes ayant un grand nombre d'amis proches (>10), de famille proche (>10) et de visites (>10 par an) ont une meilleure motivation : 73 % de motivés contre uniquement 54 % de motivés dans ceux ayant moins de contacts ($p<0,02$). Voir **tableau 4**.

En revanche le score de réseau social ne donne pas de résultats significatifs ainsi que le fait d'être seuls ou couple, sans ou avec enfants (**voir tableau 14**).

IV.3.3. LA SANTE PERCUE

(i) Santé globale

Dans l'ensemble les patients perçoivent leur santé comme étant moyenne, puisque 81 % l'estiment bonne à passable contre 13 % excellente à très bonne et 5,8 % mauvaise.

Plus santé globale perçue est bonne, plus la motivation est grande : les patients ayant une perception excellente ou très bonne sont motivés pour respectivement 62,5 % et 82 %. Alors que dans les groupes estimant leur santé passable à mauvaise, la tendance s'inverse (santé perçue comme passable 47 % de motivés, 5 perçue comme mauvaise : 56 % de motivés, $p < 0,02$). Voir **tableau 4**.

(ii) Santé physique

De même pour la perception de la santé physique, meilleure elle est, plus l'échantillon est motivé. Pour ceux ayant une santé perçue comme excellente ou très bonne : les motivés sont respectivement 62,5 % et 81 %. A l'inverse pour ceux ayant une perception passable ou mauvaise, les motivés sont respectivement de 50 % et de 70 % ($p < 0,02$). Voir **tableau 4**.

(iii) Santé psychique

En revanche pour la santé psychique, les résultats sont quasiment similaires dans tous les groupes et la santé psychique perçue ne semble pas modifier le chiffre de motivation globale ($p = 0,185$). Voir **tableau 14**.

IV.3.4. L'ESTIME DE SOI

Elle est évaluée à l'aide de l'échelle de Rosenberg. Les résultats montrent que l'échantillon à une mauvaise estime de soi : 70 % ont une estime de soi très faible (score < 25), 21 % ont une estime de soi faible ($24 < \text{score} < 31$) et seulement 7,2 % ont estime de soi moyenne ($30 < \text{score} < 35$) alors que 1,8% ont une estime de soi forte. Personne n'a obtenu de score $>$ ou $=$ à 39 qui correspond à une estime de soi très forte. Nous n'avons pas réussi à démontrer un lien entre estime de soi et motivation. Même si une tendance semble montrer que ceux ayant une plus forte estime de soi serait plus motivé, le résultat n'est pas significatif ($p = 0,7$). En effet, 80 % des patients ayant une forte estime de soi sont motivés contre seulement 56 % de ceux ayant une estime de soi très faible avec un gradient (Voir **tableau 14**).

IV.3.5. LA SITUATION FINANCIERE

Plus la situation est perçue comme confortable plus la motivation est grande. Les patients se « sentant à l'aise » financièrement sont 24 (9 %,) et sont 77 % de motivés alors que ceux décrivant leur situation comme « ça va », « c'est juste » ou « je n'y arrive pas » sont seulement 55 % de motivés ($p = 0,04$). Les revenus du foyer des patients sont majoritairement inférieurs à 3000 euros

(191 patients soit 72%). En regardant les revenus élevés, les patients gagnants plus de 4500 euros par mois sont plus motivés ($p= 0,05$). En revanche, le fait d'avoir un emploi n'interfère pas avec la motivation globale ($p=0,7$) ni le fait d'avoir connu une période de chômage de plus d'un an ($p= 0,28$). Voir **tableau 4 et 14**.

IV.3.6. L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Nous avons partagé l'échantillon en deux groupes : ceux ayant effectué des études supérieures (BTS, ou DUT, licence ou inférieur, licence ou supérieur) et ceux s'étant arrêté avant ou ayant fait une formation professionnelle. Il apparaît que 67 patients soit 23 % ont fait des études supérieures et qu'ils sont pour 74 % motivés contre seulement 52 % de motivés dans l'autre groupe ($p=0,0015$). Voir **tableau 4**.

IV.3.7. LES PRISES EN CHARGES MEDICALES

(i) *Consultation antérieures*

Un total de 87 patients (29,2%) a consulté aux urgences dans l'année écoulée. Selon les patients eux-mêmes, 35 (40,2%) consultations étaient directement imputables à l'alcool, 17 (19,5%) concernaient un problème traumatique orthopédique, 9 (10,3%) étaient liées à des motifs d'ordre psychologique ou psychiatrique, 3 (3,4%) étaient des épisodes convulsifs, et 23 (26,4%) liés à d'autres motifs.

Cent soixante-seize patients (60,69%) avaient déjà consulté pour un problème d'alcool et 145 patients avaient déjà bénéficié des traitements comme le Revia*, l'Aotal* ou l'Esperal*. Moins de la moitié (43 %, n=123) des patients avaient effectué un plusieurs sevrages hospitaliers et seulement 40 une cure ou post cure (13,9%). Enfin, 81 patients (28%) avaient participés à des groupes de paroles comme Alcooliques Anonymes.

Il n'apparaît aucun lien statistique significatif entre les prises en charge médicamenteuses antérieures, les sevrages antérieurs, les consultations antérieures, l'existence ou non de pathologie prise en charge à 100 %, les épisodes d'abstinences précédents et la motivation globale.

(ii) *Le médecin traitant*

Une grande proportion de patients a un médecin traitant : 282 (soit 94,6%) et ils sont 230 (85,19%) à lui avoir parlé de leurs problèmes d'alcool. Le fait d'avoir un médecin traitant semble être motivant (résultat est à la limite de la significativité) : 88,89% de motivés contre 56,77% ($p= 0,055$). En revanche il n'y a pas de lien entre la motivation globale et le fait d'avoir parlé de son alcoolisme à son médecin traitant ($p=0,39$). Voir **tableau 4 et 14**.

IV.3.8. LE MODE DE CONSOMMATION ET LES CO-ADDICTIONS

(i) *L'ivresse*

Onze pourcent des patients sont toujours ivres quand ils consomment de l'alcool, 19 % le sont souvent contre 40 % parfois et 30 % jamais ou presque. Les patients étant ivre « toujours ou

souvent » sont plus motivés (respectivement à 79 % et à 69 % contre 52 % et 51 %) que ceux étant ivres « parfois ou jamais » quand ils consomment ($p < 0,01$). Voir **tableau 4**.

En revanche le fait de boire dès le matin, le nombre de jours de consommation, les lieux de consommation et d'achat ne semblent pas influencer la motivation.

(ii) Les Co-addictions

Le tabac est la principale co-addiction de notre population puisque 64 % de l'échantillon a une consommation régulière alors que les consommateurs réguliers sont 0,72 % pour l'héroïne, 9 % pour le cannabis et 1.5 % pour la cocaïne. Quarante-vingt-dix-huit (36 %) patients déclarent fumer occasionnellement ou ne pas fumer et parmi eux 67 % sont motivés alors que seulement 52 % sont motivés chez les fumeurs réguliers ($p < 0,0303$).

Soixante-quatorze pourcent des patients n'ont jamais pris d'héroïne et ils sont plus motivés que ceux en ayant consommé au moins 10 fois ($p < 0,0058$).

Les patients ayant consommés au moins 10 fois de la cocaïne (de 10 fois à consommateurs réguliers) étaient 87 (31%). Cent quarante (49%) patients ont déclarés n'avoir jamais consommé de cannabis, 120 (42%) sont ou ont été des consommateurs occasionnels et 26 en consomment régulièrement (9%). Nous ne retrouvons pas de lien avec la prise ou non de cannabis ou de cocaïne. Voir **tableau 4 et 14**.

	Modalité	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Santé physique perçue	Très Bonne	32	26	81,25	0,022
	Passable	103	52	50,49	
Santé globale perçue	Très bonne	28	23	82,14	0,026
	Passable	87	41	47,13	
Situation financière	A l'aise	22	17	77,27	0,049
	Autre	248	138	55,65	
Revenus élevés	> ou = 4500	237	132	55,70	0,051
	< 4500	28	21	75,00	
Enseignement supérieur	Oui	63	47	74,60	0,002
	Non	213	111	52,11	
Nombre de contact	Elevés	41	30	73,17	0,029
	Autre	238	129	54,89	
Ivresse	Toujours	29	23	79,31	0,012
	Jamais	82	42	51,22	
Tabac	Régulier	176	93	52,84	0,03
	Occasionnel, jamais	98	65	66,33	
Héroïne	Jamais	205	130	62,44	0,006
	Autre	69	25	43,48	

Tableau 4: Principaux résultats significatifs pour la motivation globale

IV.4. ANALYSE MULTIVARIEE

Après analyse multivariée, nous ne retrouvons pas de lien significatif avec la santé globale perçue, la santé physique perçue, les revenus élevés ou la situation financière perçue comme aisée ni avec l'absence de co-addiction au tabac et à l'héroïne.

Les patients ayant bénéficié de l'enseignement supérieur sont 3 fois plus motivés (IC95% : 1,55-6,15), ceux ayant un nombre de contacts élevé le sont 2 fois plus (IC95% : 1,05-5). L'ivresse a l'OR le plus important puisque les patients étant ivres « toujours » en consommant sont 4 fois plus motivés avec un gradient montrant que plus souvent le patient atteint l'ivresse en consommant plus la motivation globale est forte ($p=0,015$, OR ivresse toujours 5,2 [1,8-15,06], OR ivresse souvent 2,6 [1,1-5,9], OR ivresse parfois 1,2 [0,7-2,3]). Enfin le groupe de patient moins de 45 ans est moins motivé par rapport aux plus âgés (groupe de plus de 66 ans) : OR 0,3 (0,113-0,95). Voir **tableau 5**.

Nombre de patients- n (%)	244 (81,88)
p- value après analyse multivariée	
Enseignement supérieur	0,0017
Nombre de contact	0,04
Ivresse	0,0154
Age (<ou =45 vs >55)	0,0407
Odds Ratio (IC 95%)	
Enseignement supérieur	3,09 (1,55-6,15)
Nombre de contact	2,4(1,05- 5,067)
Ivresse: toujours	5,255 (1,8-15,06)
Ivresse: souvent	2,622 (1,1-5,9)
Ivresse: parfois	1,411 (0,7-2,69)
Age (<ou =45 vs >65)	0,3 (0,113-0,95)

Tableau 5: Analyse multivariée pour la motivation globale

IV.4. VARIATION DES MOTIVATIONS PRINCIPALES

IV.4.1. LA SANTE A LONG TERME

Le genre n'a pas d'influence, les hommes (78 %) sont autant motivés que les femmes (79 %) dans ce domaine. En revanche, il apparaît que les patients en couple, vivant avec leur conjoint ou avec leurs enfants sont significativement plus motivés par leur santé (respectivement $p=0,041$, $p=0,05$, $p=0,05$). Les revenus élevés et très élevés sont également plus motivés ($p=0,0052$) sans lien avec la situation financière perçue ($p=0,59$). Nous n'avons néanmoins pas mis en avant de lien avec les études supérieures, les antécédents familiaux d'alcoolisme, l'entourage (nombre de contacts et score de réseau social) et l'emploi actuel.

Sans surprise les patients ayant une santé globale perçue comme bonne sont plus enclin à être motivés par leur santé à long terme avec un gradient montrant que plus la santé est perçue comme bonne plus le domaine est moteur de motivation (de 87 % de motivés pour les patients percevant leur santé globale excellente à 52 % de motivés pour ceux la percevant comme mauvaise, $p=0,032$). En revanche pas de lien retrouvé pour la santé psychique ($p=0,11$) et physique ($p=0,58$).

Nous notons cette fois ci une augmentation de la motivation avec l'estime de soi avec un gradient d'évolution : 75 % de motivés dans le groupe très faible contre 100 % dans le groupe fort ($p=0,033$).

Les patients ayant un âge de consommation régulière plus tardif sont plus motivés par la santé à long terme (86 % contre 73 %, $p=0,007$) sans que les autres trajectoires de consommation (âge de première consommation, ivresse ou perte de contrôle) n'interfèrent.

Cependant il n'existe aucun lien avec l'histoire de consommation et des prises en charges antérieures, le fait d'avoir ou non un médecin traitant, les modes ou lieux ainsi que les horaires de consommation.

Le fait d'être motivé par sa santé à long terme n'augmente pas de façon significative la motivation globale mais est en lien avec toutes les autres motivations en particulier avec la santé à court terme (**tableau 6**).

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
En couple	non	122	86	70.49	0,0041
	oui	173	146	84.39	
Partage le logement avec le conjoint	non	135	99	73.33	0,05
	oui	151	125	82.78	
Partage le logement avec les enfants	non	157	117	74.52	0,05
	oui	120	101	84.17	
Revenus	non	206	153	74.27	0,0052
	oui	77	69	89.61	
Santé globale perçue	excellente	8	7	87.50	0,0323
	très bonne	28	21	75.00	
	bonne	146	122	83.56	
	passable	92	70	77.17	
	mauvaise	19	10	52.63	
Estime de soi	très faible	181	136	75.14	0,0338
	faible	74	64	86.49	
	moyenne	20	19	95.00	
	forte	5	5	100.00	
Consommation régulière d'alcool	< ou = 25 ans	156	115	73.72	0,0074
	> 25 ans	133	115	86.47	
Motivation globale	non motivés	118	92	77.97	0,4187
	motivés	160	131	81.88	
Famille	non motivés	65	44	67.69	0,016
	motivés	233	190	81.55	
Santé à court terme	non motivés	96	43	44.79	<0,0001
	motivés	202	191	94.55	
Travail	non motivés	126	90	71.43	0,0107
	motivés	172	144	83.72	
Justice	non motivés	171	126	73.68	0,0183
	motivés	127	108	85.04	
Violence	non motivés	196	144	73.47	0,0032
	motivés	102	90	88.24	

Tableau 6: Patients motivés par la santé à long terme

IV.4.2. LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE PROCHE

Là encore le genre n'a pas d'influence (hommes 76% et femme 81%, $p= 0,36$). Le fait d'être en couple et d'habiter avec sa famille est logiquement source de motivation. Il n'y a pas de lien avec le score de réseau social et le nombre de contacts.

Les patients n'ayant pas une affection longue durée sont plus motivés par l'entourage ($p=0,05$) ainsi que le fait d'être toujours ou souvent ivre en consommant de l'alcool ($p= 0,0241$) sans qu'il y ait de gradient. Nous ne trouvons pas de lien avec le sexe, la santé perçue, les revenus, les études, l'histoire et les prises en charges antérieures, les modes et âges de consommation.

Les patients motivés par la famille et l'entourage ne sont pas plus motivés que les autres puisque 77% des patients non motivés par la famille ont une motivation élevée contre 80 % des patients motivés par la famille ($p= 0,68$). Il existe un lien avec toutes les autres motivations sauf la santé à court terme. Voir **tableau 7**.

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
En couple	non	122	81	66.39	<0,0001
	oui	173	150	86.71	
Enfants	non	83	54	65.06	0,0004
	oui	210	176	83.81	
Partage le logement avec le conjoint	non	135	93	68.89	<0,0001
	oui	151	133	88.08	
Partage le logement avec les enfants	non	157	110	70.06	<0,0001
	oui	120	112	93.33	
Affection longue durée	non	200	164	82.00	0,05
	oui	89	64	71.91	
Ivresse	toujours	31	24	77.42	0,0241
	souvent	53	48	90.57	
	parfois	116	95	81.90	
	jamais	86	60	69.77	
Motivation globale	non motivés	118	92	77.97	0,68
	motivés	160	128	80.00	
Santé à long terme	non motivés	64	43	67.19	0,0162
	motivés	234	190	81.20	
Travail	non motivés	126	87	69.05	0,0011
	motivés	172	146	84.88	
Justice	non motivés	171	123	71.93	0,0024
	motivés	127	110	86.61	
Violence	non motivés	196	145	73.98	0,0147
	motivés	102	88	86.27	

Tableau 7 : Patients motivés par la famille

IV.4.3. LA SANTE A COURT TERME

Les patients motivés par la santé à court terme sont ceux n'ayant pas d'emploi actuel (74 % contre 63%, $p=0,05$), suivis pour une affection longue durée (76 % de motivés contre 64 %, $p=0,044$). Ceux ayant eu une prise en charge antérieure avec un traitement ayant l'AMM pour le maintien de l'abstinence ($p=0,007$), en particulier ceux qui ont pris du Revia* ou de l'Acamprosate ($p= 0,0015$) sont plus motivés par la santé à court terme.

L'absence de co-addiction à la cocaïne et à l'héroïne est également facteur de motivation.

La santé à court terme semble augmenter la motivation globale : le groupe motivé par la santé à court terme est plus motivé : 73 % de motivés contre 62 % ($p=0,06$). Cependant ce résultat est à la limite de la significativité. Elle liée aux autres types de motivation sauf la famille (**tableau 8**).

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Emploi actuel	non	128	95	74.22	0,05
	oui	168	107	63.69	
Affection longue durée	non	200	129	64.50	0,0449
	oui	89	68	76.40	
Traitement par Revia ou Acamprosate	non	175	106	60.57	0,0015
	oui	123	96	78.05	
Traitement pour l'abstinence	non	153	93	60.78	0,0079
	oui	145	109	75.17	
Héroïne	autre	57	32	56.14	0,023
	jamais	220	158	71.82	
Cocaïne	autre	87	51	58.62	0,016
	jamais	193	141	73.06	
Motivation globale	non motivés	118	74	62.71	0,06
	motivés	160	117	73.13	
Sante à long terme	non motivés	64	11	17.19	<0,0001
	motivés	234	191	81.62	
Travail	non motivés	126	70	55.56	0,0001
	motivés	172	132	76.74	
Justice	non motivés	171	102	59.65	0,0005
	motivés	127	100	78.74	
Violence	non motivés	196	120	61.22	0,0008
	motivés	102	82	80.39	

Tableau 8 : Patients motivés par la santé à court terme

IV.4.4. LE TRAVAIL

En dehors de ceux ayant un emploi (48 % contre 65 %, $p=0,0032$), seuls ceux ayant eu un stress ou traumatisme antérieur expliquant leur consommation d'alcool (63 % contre 40 %, $p= 0,013$) et ceux ne fumant pas régulièrement (63 % contre 49 %, $p=0,014$) sont plus motivés par le travail.

Nous ne trouvons pas de lien avec le sexe, la santé perçue, les revenus, l'histoire et les prises en charges antérieures, les modes et âges de consommation, les autres co-addictions.

Ce type de motivation ne renforce pas la motivation globale mais est liée avec les autres motivations en particulier la peur de problèmes judiciaires et la peur de violences ($p<0,0001$). Voir **tableau 9**.

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Emploi actuel	non	128	62	48.44	0,0032
	oui	168	110	65.48	
Enseignement supérieur	non	227	138	60.79	0,0925
	oui	67	33	49.25	
Tabac régulier	oui	102	50	49.02	0,0145
	non	188	120	63.83	
Consommation en rapport avec les conditions de vie	non	57	23	40.35	0,0013
	oui	234	150	63.68	
Motivation globale	non motivés	118	67	56.78	0,6645
	motivés	160	95	59.38	
Famille	non motivés	65	26	40.00	0,0011
	motivés	233	212	62.66	
Santé à court terme	non motivés	96	40	41.67	0,0001
	motivés	202	132	65.35	
Santé à long terme	non motivés	64	28	43.75	0,0107
	motivés	234	144	61.54	
Justice	non motivés	171	70	40.94	<0,0001
	motivés	127	102	80.31	
Violence	non motivés	196	95	48.47	<0,0001
	motivés	102	77	75.49	

Tableau 9 : Patients motivés par le travail

IV.4.5. LA JUSTICE

La peur des problèmes avec la justice, la police ou la conduite automobile est retrouvée chez des patients n'ayant pas une bonne situation financière perçue (45 % contre 16 %, $p=0,005$), n'ayant pas fait d'études supérieures (48 % contre 23 %, $p=0,0003$) et n'ayant pas de co-addiction au tabac (33% contre 48% ; $p=0,0133$).

La motivation globale n'est pas renforcée par la peur de problèmes avec la justice mais elle est liée à toutes les autres motivations notamment le travail ($p<0,0001$) et la peur de comportement violent ($p<0,0001$). Voir **tableau 10**.

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Situation financière perçue	autre	264	121	45.83	0,0058
	à l'aise	24	4	16.67	
Enseignement supérieur	non	227	111	48.90	0,0003
	oui	67	16	23.88	
Médecin traitant	non	40	12	30.00	0,06
	oui	230	105	45.65	
Tabac régulier	oui	102	34	33.33	0,0133
	non	188	91	48.40	
Motivation globale	non motivés	118	56	49.15	0,1041
	motivés	160	63	39.38	
Famille	non motivés	65	65	26.15	0,0024
	motivés	233	110	47.21	
Santé à court terme	non motivés	96	27	28.13	0,0005
	motivés	202	100	49.50	
Santé à long terme	non motivés	64	19	29.69	0,0183
	motivés	234	108	46.15	
Travail	non motivés	126	25	19.84	<0,0001
	motivés	172	102	59.30	
Violence	non motivés	196	51	26.02	<0,0001
	motivés	102	76	74.51	

Tableau 10 : Patients motivés par la justice

IV.4.6. LES VIOLENCES

Les patients chez qui la peur d'être mêlés à des comportements violents (donnés ou subis) est motrice de sevrage sont ceux ayant une situation financière perçue comme moyenne à mauvaise : 34 % de motivés contre 16 % ($p=0,05$) chez ceux se sentant à l'aise financièrement ainsi que ceux n'ayant pas bénéficié de l'enseignement supérieur (38 % contre 22 %, $p=0,016$).

Le fait de ne pas avoir de consommation de tabac associée à l'addiction à l'alcool, a une tendance, à la limite de la significativité à renforcer ce type de motivation (38 % contre 27 %, $p=0,06$).

Nous ne trouvons pas de lien avec le sexe, la santé perçue, les revenus, les études, l'histoire et les prises en charges antérieures, les modes et âges de consommation ou les autres co-addictions.

Là encore, la peur de violence ne renforce pas la motivation globale mais est liée aux autres motivations notamment comme vu ci-dessus avec la justice et le travail (**tableau 11**).

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Situation financière perçue	Autre	264	95	35.98	0,05
	à l'aise	24	4	16.67	
Enseignement supérieur	Non	227	87	38.33	0,016
	Oui	67	15	22.39	
Tabac régulier	Oui	102	28	27.45	0,06
	Non	188	72	38.30	
Motivation globale	non motivés	118	41	34.75	0,9649
	Motivés	160	56	35.00	
Famille	non motivés	65	14	21.54	0,0147
	Motivés	233	88	37.77	
Santé à court terme	non motivés	96	20	20.83	0,0008
	Motivés	202	82	40.59	
Santé à long terme	non motivés	64	12	18.75	0,0032
	Motivés	234	90	38.46	
Travail	non motivés	126	25	19.84	<0,0001
	Motivés	172	77	44.77	
Justice	non motivés	171	26	15.20	<0,0001
	Motivés	127	76	59.84	

Tableau 11 : Patients motivés par la peur des violences

V. DISCUSSION

V.1 LIMITES ET AVANTAGES DE L'ETUDE

V.1.1. POPULATION ETUDIEE

L'échantillon obtenu est celui de l'étude Bacloville ce qui implique plusieurs inconvénients et constitue un biais de sélection. Il n'est pas représentatif de la population générale d'une part mais ne l'est pas non plus de la population alcoolo-dépendante française. En effet, l'étude implique un fort désir de sevrage puisque les patients acceptent le risque de prendre un placebo, le risque d'un traitement en cours d'essai et la lourdeur du suivi (RDV médicaux, prises de sang, questionnaires et recueil de données contraignants). Ce qui explique le haut score à la question motivation globale (médiane à 8 sur 10). On peut donc imaginer que les variants de la motivation retrouvés ici sont aussi propre à notre population et que les motivations ne seraient pas les même dans une population plus classique. Ceci explique également la forte « médicalisation » des patients (suivi médical, présence de médecin traitant, consultations spécialisées).

La motivation au sevrage est donc ici la motivation à se sevrer avec une aide professionnelle et une aide médicamenteuse. Cela implique donc des résultats spécifiques. Les résultats seraient peut être différents chez des patients désirant un sevrage spontané sans aide professionnel ou un sevrage sans traitement médicamenteux (par exemple uniquement avec des groupes de paroles comme les Alcooliques Anonymes).

D'autre part, le nombre de patient inclus et le questionnaire ont été conçus pour l'étude Bacloville et non pour ma thèse ce qui implique d'une part un échantillon limité (une étude plus puissante permettrait des résultats plus fiables) et d'autre part des données manquantes (les questions étant conçues avant la problématique). Mais la plupart des études sur les motivations et les facteurs sociodémographiques sont tirées du même type de population : il faut bien qu'il y ait démarche de sevrage pour étudier ses motivations et les cohortes sont rarement importantes.

Cependant le fait que cette étude soit prospective (données collectées au moment de la demande de sevrage) permet une meilleure qualité méthodologique.

V.1.2. RECUEIL DES DONNEES

Un recueil déclaratif a toujours pour inconvénient qu'il peut contenir des erreurs dues au patient. Devant l'épaisseur du questionnaire et le suivi poussé nécessité par l'essai, certaines réponses ont pu être bâclées. Et cela peut engendrer un biais de mesure ou d'information. Ce d'autant que les questions concernant la motivation arrivent dans les dernières pages (page 21 sur 22 du questionnaire). Le fait que toutes les motivations principales soient liées entre elle de façon significative montre que les patients ont eu tendance à cocher les cases importance n°1 et majeure pour beaucoup de domaine. Peut-être aurait-il fallu que les patients les classent dans l'ordre d'importance afin d'éviter ce biais.

En outre les domaines de motivation proposés auraient peut-être nécessité une meilleure définition : qu'implique la santé, le travail ou l'entourage pour le patient ? La question de la perte de contrôle notamment n'est pas abordée de façon claire même si elle peut être comprise dans la « peur des problèmes avec la justice » et dans la « peur d'être mêlé à des comportements violents ». Mais si la perte de contrôle englobe ces deux facettes elle englobe aussi le fait d'être asservi à une drogue, de ne pas contrôler son corps et son esprit. La stigmatisation, l'image de soi, le stress, les événements positifs de vie (grossesse, rencontre) ne sont pas non plus clairement abordés. La motivation peut difficilement être réduite à un chiffre et une liste de quelques éléments et pour être plus proche de la réalité un entretien individuel à propos des motivations aurait été de meilleure qualité afin de comprendre ce qui pousse vraiment le patient au sevrage. La question ouverte « *autre motivation, si cela n'est pas déjà fait pouvez-vous préciser l'élément numéro un ou les autres éléments majeurs* » n'a pu être exploitée en raison des réponses disparates difficilement utilisable en terme statistique mais la peur de violence et l'entourage étaient fréquemment cités ainsi que l'envie de reprendre le contrôle.

Enfin, la note de 0 à 10 même si elle imite l'Echelle Numérique utilisée dans la douleur mainte fois validée, n'est pas une mesure elle-même validée pour l'évaluation de la motivation et peut là encore constituer un biais de mesure.

A noter cependant que le questionnaire reprend bien les grandes causes connues menant au sevrage. Le choix d'une question fermée à choix multiple permet une standardisation des réponses, une meilleure analyse statistique et une facilité de réponse au patient déjà beaucoup sollicité par ailleurs dans l'étude. Il y a d'ailleurs assez peu de données manquantes (20 pour la motivation globale et entre 5 et 10 pour les motivations principales). D'autre part, l'étude Epibaclo autorise un grand recueil de données, multicentrique, national, qu'il m'aurait été difficile d'obtenir en dehors de l'essai thérapeutique et permet ainsi d'obtenir des résultats jusqu'alors non ou très peu étudiés. Nous avons enfin bénéficié d'un meilleur recueil et contrôle des données (investigateur formés, regard de l'unité de recherche clinique et de statisticiens). Cela permettra également d'avoir des données de motivation tout au long du suivi et du sevrage des patients.

V.2.3 PEU D'ETUDES ANTERIEURES

Les objectifs de ma thèse sont des objectifs peu étudiés auparavant, puisque la plupart des publications prospectives antérieures s'attachent plutôt à regarder le lien entre motivation et résultat du sevrage, avec parfois un raccourci fait entre réussite du sevrage et motivation (puisque que le patient a réussi son sevrage alors il était motivé) sans réelle évaluation de la motivation. Peu cherchent à comprendre quels facteurs peuvent renforcer la motivation (mais plutôt à connaître les facteurs permettant la réussite du sevrage) et quel « patient type » est motivé par quel moteur. D'autre part certaines études ayant des objectifs similaires sont plutôt rétrospectives : on demande aux patients sevrés ce qui les a motivé a posteriori hors ces motivations évoluent au cours du sevrage. Il est donc intéressant d'avoir une étude prospective ayant pour objectif primaire et secondaire l'étude des motivations. La fiabilité du test statistique est ainsi meilleure.

V.2. DISCUSSION DES RESULTATS

V.2.1. POUR LA MOTIVATION GLOBALE

(i) Synthèse des résultats

Dans l'ensemble il s'agit d'un échantillon très motivé puisque l'évaluation sur 10 de la motivation globale a une médiane à 8 (Q1-Q3= 10-6).

Plusieurs facteurs semblent influencer sur la motivation globale du patient. Il apparaît que le fait d'être entouré et d'avoir un nombre élevé de contacts, le fait d'avoir de hauts revenus, de se sentir à l'aise financièrement, d'avoir bénéficié de l'enseignement supérieur, d'atteindre l'ivresse toujours ou souvent lors des consommations d'alcool et enfin l'absence de co-addiction au tabac et à l'héroïne sont significativement liés à une forte motivation. Les plus jeunes sont moins motivés que leurs aînés (de plus 65ans).

Après l'analyse multivariée, seuls l'entourage, l'âge (> 55 ans), l'enseignement supérieur et l'ivresse sont liées à une plus forte motivation avec des odds ratio élevés.

Il est à garder en tête qu'un résultat statistiquement significatif peut toujours être le fruit du hasard (risque alpha de 5%) et qu'il peut également résulter de certains biais de confusion. Même si l'analyse multivariée et l'ajustement sur l'âge effacent en partie ce risque. Cependant la plupart des résultats semblent être concordants avec la littérature puisque nos trois résultats retrouvés en analyse multivariée sont reconnus comme facteurs motivants voire comme liés positivement aux résultats du sevrage.

(ii) Variation de la motivation globale

Le patient motivé est entouré, ce qui est cohérent avec les études de Krampren et Lemere ^[38,39] pour qui les patients ayant une épouse (et donc peur de la perdre) obtenaient de meilleurs résultats alors que le fait d'être isolé (perte de l'épouse ou du travail) était un mauvais pronostic. Le lien avec l'entourage et le nombre de contacts est retrouvé en analyse multivariée. Nous nous attendions cependant à ce qu'un haut score de réseau social ou encore la participation aux Alcooliques Anonymes (AA) soient des facteurs motivants comme dans l'étude de 2011 qui évaluait l'impact de ce groupe de paroles sur le sevrage ^[50]. Cependant le faible effectif obtenu des participants aux AA n'a pas permis d'obtenir de résultat.

Le niveau de vie élevé (haut revenu et se sentir à l'aise financièrement) renforce également la motivation. Néanmoins nous ne retrouvons pas de lien avec le fait d'avoir un emploi contrairement à Krampren ^[38] mais le fait d'avoir de hauts revenus implique souvent d'avoir un travail et ces deux résultats sont probablement liés. D'autre part dans une thèse de 2012, la motivation dans une population précaire est retrouvée comme légèrement inférieure dans le sevrage tabagique ^[52]. Ce facteur est peu cité dans la littérature comme interférant significativement avec la motivation mais il n'est pas retrouvé dans notre étude en analyse multivariée.

L'absence de différence significative entre homme et femme est également retrouvée dans d'autres études ^[30,44]. Même s'il semble évident que les raisons menant au sevrage et les modes de

consommations sont différents selon le genre (les femmes consomment plus seules et à la maison, plus dans un contexte anxieux pour palier à leur stress que les hommes) ^[44] et que selon Ryan (1995) elles auraient une meilleure motivation intrinsèque ^[4], aucune différence significative n'a été mise en exergue.

La bonne perception de la santé physique et globale va plutôt à l'encontre de l'argument selon lequel les patients sont motivés au sevrage devant les conséquences négatives de la consommation ou au concept d'avoir « touché le fond » menant au sevrage ^[4,31]. On se serait attendu à ce que les patients ayant une mauvaise perception de leur santé ou alors ceux ayant beaucoup de problèmes médicaux (hospitalisation, prise en charge à 100%...) soient plus motivés. Isenhardt en 1998 ^[27] a démontré que plus le patient se sent frustré et découragé à cause de ses problèmes d'alcool moins il sera ambivalents et donc plus motivé à prendre en charge le problème. Le fait que les patients plus jeunes (< 45 ans) soient moins motivés que le groupe de plus de 55 ans reflèterait cette notion (plus âgés donc plus de conséquences néfastes et plus de frustration). Toutefois avec nos résultats, nous rejoignons l'argument de Krampren en 1989 ^[38] qui défend que ceux qui ont quelque chose à perdre à cause l'alcool ont de meilleurs résultats que ceux qui l'ont déjà perdu même s'il ne retrouvait ces résultats pour l'épouse et le travail et non pour la santé. Cependant ce résultat n'est pas retrouvé en analyse multivariée dans notre étude et est peut-être la conséquence d'un biais de confusion (bonne santé perçue peut, par exemple, être liée à haut niveau social). Des études plus puissantes seront nécessaires pour infirmer ou affirmer cette tendance. D'autre part les données manquantes et les faibles effectifs obtenus pour les patients ayant un suivi médical important ou des conséquences sévères (suivi spécialisé, ALD, hospitalisations) ne permettent pas une bonne évaluation statistique, aucun lien n'est donc retrouvé.

Pour ce qui est du médecin traitant, la différence retrouvée est à la limite de la significativité mais le fort effectif de patients ayant un médecin et lui ayant parlé de l'alcool est probablement un biais. Il semblerait cohérent que le médecin traitant renforce la motivation. Même s'il est difficile de savoir si c'est la motivation qui a poussé le patient à avoir un médecin traitant et à lui parler de l'alcool ou si c'est le fait d'avoir un médecin traitant qui l'a motivé. En effet, l'éducation est également un grand vecteur de motivation ^[7,35] puisque l'on constate que les patients qui reçoivent de l'information et son bien suivis médicalement entrent plus dans le sevrage et évoluent dans les stades de motivation. C'est en parti le rôle des interventions brèves et de l'entretien motivationnel. Les patients ayant fait des études supérieures, comme dans nos résultats, sont également des patients souvent plus motivés ^[35] mais ayant aussi plus souvent accès à l'information et à l'éducation. Etudes supérieures rime aussi souvent avec emploi et milieu social plus élevé et donc ces patients ont souvent plus à perdre en continuant de consommer.

Nous ne retrouvons pas de lien entre estime de soi et motivation élevée. Dans des publications antérieures les patients ayant une meilleure estime de soi et un insight (qui peut être défini par la conscience et la compréhension de sa propre psycho dynamique et des symptômes d'un comportement inadapté, parfois assimilé au niveau de conscience d'un trouble psychiatrique) sont plus avancé dans les stades de motivation : un faible insight pour les stades contemplation et pré-contemplation et un fort insight pour le stade Action. Un insight élevé avait déjà été relié à de meilleurs résultats en termes de maintien de l'abstinence ^[45]. Cependant si le fait de vouloir se sevrer

peut augmenter l'estime de soi (tendance non significative à être plus motivés chez les patients ayant une estime de soi forte dans notre étude), nous avons vu plus haut que les patients plus souvent motivés sont ceux ayant des conséquences néfastes et ceux ayant touché le fond comme décrit plus haut et donc potentiellement avec une faible estime de soi (ce qui est le cas dans l'échantillon qui a globalement une estime de soi faible à très faible alors que la motivation est forte).

Le lien entre ivresse plus fréquentes et motivation semble faire écho à ce que Collins en 2010 appelle l'effet « gueule de bois »^[49] (hangover en Anglais). C'est à dire que les étudiants interviewés prennent conscience après de grosses ivresses des conséquences liées à l'alcool et ont envie de ralentir et de mieux maîtriser leur consommation. Dans une étude de Steinberg^[34] en 1997, on constate également que les patients ayant une motivation intrinsèque élevée sont ceux ayant une plus forte consommation et une plus forte dépendance. Ces ivresses peuvent évoquer la peur de la perte de contrôle fréquemment décrite dans les articles^[4,31]. Ce lien est très fort statistiquement avec un OR élevé en particulier pour les patients étant ivre « toujours ou presque » quand ils consomment.

Enfin pour les co-addictions, peu de résultats intéressants sont comparables. A noter que dans une thèse de 2012^[57] sur le sevrage tabagique pendant un sevrage alcoolique il semblait au contraire que les patients étaient plus motivés au sevrage tabagique. Dans une autre thèse sur sevrage tabagique et précarité^[52] les alcooliques sont moins motivés au sevrage tabagique, ce qui concorderait avec nos résultats (une co-addiction diminue la motivation).

V.2.2. POUR LES MOTIVATIONS PRINCIPALES : Synthèse et discussion des résultats

a. Les raisons menant au sevrage

Les motivations les plus importantes pour l'échantillon sont d'abord la santé à long terme, puis l'entourage puis la santé à court terme. Viennent ensuite respectivement le travail, la peur de problèmes judiciaire et la peur d'être mêlés à des comportements violents. Ce classement semble faire écho à la littérature^[33] puisque la santé est souvent le premier domaine de motivation et que la santé à long terme est plus souvent évoquée que la santé à court terme. L'entourage est le deuxième grand pourvoyeur de motivation dans les études sur le sujet. Cependant, comme vu dans le chapitre « contexte », la peur de la perte le contrôle et le coût sont également souvent évoqués. Le coût n'est pas abordé dans notre étude et nous n'avons pas de données sur le sujet. La perte de contrôle englobe plusieurs facettes dont la peur de violences et de problèmes avec la justice mais ces deux catégories arrivent en dernier alors qu'elles sont souvent retrouvées dans la littérature. Là encore le mode de recueil des données aurait pu être plus adapté afin d'obtenir des résultats plus précis.

b. Variation de la motivation principale

Peu de résultats sont intéressants car la plupart des résultats significatifs sont directement lié à la motivation elle-même : le patient motivé par la santé est en bonne santé, le patient motivé par la

famille a une famille, le patient motivé par le travail a un emploi... Ceci évoque bien sûr les « choses » que le patient peut perdre à cause l'alcool qui deviennent donc source de motivation ^[38].

Cependant à noter plusieurs paramètres (qui parfois reviennent dans plusieurs domaines) :

Santé à long terme

Les patients motivés par la santé à long terme, perçoivent leur santé comme bonne, vivent plus souvent en couple et avec leurs enfants, ont des hauts revenus et une bonne estime de soi. Ils ont commencé à boire régulièrement plus tardivement et sont aussi très motivés par la santé à court terme.

Les patients se sentent encore en bonne santé et c'est probablement la peur de perdre cette santé qui renforce la motivation ^[33,34]. C'est également cohérent avec l'âge de consommation régulière plus tardif : ils ont commencé à boire plus tard donc les effets néfastes ne sont pas encore là et la santé perçue est encore bonne. D'autre part, la présence de l'entourage familial renforce la motivation par la santé, ce qui semble logique puisque le fait de prendre soin de soi peut être une demande de la famille (pression externe) mais également refléter l'envie du patient de pouvoir prendre soin et profiter d'eux plus longtemps ^[34].

Enfin, ces patients semblent faire partie d'une catégorie sociale élevée et éduquée. Nous l'avons vu l'éducation renforce la motivation globale, il semble donc que le fait d'éduquer sur la santé permette une meilleure motivation dans la santé ^[7,35] même si aucun lien entre ce type de motivation et la motivation globale n'est retrouvé.

Famille proche

Les patients motivés par la famille sont ceux n'ayant pas d'affection longue durée et comme pour la motivation globale, les patients étant souvent ou toujours ivres. Ils sont motivés de façon significative par tous les autres domaines sans qu'un ressorte en particulier. L'ivresse peut encore faire écho à la peur de la perte de contrôle, le fait d'avoir peur d'être violent avec sa famille mais également la honte et la stigmatisation : les patients plus souvent ivres ont plus à gagner en terme d'entourage social et familial. Leur addiction est visible, elle a des conséquences qu'ils ne contrôlent pas toujours et donc la pression externe familiale peut être plus importante ^[34,40,46], la pression interne peut également être importante (honte, culpabilité, envie d'être meilleur).

Pour ce qui est des affections longues durées, le fait de ne pas être atteint d'une pathologie en ALD semble renforcer la motivation dans la famille. Cela peut faire écho au fait que les patients entourés par leur famille sont plus motivés par la santé (cf. supra) : pression externes familiales et envie de prendre soin de sa santé pour être là pour sa famille.

Santé à court terme

Les patients motivés par la santé à court terme ont un emploi, sont suivis pour une affection longue durée, ont plus souvent pris un traitement pour le sevrage alcoolique en particulier le Revia ou la Naltrexone et n'ont pas de co-addiction à la cocaïne ou à l'héroïne.

Contrairement à la santé à long terme où le patient bénéficie d'une bonne santé perçue, ici les patients plus motivés sont ceux ayant une ALD. Cela évoque l'augmentation de la motivation suite

aux conséquences néfastes de l'alcool ^[4,31]. Leur gain est donc bien la santé à court terme puisque celle-ci commence à être défaillante. Certains ont donc déjà essayé de se prendre en charge puisqu'il existe un lien avec les prises de traitement ayant l'AMM dans le maintien du sevrage.

L'absence de co-addictions à la cocaïne et l'héroïne est plus difficile à expliquer, des patients ayant plusieurs addictions auraient pu être plus motivés par ce domaine puisque plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé à court terme. Cela peut aussi être tout simplement dû au fait que, puisqu'ils sont préoccupés par la santé, ils ont moins de co-addictions.

En outre, la santé à court terme semble avoir une tendance à renforcer la motivation globale. On peut interpréter ces résultats de la même manière, les conséquences néfastes sont là, il est donc « urgent » de se sevrer et la motivation globale au début de l'étude est importante. Cependant le test est à la limite de la significativité ($p= 0,06$) et l'on ne peut pas conclure de façon ferme. Il faudra donc des études complémentaires pour affirmer ce résultat.

Travail, justice et violences

Les patients motivés par le travail n'ont pas fait d'études supérieures, ne fument pas régulièrement et ont plus souvent eu des conditions de vie antérieures expliquant leur prise actuelle d'alcool (stress, traumatismes). Ils sont également très motivés par la justice et les violences.

Les patients motivés par la peur des problèmes avec la justice ou la peur de violences ont des profils similaires. Ce sont plutôt les patients percevant leur situation financière comme compliquée, n'ayant pas bénéficié d'études secondaires et ne fumant pas régulièrement.

Il semble donc que les domaines « travail », « justice » et « violences » se répondent. Les patients ont les mêmes caractéristiques : il s'agit de ceux étant plus à risque de perdre leur travail ou d'avoir des problèmes judiciaires ou de violences: bas niveau socio-économique, pas d'études secondaires (donc moins éduqués), stress et traumatisme antérieurs.

Le lien avec l'absence de consommation de tabac est plus difficilement interprétable, il est pourtant retrouvé dans les trois domaines.

Les trois types de motivation sont également fortement reliés entre eux ce qui peut faire écho à la peur de la perte de contrôle en général ^[31,42,37]. Ce sont les patients qui ont beaucoup à gagner dans ces domaines en arrêtant de boire. Aucun des trois domaines n'est lié à la motivation globale contrairement à ce qui a pu être décrit par Lynch en 2006 ^[41] dans une revue de la littérature. Il constate une augmentation des stades de la motivation chez les patients condamnés par décision de justice et chez ceux ayant une crainte élevée de problèmes légaux.

V.2.3 PERSPECTIVES

(i) Utilisation en clinique

Ces résultats peuvent, je pense, être une aide à l'entretien motivationnel ainsi qu'aux interventions brèves et permettre de mieux motiver le patient et de repérer les patients à risque.

Quelques pistes d'utilisation :

- Eduquer et insister sur les conséquences néfastes de l'alcool : l'éducation, l'information sont source de motivation. La santé à court terme semble notamment augmenter la motivation globale et la santé (à court et à long terme) est le premier domaine de motivation. Il s'agit donc de toujours rappeler aux patients les risques notamment à court terme de l'alcool. Nous l'avons vu, les médecins généralistes ne se sentent pas légitime dans le repérage et la prise en charge de l'alcool. Dans une étude de Bouix ^[22] en 2002, 80 % estiment que leurs conseils ne seraient de toute façon pas suivis d'effets et que même si 75 % avaient envie d'aider ces patients, la même proportion déclare aimer peu travailler avec eux. Il est important de lever cette gêne et de comprendre qu'insister sur les conséquences négatives de la consommation est motivant. Il est à garder en tête pour le médecin que d'une part le simple fait de déconseiller de boire entraîne des sevrages ^[7] et que d'autre part le patient accorde une place à son médecin traitant dans son sevrage ^[21]. Les chiffres des patients ayant un médecin et lui ayant parlé de l'alcool le montre.
- Rester simple : les sources de motivation du patient sont logiques. Il s'agit de repérer les « choses » que le patient a à perdre de par son addiction : l'emploi, l'entourage, la santé... Repérer par quel domaine il est plus susceptible d'être motivé. Insister sur ce que le patient peut perdre en consommant : la peur semble être source de motivation.
- Insister sur la perte de contrôle, elle est source de motivation, surtout chez les patients ayant une tendance à l'ivresse lors de leurs consommation ^[49].
- Repérer les facteurs de risque de « mauvaise motivation » et leur proposer des solutions globales, plus adaptées à leur situation peut être également motivant ^[42,44]. Par exemple, proposer des aides et prises en charge sociales ou financières, réinsertion professionnelle et sociale (appartement thérapeutiques, aide à la recherche d'emploi, groupes et associations...). Intégrer et impliquer l'entourage ou le conjoint dans la prise en charge peut également être satisfaisant pour les deux partis ^[34].
- Proposer une prise en charge plus spécifique aux patients ayant des co-addictions qui semblent moins motivés.

(ii) La suite de Bacloville

Il sera intéressant de constater si une plus grande motivation permet de meilleurs résultats au sevrage puisque la littérature est contradictoire à ce sujet. A savoir si les patients moins motivés sont plus à risque d'abandonner le sevrage ou de ne pas l'atteindre ou alors s'il s'agit d'une question « d'enclenchement » du cycle de motivation et que le repérage de ces patients « moins motivés » permettra de les faire entrer dans une démarche de sevrage sans risque de moins bon résultats au final.

Les résultats de l'essai Bacloville permettront également de constater comment évolue la motivation au cours du sevrage et si un domaine de motivation est plus susceptible de mener à la réussite du sevrage. Ainsi que de voir si le baclofène lui-même interagit avec la motivation globale et la motivation principale.

VI. CONCLUSION

Cette étude permet de mieux comprendre les motivations et les moteurs du sevrage alcoolique. Il apparaît que les patients les plus motivés sont les plus entourés, ayant un nombre de contacts important avec une tendance à l'ivresse lors des consommations qui peut évoquer la peur de la perte de contrôle décrite dans la littérature. Ceux ayant bénéficiés d'études secondaires (donc souvent plus éduqués) ont également une motivation plus élevée. Trois éléments nouveaux par rapport à la littérature semblent renforcer la motivation : l'âge (les aînés (>55 ans) sont plus motivés que le groupe des moins de 45ans), l'absence de co-addiction (tabac ou héroïne) et la bonne perception de la santé globale et physique. Ces deux derniers résultats ne sont toutefois pas retrouvés en analyse multivariée. Le résultat sur la santé perçue comme bonne, est plutôt contradictoire avec les données connues.

Les grandes sources de motivation retrouvées sont la santé (à long terme plus importante qu'à court terme) et l'entourage. Le type de motivation « santé à court terme » aurait une tendance à renforcer la motivation au sevrage.

D'une part des études plus puissantes sont nécessaires pour étayer les résultats (notamment le lien probable entre santé à court terme et renforcement de la motivation globale) et mieux appréhender le concept de motivation. Il est également important pour une meilleure qualité méthodologique d'établir un consensus sur les définitions des motivations (motivation au traitement, au sevrage, au changement...) et de son évaluation (échelle validée).

D'autre part, la suite de l'étude Bacloville permettra de regarder l'évolution de la motivation globale, des motivations principales au long du sevrage (ou de l'échec du sevrage) et de voir s'il existe un lien entre motivation et résultats à un an.

La motivation paraît donc être un élément essentiel dans la prise en charge des addictions, cependant des lacunes dans sa définition exacte, ses multiples théories et le manque d'études puissantes ne permettent pas d'en cerner encore tous les secrets.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1- InVS, Numéro thématique, l'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 7 mai 2013, N°16-17-18 : 1633-203.
- 2- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif.* 1992; 28: 183-218. Review.
- 3- Prochaska and DiClemente (1986). Toward a comprehensive model of change. *Addictive Behaviors: Processes of Change.* W. R. Miller and N. Heather. New York, Plenum Press: 3-27.
- 4- Ryan, Plant, O'Malley. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav.* 1995 May-Jun; 20 (3):279-97.
- 5- Miller, Rollnick: *Motivational Interviewing. Preparing people for change*, 2nd edition, 2002. Paris: InterEditions, Dunod.
- 6- DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Res Health.* 1999; 23(2):86-92. Review.
- 7- Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.* Paris, 2008 : 11-21, 100-126.
- 8- Saint-Guily, *Prise en charge de l'alcoolisme : Le rôle du médecin généraliste, alcoologie, actualité et dossier en santé publique*, septembre 1998 : N°24 :53-54.
- 9- Rouyer S, *Un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie*, (monographie en ligne) 20/11/2013 disponible sur <http://groupeinteralcool.free.fr/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes>
- 10- OFDT (ressource électronique) (réf. Du 1^{er} décembre 2013) France. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques>.
- 11- BECK F, *Atlas régional des consommations d'alcool* (monographie en ligne), 2010. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010>
- 12- Inpes, *Etats généraux de l'alcool, rapport de synthèse, tome 1*, (monographie en ligne) 2006. Disponible http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/alcool/pdf/Rapport_EGA_tome1.pdf
- 13- *Risque de l'alcool*, *La revue du praticien*, décembre 2011 : 61 : 1364-75.
- 14- Parquet P.-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance.* Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998 : 46 p.
- 15- SFA, *Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance Usage à risque – Usage nocif, Résumé de la recommandation de le SFA, Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (4S) : 3S-5.*
- 16- Roehr B. American Psychiatric Association explains DSM-5. *BMJ.* 2013; 346:f3591.
- 17- Skinner. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *CMAJ.* 1990; 143(10):1054- 9.
- 18- Saunders, J, Aasland, O, Babor, T, de la Fuente, J et Grant, *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II.* *M. Addiction*, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804.
- 19- N. Boisvert, *Validation de l'échelle de motivation du client face à la thérapie (EMCT), version française du « Client therapy for scale (CMOTS).* 166p, Mémoire de maîtrise en psychologie, université du Québec à Chicoutimi. Septembre 2006.

- 20- Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinker's motivation for change: the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychologie of addicted behavior*. 1996, 10(2): 81-89.
- 21- Terrade P, Attentes des patients alcoolo dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage. Etude auprès de 199 patients pris en charge pour sevrage dans quatre centres de référence. 100p, Thèse de médecine générale. Poitiers, 2009.
- 22- Observatoire de la santé de la Martinique, principaux résultats de l'enquête alcool en médecine générale, OMS flash, N°28, décembre 2011.
- 23- Malade de l'alcool La revue du praticien, Mai 2006, 54 (10) : 1059-1099.
- 24- Bouix J.C, Gache P, Rueff B, Huas D – Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissance, opinions, attitudes et pratiques de médecin généralistes français concernant l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2002, octobre 21 ; 16 :1488-1492.
- 25- Alexandre C, Alcool et baclofène : étude sur 132 patients suivis pendant un an en ambulatoire, 70p, Thèse de médecine générale, Paris 5, 2011.
- 26- Dictionnaire de la langue Française, De Villiers, 1997, p. 950.
- 27- Isenhardt CE, Van Krevelen S. Relationship between readiness for and processes of change in a sample of alcohol dependent males. *Journal of Substance Abuse*. 1998; 10: 175–184.
- 28- Battandier A, Articles et théories de la motivation, (ressource électronique, réf janvier 2014) disponible sur alain.battandier.free.fr
- 29- Robin A, ADEM (ressource électronique), consulté en février 2014, disponible sur Entretienmotivationnel.org
- 30- Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Gaskin J. Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addict Behav*. 1994 Nov-Dec; 19(6): 691-6.
- 31- Klingemann HK. The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Br J Addict*. 1991 Jun; 86(6): 727-44.
- 32- Grosso JA, Epstein EE, McCrady BS, Gaba A, Cook S, Backer-Fulghum . Women's motivators for seeking treatment for alcohol use disorders. *Addict Behav*. 2013 Jun; 38(6): 2236.
- 33- McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav*. 2006.
- 34- Steinberg ML, Epstein EE, McCrady BS, Hirsch LS. Sources of motivation in a couple outpatient alcoholism treatment program. *AmJDrugAlcohol Abuse*. 1997 May; 23(2):191-205.
- 35- Farnworth MG. What motivates daily cigarette smokers to quit? Retrospective annual discrete duration analysis. *Subst Use Misuse*. 2006; 41(4):533-54.
- 36- Christo, Review of reasons for using or not using drugs: commonalities between sociological and clinical perspectives, *Drugs Education, Prevention and Policy*, 1998, 5, (1), 59-72.
- 37- Murphy PN, Bentall RP. Motivation to withdraw from heroin: a factor-analytic study. *Br J Addict*. 1992 Feb; 87(2):245-50.
- 38- Krampen G. Motivation in the treatment of alcoholism. *Addict Behav*. 1989; 14(2):197-200.
- 39- Lemere, O'Hollaren, Maxwell 1958. Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of studies on Alcohol*, 19, 428-431.
- 40- Simoneau H, Bergeron J. Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addict Behav*. 2003 Sep; 28(7): 1219-41.
- 41- Lynch, R. (2006). Coercion and social exclusion: the case of motivating change in drug-using offenders. *British journal of community justice*, 4 (1), 33-48.

- 42- Dawson DA. Are men or women more likely to stop drinking because of alcohol problems? *Drug Alcohol Depend.* 1994 Aug; 36(1): 57-64.
- 43- Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav.* 1993 May-Jun; 18(3): 347-53.
- 44- Schober R, Annis HM. Barriers to help seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature. *Addict Behav.* 1996 Jan Feb; 21(1): 81-92.
- 45- Abstract: German D, Sherman SG, Sirirojn B, Thomson N, Aramrattana A, Celentano DD. Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand. *Addiction.* 2006 Aug; 101(8):1143-52.
- 46- Miller W.R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 98(1): 84–107, 1985.
- 47- Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. Sources of motivation for abstinence: a replication analysis of the reasons for quitting questionnaire. *Addict Behav.* 2001 Jan-Feb; 26(1): 79-89.
- 48- Gregoire TK, Burke AC. The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Jan; 26(1):337-43.
- 49- Collins SE, Logan DE, Neighbors C. Which came first: the readiness or the change? Longitudinal relationships between readiness to change and drinking among college drinkers. *Addiction.* 2010 Nov; 105(11): 1899-909
- 50- Kingree JB, Thompson M. Participation in Alcoholics Anonymous and post-treatment abstinence from alcohol and other drugs. *Addict Behav.* 2011Aug; 36(8): 882-5.
- 51- P Tison, Marc Hautekeete, P Taquet, M Thouvenin. Les alcoolos-dépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2009 : 19(1), 35-40.
- 52- Martens S, Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité, p2-37, Thèse de médecine générale. Grenoble. 2012.
- 53- Longshore D, Teruya C. Treatment motivation in drug users: a theory-based analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2006 Feb 1; 81(2): 179-88. Epub 2005 Jul 26.
- 54- Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction.* 1998 Aug; 93(8): 1177-90.
- 55- Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- 56- Anseau M, Besson J, Lejoyeux M, Pinto E, Landry U, Cornes M, Deckers F, Potgieter A, Ades J. A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients: a validation study in Belgium, France, and Switzerland. *Eur Addict Res.* 2000 Jun; 6(2):51-6.
- 57- Suau V, La démarche de sevrage tabac au cours d'un sevrage hospitalier : évaluation à un mois, 42p, Thèse de médecine générale. Lille, 2012.
- 58- Inserm (ressource électronique) Pharmacocinétique de l'éthanol (consulté le 1^{er} février 2014) France. Disponible sur : www.ipubli.inserm.fr
- 59- Grossesse et alcool. Une consommation minimale et irrégulière peut être sans risque. *Rev Prescrire* 2011 ; 31 (337) : 837-844.
- 60- West R, West A, Théorie PRIME, vers un modèle synthétique de la motivation et son application dans la compréhension des addictions, *Alcoologie et addictologie* 2008 : 30(1) : 37-4.

ANNEXE 1: PHARMACOLOGIE DE L'ALCOOL

L'alcool est obtenu par formation de produits végétaux riches en sucre (par exemple le raisin pour le vin, les pommes pour le cidre) ou par distillation. Les travaux de Wilkinson en 1977, de Jones et Jönsson en 1994 et 1997 ont permis de mieux comprendre la pharmacocinétique de l'éthanol. Il n'est pas digéré mais passe directement du tube digestif au sang qui le transport rapidement à tous les organes [58].

Cette diffusion est lente au niveau gastrique et la majeure partie (70 % à 80 %) est absorbée au niveau de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum). Quand l'alcool est ingéré à jeun, la concentration maximale est atteinte rapidement, environ une demi-heure après l'ingestion. L'ingestion de nourriture ralentit la vidange gastrique en entraînant la fermeture du verrou pylorique et en réduisant la motricité gastrique, en particulier au niveau antral. En conséquence, l'ingestion de nourriture, en prolongeant le temps de séjour de l'éthanol dans l'estomac, va modifier la cinétique de l'absorption de l'éthanol. Le pic est plus tardif et moins élevé. Un allongement du délai de vidange gastrique semblant exister chez les femmes, exacerbé par le fait que les hormones féminines ralentissent la vidange et le transit et semble modifier l'absorption de l'alcool. Holt en 1991 a montré que les alcools forts (d'une concentration supérieure à 20 %) entraînent un spasme pylorique qui retarde la vidange gastrique et donc ralentissent l'absorption. La distribution de l'éthanol est très rapide (demi-vie de distribution de 7 à 8 minutes aux organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie). Les concentrations dans ces différents organes sont très rapidement équilibrées avec les concentrations sanguines. Il n'y a pas de liaison protéique et son volume de distribution est donc celui de l'eau libre (soit environ 4L pour un homme de 70kg) [58]. Au niveau cérébral, l'alcool interagit avec les récepteurs GABA-ergique et dans l'alcoolisme chronique on peut constater une diminution de ces derniers au niveau des synapses neurologiques [25].

Deux voies contribuent à l'élimination de l'éthanol : l'oxydation enzymatique, c'est-à-dire le métabolisme (80%, par le foie), et l'excrétion sous forme inchangée par la sueur, les urines et l'air expiré. Elle est d'environ 0,15 g/l/h (ce qui correspond à une élimination de 7 g d'éthanol par heure).

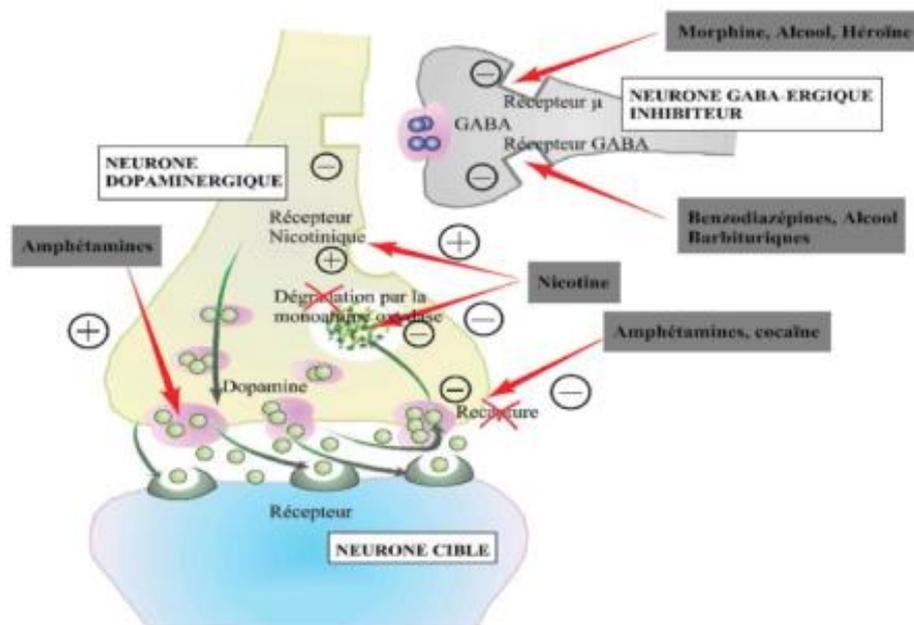


Image 5: Physiologie des récepteurs GABA [25]

ANNEXE 2: EPIDEMIOLOGIE DE L'ALCOOL

Adolescence

L'expérimentation atteint en effet un niveau de 83 % en 3^{ème} et 93 % en terminale. Ceux qui déclarent avoir connu une ivresse sont 17 % en 4^{ème}, contre 69 % en terminale. De même l'usage régulier passe lui de 3 % en 4^{ème} à 27 % en terminale. Et si le cidre et le champagne sont les alcools inaugurant les années collèges, les bières, prémix et alcools forts prennent le relai au lycée.

L'enquête ESCAPAD ^[1] de 2011 s'intéresse quant à elle aux consommations à l'âge de 17 ans : plus de la moitié (53,2 %) ont pratiqué le « Binge drinking » et ont bu plus de 5 verres en une seule occasion, 2,7 % disent l'avoir fait au moins 10 fois sur l'année précédente (garçons > filles). En outre 8 jeunes sur 10 (74,2 % des filles et 79,7 % des garçons) déclarent avoir eu une consommation d'alcool dans les 30 derniers jours (ce qui fait de l'alcool le psychotrope le plus consommé par cette tranche d'âge), 5 % des garçons contre 5,6 % des filles déclarent avoir eu un usage régulier (en moyenne dix consommations sur les 30 derniers jours), le clivage homme/femme se perçoit donc en terme d'élévation des consommations. De plus 58 % déclarent avoir été ivres a cours de leur vie, 50 % au cours des 12 derniers mois et 10 % au moins 10 fois au cours de l'année. L'ivresse semble être une pratique plus masculine avec un ratio de 2,6 pour l'ivresse régulière.

Les adultes

Toujours sur l'année précédente, les consommations occasionnelles s'élèvent à 37,9 %, les consommations hebdomadaires à 37,4 %, quotidiennes à 11,7 %. Environ 18 % des adultes disent avoir connu une ivresse au cours des 12 derniers mois et 8 % en ont connu 3 ou plus. Les hommes obtiennent une fois encore la palme de la consommation avec un usage journalier pour 18 % contre 6 % des femmes et 27 % d'ivresse contre 10 %.

Les femmes enceintes

La consommation pendant la grossesse est déclarée par 21 % des femmes mais seulement 3 % ont bu plus de 3 verres lors d'une même occasion. Même si l'on sait que la consommation ponctuelle et non abusive d'alcool pendant la grossesse semble sans danger ^[60] l'information des femmes doit être développée.

Les enjeux économiques

La filière vitivinicole représenterait selon les syndicats et le ministère de l'agriculture environ 270 000 emplois directs, l'association des brasseurs de France revendiquent plus de 71 000 emplois alors que les spiritueux en déclarent 100 000. Les importations d'alcool sont globalement bien inférieures aux exportations : elles s'élèvent à 2,4 milliards d'euros en 2011 (contre un chiffre d'affaires à l'export de 11,4 milliards d'euros). Elle est source de revenu, pour l'État et la Sécurité sociale, par deux biais : la TVA (comme pour n'importe quel bien de consommation), mais également grâce aux droits sur les volumes consommés. Les ménages français dépensent en moyenne 16,7 milliards d'euros en alcool et rapportent donc (hors TVA) 3,2 milliards d'euros de droits indirects.

Par ailleurs, le coût pour la société est très élevé du fait du coût des soins (estimé à 3 milliards d'euros) et du coût social (estimé à plus de 15 milliards d'euros).

ANNEXE 3: CONSEQUENCES DE L'ALCOOL

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	- 3 %	938	- 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	- 10 %	- 51	- 19	- 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	- 4 %	638	- 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Source : Guérin et coll. [5]

Note : les chiffres négatifs correspondent aux situations dans lesquelles la consommation d'alcool évite des décès

Tableau 12: Conséquences de l'alcool

ANNEXE 4: ALCOOLODEPENDANCE DANS LE DSM-IV et le DSM V

DSM IV : La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- Besoin de quantités nettement majorées dès la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;

Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;

Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser : Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents)

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

DSM 5 : Nouvelle définition de la dépendance

Les changements par rapport au DSM-IV sont marqués par la disparition de la notion d'abus. La dépendance comprend maintenant 11 critères, contre 7 dans le DSM-IV. Le nombre de critères correspond à des niveaux d'intensité (dépendance légère : présence de 2 à 3 symptômes, dépendance moyenne : présence de 4 à 5 symptômes, dépendance sévère : présence de 6 symptômes ou plus). Le terme de dépendance a finalement été retenu, au détriment du terme addiction qui avait été un moment évoqué.

Quatre critères de dépendance ont été rajoutés par rapport au DSM-IV :

Le craving, ou désir irrésistible de consommer de la substance, concept addictologique clé, maintenant consacré dans le DSM-5.

Des difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de substance.

La poursuite de la consommation malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance.

La consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses.

Dans le DSM-5, la dépendance peut être en rémission précoce (pas de critère de dépendance depuis au moins trois mois, mais depuis moins de 12 mois) ou en rémission prolongée (pas de critère de dépendance depuis au moins 12 mois, sauf le critère craving qui peut persister). Il est également possible de préciser si le sujet est dans un environnement protégé, lorsque l'accès à la substance est limité ou si le sujet est sous traitement de substitution (pour les opiacés).

ANNEXE 5: QUESTIONNAIRE AUDIT- C

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- Jamais - 0 point
- 1 fois/mois ou moins - 1 points
- 2 à 4 fois/mois - 2 points
- 2 à 3 fois par semaine - 3 points
- 4 fois/semaine - 4 points

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 - 0 point
- 3 ou 4 - 1 points
- 5 ou 6 - 2 points
- 7 à 9 - 3 points
- 10 ou plus - 4 points

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

Test Audit C, l'analyse du score

- score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique
- score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé
- score supérieur ou égal à 13 : alcoolisme dépendance.

ANNEXE 6: COMPLEMENT POUR LES THEORIES DE LA MOTIVATION

I. PROCESSUS DE CHANGEMENT (Prochaska et Diclemente)

Prochaska et Diclemente ont également décrit 10 « processus de changement » représentant les différents processus psychologiques amenant au changement. Quelques-uns sont plus d'ordre comportemental et d'autres d'ordre affectif et cognitif.

Les procédés plutôt affectifs sont présents surtout aux premiers stades contrairement aux procédés comportementaux plutôt retrouvés dans les derniers stades.

Ils sont nommés ainsi par les auteurs : sensibilisation/prise de conscience, auto-libération (engagement à changer), gestion du renforcement (se récompenser pour le changement), soulagement émotionnel (exprimer les sentiments à propos de son comportement), relation d'aide (discuter du problème avec quelqu'un d'autre), auto-réévaluation (évaluer la perception de soi-même vis-à-vis du comportement problématique), libération sociale (examiner les alternatives proposées par la société), réévaluation environnementale (évaluer l'impact du comportement problématique sur son propre environnement), contre-conditionnement (trouver une alternative au comportement déviant), contrôle du stimulus (éviter les stimuli en rapport avec le mauvais comportement) [25].

II. Deci et Ryan

II.1 Motivation intrinsèque :

Certains théoriciens postulent que la MI pourrait se différencier en des motifs plus spécifiques. Par exemple Vallerand et Blais en 1987 [19] citent trois sortes de MI : la MI à l'accomplissement, la MI à la connaissance et la MI aux sensations.

La MI à l'accomplissement se réfère au plaisir ressenti en atteignant ses objectifs personnels. Celle de la connaissance au plaisir d'apprendre et de découvrir. Enfin la MI aux sensations évoque le fait de faire une activité pour y retrouver certains ressentis : excitation, amusement, plaisir sensoriel...

Deci et Ryan pense que l'être humain a un besoin fondamental de vivre des expériences d'autodétermination, de compétence et d'attachement interpersonnel. Plus ses expériences sont fréquentes et généralisées, plus la qualité de vie est améliorée.

II.2. Théorie de l'évaluation cognitive :

Deci et Ryan identifie 3 aspects fonctionnels pouvant être reliés aux événements et pouvant en retour affecter la motivation :

- **La perception du contrôle** qui réfère au degré d'autonomie ou de contrôle que le patient perçoit d'un événement donné. Les événements contrôlant dirigent le comportement dans une direction spécifique comme par exemple comment penser ou agir. De fait que le patient les perçoit comme à l'origine de son comportement. Ces événements diminuent donc la perception d'autodétermination et favorise l'adoption d'un lieu de contrôle externe à l'inverse des événements favorisant l'autonomie.
- **L'aspect informationnel** qui réfère au type de rétroaction que l'individu reçoit de son entourage. L'évènement est informationnel lorsqu'il communique au patient un message de compétence pertinent. Un message positif de compétence augmente la motivation intrinsèque à l'inverse des messages d'incompétence.
- **L'aspect lié au niveau d'implication** dans la relation qui réfère à l'intérêt qui est communiqué dans la relation par une personne significative (par exemple le médecin). L'implication interpersonnelle augmente l'autonomie et donc la MI.

L'aspect fonctionnel des événements peut «également s'appliquer aux événements internes (pensées, émotions). Les événements internes jouent un rôle prépondérant dans la régulation des comportements : il peut être perçu comme contrôlant pour l'individu qui s'impose une pression interne (par ses cognitions) pour atteindre un résultat spécifique. Comme un événement externe contrôlant il peut abaisser la sensation d'autonomie et donc d'autodétermination. Ils peuvent être perçus comme informationnels et faire varier la motivation interne comme les événements externes. Ils peuvent enfin avoir un effet sur l'implication dans la relation. Ainsi lorsque l'individu refuse de s'impliquer dans une relation ou un comportement parce qu'il se sent incompétent, il peut perdre de l'intérêt et affecter sa motivation.

ANNEXE 7: DEUX AUTRES THEORIES DE LA MOTIVATION

I. LA THEORIE DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL de Bandura

Cette théorie s'appuie sur le sentiment d'auto-efficacité ou d'efficacité personnelle et sur la théorie de l'apprentissage sociale ^[40].

I.1 Le sentiment d'auto-efficacité

Pour BANDURA, le système de croyance sur son auto-efficacité, ou sentiment d'efficacité personnelle (SEP), est au fondement de la motivation, du bien-être et des accomplissements humains. Pour lui, si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés. Le sentiment d'efficacité ne consiste pas seulement à savoir ce qu'il faut faire et à être motivé. Il s'agit plutôt d'une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts.

I.1.1. Les sources du sentiment d'efficacité :

- Les expériences actives de maîtrise : performances antérieures, succès, échecs.
- Les expériences vicariantes : modelage, comparaison sociale. Observer la réussite ou l'échec d'autres personnes dans une tâche peut jouer sur le sentiment d'efficacité d'un individu par rapport à cette tâche, surtout si ces personnes partagent avec lui un certain degré de similitude qui favorise le processus d'identification.
- La persuasion verbale : feed-back évaluatifs, encouragements, avis de personnes significantes. Les individus sont sensibles à la perception de leur compétence qu'ont leurs parents, leurs pairs et leurs proches, leur médecin... Et leur propre évaluation reflète en partie ces perceptions.
- L'état physiologique et émotionnel : en évaluant ses capacités, une personne se base sur les informations transmises par son état physiologique et émotionnel.

I.1.2. Rôle possible de l'environnement social dans le processus d'auto-efficacité :

« Un sentiment élevé d'efficacité personnelle au sein d'un environnement réactif récompensant les réussites valorisées favorise les aspirations, l'engagement productif dans des activités et un sentiment de réussite personnelle. »

I.2. L'apprentissage social :

La théorie de l'apprentissage social construite par Bandura repose sur trois piliers théoriques fondamentaux : le rôle des processus vicariants, symboliques et autorégulateurs.

- *L'apprentissage vicariant*, ou par modelage, est fondé sur l'observation réfléchie d'un modèle remplissant certaines conditions favorables aux yeux de l'observateur. Différent du mimétisme, le modelage représente tout un travail d'observation active par lequel, en extrayant les règles sous-jacentes aux styles de comportement observés, les gens construisent par eux-mêmes des modalités comportementales proches de celles qu'a manifestées le modèle et les dépassent en générant de nouvelles compétences et de nouveaux comportements, bien au-delà de ceux qui ont été observés. Ce processus comporte quatre facettes : l'attention, la mémorisation, la reproduction, et la motivation.
- Le deuxième pilier consiste dans le potentiel humain de *symbolisation*, pour analyser ses propres expériences, pour communiquer, créer, imaginer, anticiper et évaluer ses propres actions.
- Le troisième aspect concerne le rôle *des processus autorégulateurs* : mettre en exergue le rôle de l'action propre du sujet, dans ce qu'il appellera plus tard l'agentivité humaine.

I.3. La théorie de l'agentivité :

C'est, selon BANDURA, la capacité humaine à influencer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions. Trois modalités différentes : sous l'effet direct de l'intervention de la personne, par le biais d'une procuration à d'autres personnes, ou collective, quand on cherche à atteindre des buts par la coordination et l'interdépendance des efforts d'un groupe.

II. LA THEORIE PRIME

En 2007, le Pr West élabore une théorie qui lui permet de prendre en compte la gamme complète des comportements afin de définir la motivation pour mieux appréhender le champ de l'addictologie [60]. West part du principe que les motifs (désirs et besoins) et les besoins biologiques (faim...) jouent un rôle majeur dans le déclenchement de la motivation. Le fait que nous puissions nous forger des opinions sur certains sujets nous donne la capacité de formuler un plan (figure plan). Ils sont une représentation mentale de ce que nous comptons faire dans l'avenir, elles peuvent être appelées « actions mentales ».

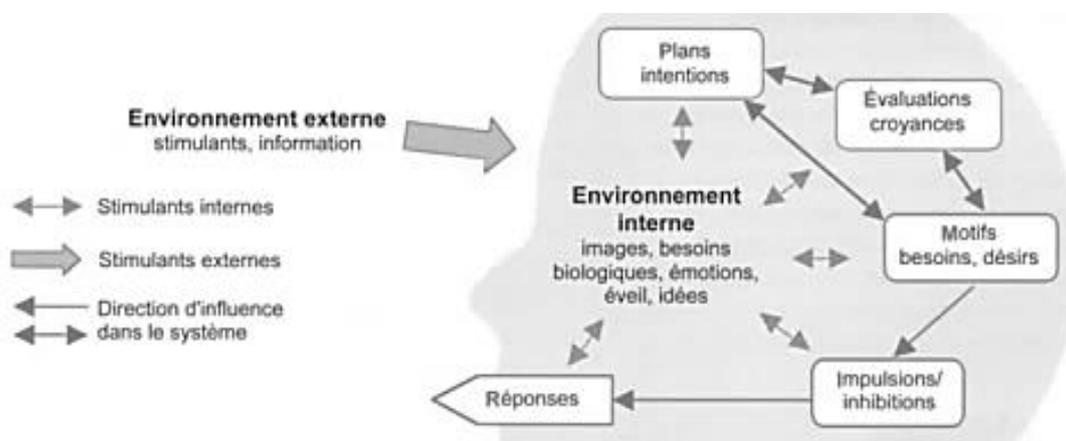


Image 7 : Le système motivationnel

Il définit le « système motivationnel » comme un système de force qui stimule et qui dirige notre comportement à chaque seconde. Nos réactions sont le résultat final de la lutte entre les impulsions et les forces inhibitrices agissant à ce moment donné. Les impulsions sont elle-même dépendantes, on ne se contente pas des motifs et des besoins mais aussi de l'environnement, des instincts et des habitudes.

Le nom de PRIME est l'acronyme des cinq niveaux de ce système motivationnel : plans, réactions, impulsions / forces inhibitrices, motifs et évaluations. Il ne peut y avoir d'influence ou d'interaction qu'entre les niveaux adjacents (figure prime). Les plans donnent une structure à notre comportement, ils sont influencés par les motifs qui à leur tour influencent les impulsions qui ensuite influencent nos réponses.

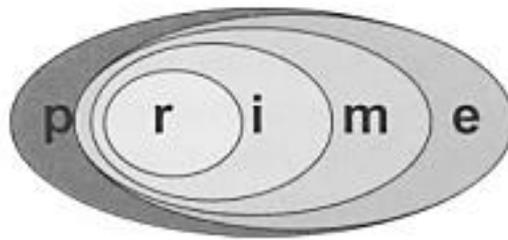


Image 8 : L'acronyme PRIME

Ainsi le modèle tient compte des conflits entre ce que nous pensons devoir faire et ce que nous voulons faire et donc du fait que certaines intentions ne donnent lieu à aucune action alors que beaucoup d'actions peuvent être entreprises sans planification préalable.

Donc pour comprendre le phénomène des addictions nous devons identifier les forces qui mènent ou l'absence de force qui mènent à la restriction ou qui permettraient le contrôle. En considérant les différentes choses auxquelles les gens peuvent devenir « accros », celles-ci apportent du plaisir ou subviennent à des besoins mais transforment l'individu de façon à modifier l'équilibre de la motivation en leur faveur.

La théorie PRIME permet de mieux comprendre pourquoi il semblerait que l'arrêt de tabac non planifié ait un meilleur résultat que celui planifié : il serait la conséquence d'une inversion de la motivation en la défaveur de la cigarette : le patient se trouve tellement motivé par l'arrêt qu'il ne conçoit plus fumer une seule cigarette. Il réévalue complètement son identité et n'a plus aucune raison de remettre son arrêt à plus tard.

ANNEXE 8: LITTERATURE ET MOTIVATION

I. LES RAISONS POUR BOIRE ET SE SEVRER

I.1. Alcool

Une des premières études a été publiée par Lemere, O'Hollaren et Maxwell [39] en 1958. Elle contenait l'interview de 1038 alcooliques entrant dans un programme de traitement en hospitalisation et interrogeait sur le spectre de motivation qu'ils avaient pour accepter le traitement. Elle consistait en une présentation purement descriptive des résultats sans aucune analyse statistique. Lemere montra que les pressions telles que la peur de perdre son travail ou son épouse étaient source d'engagement dans le processus de traitement et permettaient de meilleurs résultats sauf chez les personnes ayant déjà subi cette perte chez qui le pronostic était moins bon.

En 1989, Krampren [38] a fourni un travail « d'extension » du travail de Lemere en analysant les raisons qui poussent le patient à accepter le traitement et en regardant la relation avec les résultats du sevrage et la motivation. Il a inclus 191 patients (51 femmes et 140 hommes d'un âge moyen de 42ans) débutant un sevrage dans deux programmes de soins hospitaliers en les interrogeant avec un questionnaire de 14 questions et un suivi de un an pour 89 d'entre eux permis de savoir que 69 étaient abstinents. Les résultats montrent qu'apparemment l'ordre des raisons pour accepter le traitement est indépendant de l'histoire familiale et culturelle des différents échantillons. Ces raisons semblent être stables dans le temps dans le suivi de l'étude. Comme dans l'étude de Lemere en 1958, une relation positive entre bon pronostic et peur de perdre son épouse, son travail ou son permis de conduire dans les deux échantillons. Un mauvais pronostic pour ceux ayant déjà perdu leur épouse ou leur travail. Toutes les autres raisons d'accepter le traitement n'étaient pas significativement associées aux résultats (voir **tableau 13**).

Reason for Accepting Treatment	Study of Lemere et al. (1958)*		Sample 1 (N = 191)					Sample 2 (N = 72)		
	Yes (%)	Rank	Yes (%)	Rank	Means and Mean Comparison			Yes (%)	Rank	<i>r</i> _{point}
					Not Abstinent	Abstinent	<i>t</i> (189)			
1. Physical health being ruined by drinking	82	1	98	1	4.7	4.8	0.82	90	1	.13
2. Mental capacity failing because of drinking	74	2	92	3	4.1	4.3	0.51	87	2	.01
3. Work threatened by drinking	69*	3	65	5	2.7	3.6	2.42*	83	4	-.35*
4. Lost job because of drinking	13 [†]	9	24	13	3.0	1.2	-3.02*	51	12	-.29*
5. Marriage threatened by drinking	55 [‡]	4	58	8	2.4	3.6	3.11*	72	7.5	.31*
6. Spouse left because of drinking	20 [†]	8	21	14	2.5	1.3	-2.81*	41	14	-.30*
7. Arrest(s) for drinking	50	5	25	11.5	1.1	1.6	0.98	49	13	.05
8. Drinking harming family (others than spouse)	42 [‡]	6	72	4	3.7	3.2	0.77	79	5.5	.13
9. Lost friends because of drinking			58	8	2.8	2.8	0.02	69	9	.09
10. Economic security threatened by drinking	36	7	58	8	2.6	2.5	-0.17	72	7.5	-.02
11. Well-being disturbed by drinking	-/-	-/-	96	2	4.0	5.3	3.14*	85	3	.32*
12. Driver's license threatened by drinking	-/-	-/-	60	6	2.4	3.1	3.05*	62	10	.25*
13. Driver's license lost because of drinking	-/-	-/-	28	10	2.8	1.5	-2.91*	54	11	-.27*
14. External pressure to start inpatient treatment	-/-	-/-	25	11.5	1.3	1.5	0.90	70	5.5	.17

*p < .05.

+ = favorable prognosis, - = less favorable prognosis, ‡ = considered together, -/- = not considered by Lemere et al.

Tableau 13: Raisons pour accepter le sevrage médicamenteux

En 1994, une étude américaine ^[30] compare qui des hommes ou des femmes est plus susceptible d'arrêter l'alcool à cause de ses conséquences néfastes. En utilisant un échantillon national aux Etats-Unis d'adultes ayant bu au moins 12 verres par jour. Il semblerait sur l'échantillon total que les hommes sont plus à même d'arrêter à cause des problèmes liés à l'alcool. Cependant après contrôle et appariement sur les données démographique, mode de consommation, histoire familiale, il n'y a pas de différence de genre. En effet durant les 15 premières années de consommation les statistiques sont les même pour les deux sexes alors qu'après 15ans de consommation, la probabilité qu'un homme arrête pour un problème lié à l'alcool est 50 % plus élevé. Les hommes ayant une histoire avec l'alcool démarrant souvent plus tôt, avec de plus fortes consommation, s'engage plus dans le « binge drinking », sont moins susceptibles de s'abstenir que les femmes et donc a priori présentent plus de conséquences néfastes lié à leur addiction. Il semblerait également qu'elle se fasse prendre en charge plus tôt et qu'elles aient moins de problèmes sévères que les hommes. D'autre part, d'autres études ont montré que la société était moins « tolérante » avec les femmes alcooliques qu'avec les hommes et qu'elles se sentent plus stigmatisées. En effet, les addictions chez les femmes sont perçu comme une « disponibilité sexuelle » ^[44] et est souvent pris comme « excuse » pour les hommes de violences sexuelles. Elles ont ainsi plus tendance à boire seule et à la maison et ont donc plus à gagner en terme social à se sevrer ^[42]. En 1996, une revue de la littérature par Schober et Annis ^[44], évalue les barrières aux demandes de traitement chez les hommes et les femmes. Ces barrières comprennent : les facteurs de risque psycho-sociaux (victimisation, stress, anxiété, niveau social, ressources économiques...), la stigmatisation sociale et familiale, les traitements eux-mêmes. Il en ressort que les hommes sont plus susceptibles de percevoir leur alcoolisme comme source de problème sociaux ou familiaux ou de santé alors que les femmes sont plus concentrées sur les problèmes de moral et de stress. D'autres écrits antérieurs montraient d'ailleurs que les femmes boivent plus volontiers pour palier à des problèmes de stress. Les femmes alcooliques ont d'ailleurs plus souvent rencontré des problèmes de violences conjugales ou d'abus sexuels. En revanche les femmes sont plus à même de reconnaître le besoin d'aide. Enfin, il est admis que les programmes de traitements sont plus adaptés aux hommes et que les femmes recherchent une prise en charge plus global et se sentent en quelque sorte frustrée des prises en charge proposées.

En 1991, une étude rétrospective suisse ^[31] a évalué les motivations au changement dans une cohorte de 60 jeunes toxicomanes à l'héroïne et d'alcoolodépendants ayant eu un sevrage spontané sans aide médicale. Quatorze des 30 alcoolodépendants ont stoppé totalement leur consommation alors que tous sauf deux des héroïnomanes ont cessé tout contact avec la drogue. Des « motivations négatives » comme le fait d'avoir touché le fond, la perte de contrôle, les expériences de « bad trip », les effets négatifs sur la santé mentale et physique, les évènements traumatisants, les problèmes avec la famille (surtout pour les alcooliques) et ce que certains décrivent comme une « cascade d'évènements négatifs » (perte d'emploi → besoin → d'argent → prostitution → violences...) ont poussé à ce sevrage spontané. Des pressions externes : sociales, ultimatum posé par un proche, peur des sanctions légales surtout pour l'héroïne sont également citées. Des « motivations positives » comme la famille, une rencontre amoureuse, une aide extérieure, une grossesse, une expérience religieuse (certains utilisent le terme « révélation » spirituelle ou « force positive ») sont aussi décrites. Pratiquement tous ont parlé d'un élément clé dans leur rémission. Environ la moitié donne comme raison une cause sociale en particulier chez les héroïnomanes. Les raisons invoquées pour

éviter l'aide professionnelles furent : fierté, envie de s'en sortir seul, stigmatisation et peur de la morale, anxiété et inhibition, manque d'information, déni. Il en résulte que le sevrage spontané a été le fruit de divers événements de vie positifs et négatifs à un moment adéquat.

En 1997, Steinberg ^[34] examine les sources de motivation chez 105 hommes alcoolo-dépendants avec leur femme non addict participant à une étude de trois différentes approches du traitement avec le conjoint. La plupart des participants avaient des sources intrinsèques de motivation (74%). Ces participants avec une motivation plus intrinsèque avaient un score plus élevé au Michigan Alcoholism Screening Test (donc une plus grande consommation et dépendance) mais aucune autre différence significative. Environ 53 % des participants citaient leur partenaire comme source de motivation pour demander le traitement. Les autres sources de motivation citées furent : problèmes croissants dus à l'alcool, problème de santé mentale, problème de santé physique. Les patients ayant plutôt des sources externes de motivation (26 %) citent leur femme comme à l'origine de leur contrainte dans 90 % des cas. A noter également que les femmes ont montré une satisfaction croissante dans leur vie conjugale avant et pendant le traitement.

En 2011, un essai prospectif ^[50] contrôlé multicentrique américain évalue l'effet d'Alcoolique anonyme sur le sevrage et tente d'en comprendre les mécanismes en interrogeant les patients suivis dans le cadre d'un sevrage hospitalier aux Etats-Unis séparés en trois groupes : Thérapie comportementale, entretien motivationnel et « 12 étapes » de thérapie des AA avec un suivi de 15 mois. La consommation d'alcool, l'assiduité au groupe AA, les pratiques spirituelles et religieuses, la dépression, les liens sociaux et les caractéristiques sociales ont été mesurées à l'aide de différents questionnaires à plusieurs stades de l'étude. Il en ressort qu'une bonne assiduité aux AA est liée à de meilleurs résultats et souvent à une meilleure motivation en améliorant le réseau social, la spiritualité et en réduisant certaines émotions négatives.

I.2. Et autres drogues

En 1992 ^[37], sur 165 patients recrutés en milieux hospitaliers, dans 3 essais ambulatoires et dans plusieurs communautés de toxicomanes a permis de faire une évaluation des raisons qui poussent les toxicomanes à l'héroïne à se sevrer. Trois facteurs ressortent :

- les « affaires personnelles » : inquiétude à propos de la santé, de l'avenir, du syndrome de sevrage, des relations à autrui, sensation d'être prisonnier de la drogue. Les auteurs font le lien statistique entre cette gamme de motivation et une motivation interne.
- les « contraintes externes » : peur de problème avec la police, pression familiale, contraintes économiques,
- les « effets négatifs de l'utilisation » : les dangers, je ne m'aime pas quand je suis sous l'emprise de la drogue, peur de blesser quelqu'un...

En 1998, Christo ^[36] publie une revue de la littérature permettant un aperçu des raisons de se droguer et de ne pas se droguer à partir d'une littérature à la fois sociologique et clinique. L'usage diminue parfois car les patients considèrent avoir « passé l'âge » de consommer ou alors consomme de manière surveillée et contrôlée. Malgré la plus grande hétérogénéité des échantillons, les facteurs motivationnels apparaissent en sociologie similaires à ceux de la recherche clinique : l'arrêt est souvent lié aux conséquences négatives de l'usage de drogue. Le fait de ne pas éviter les lieux

d'usage et les pensées envahissantes sur la drogue apparaissent comme les grandes causes de rechute.

En 2002, Simoneau et Bergeron ^[40] étudie les facteurs affectant la motivation durant les 6 premières semaines de traitements de 280 patients dans le cadre de leur sevrage ambulatoire suivi dans un centre spécialisé de toxicomanies, en mesurant à plusieurs moments : les résultats, le sentiment de compétence, l'autodétermination, les pressions externes, le contexte et la motivation. Cette étude confirme la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan et le fait que la motivation intrinsèque améliore les résultats, les pressions externes diminuent la motivation intrinsèque. Elle confirme également que la motivation est un processus dynamique qui peut être travaillé à tout moment par les thérapeutes en augmentant notamment la perception de compétence et d'efficacité personnelle. Cependant il est également constaté que progresser vers le but augmente le sentiment de compétence mais fait plutôt diminuer la motivation. Cela pourrait être dû au fait que certains patients ont demandé le traitement pour des raisons externes et d'autre part par le fait que le but change avec le temps. Un autre élément apparaît significatif : la perte de contrôle semble augmenter la motivation au traitement, ce qui est cohérent avec d'autres études. Enfin, la perception d'efficacité du traitement est un des facteurs prédictifs les plus importants de l'engagement du patient dans le traitement.

Une étude de 2006 sur les motivations à arrêter la méthamphétamine en Thaïlande du Nord par German et Al ^[45] incluant 48 dépendants en 2002 avec un suivi d'un an a montré que l'intention de cesser la consommation était motivée par des motivations internes et externes. La reconnaissance que l'utilisation des méthamphétamines avait un impact négatif sur eux et sur les autres, l'influence de la famille, des pairs, du partenaire et de la communauté (surtout la stigmatisation), en revanche les barrières à l'arrêt se sont avérées être la pression subie par les pairs ou la facilité de trouver la drogue. Pour la plupart des patients, plusieurs facteurs opéraient simultanément. Peu de variation pendant la durée du traitement ont été observées.

Toujours en 2006, McCaul ^[33] et ses collègues ont publié une revue de la littérature reprenant les raisons pour arrêter la cigarette en reprenant 5 décennies de littérature dans Medline et PsychInfo avec notamment les mots clés « smoking, cessation, tobacco, motivation, health events, health professional, theory ». . Soixante-dix pour cent des fumeurs préféreraient ne pas fumer et la plupart d'entre eux transforme leur plan en action et « tente » de s'arrêter. Ils ont ensuite classé les articles non prospectifs et prospectifs. La réponse à qu'est qui motive les fumeurs à arrêter la cigarette est claire et retrouvée dans quasiment tous les essais :

- Pour les ex-fumeurs (en rétrospectifs) pour protéger leur santé
- Pour les fumeurs actuels qui souhaitent arrêter : pour éviter les problèmes de santé
- Pour les fumeurs en cours d'arrêt : pour protéger leur santé

La catégorie « problèmes de santé » englobe plusieurs concepts : l'expérience d'un problème, se sentir mieux physiquement, décès ou maladie d'un proche, l'inquiétude de sa santé actuelle ou future (la santé future étant plus souvent citée que l'actuelle). Cependant si la santé est un fort moteur au sevrage, elle l'est moins pour permettre de rester abstinent. Cela semblerait être dû au fait que l'arrêt du tabac est peu symptomatique en terme d'amélioration de la santé, on évite le cancer mais on ne se sent pas immédiatement mieux physiquement. De plus même si l'on pense que

les patients « savent que la cigarette est dangereuse » il semble clair dans cette revue que la plupart d'entre eux sous-estime largement les conséquences du tabac et se cantonne au risque de problèmes cardio-vasculaire et de cancer du poumon. Il apparaît que les professionnels de santé devraient accentuer les conséquences médicales des addictions.

Les « problèmes sociaux » arrivent deuxième plan. Cette catégorie fait référence notamment à la pression familiale, la stigmatisation et le regard social, les effets sur les autres (tabagisme passif...), la grossesse... Certaines données font penser que les inquiétudes sociales pourraient prendre encore de l'importance : 70% des fumeurs admettent que les autres ont fait pression ou font pression pour qu'ils arrêtent de fumer. La responsabilité envers les autres est souvent abordée. Avec cependant certaines études montrant que ceux arrêtant pour une raison de pression extérieure sont moins susceptibles de rester abstinents.

La troisième raison semble être le coût puis la quatrième la « reprise de contrôle » de sa vie. Ne pas dépendre d'un objet d'une envie ou d'une substance.

Une autre étude la même année ^[35], cette fois rétrospective à partir d'une base de données canadienne (Canadian National Population Health Survey) récoltée pendant un an entre 1998 et 1999, permet de regarder ce qui motive les fumeurs quotidiens à l'arrêt. Il semblerait que l'augmentation du prix des cigarettes affecte plus les femmes. Que les hommes ayant commencé jeune arrêtent moins que ceux qui ont commencé plus tard et que la naissance d'un enfant est très souvent une occasion motivant l'arrêt (pour les hommes et pour les femmes). Il apparaît également que les personnes ayant reçu une information éclairée sur la cigarette s'arrêtent plus de même que ceux ayant un niveau d'étude supérieur (secondaire).

Toujours dans le tabac, une thèse de 2012 ^[53] évaluant la motivation au sevrage dans une population précaire autour de Grenoble montre que les patients fumaient pour : la gestion du stress, le « soutien moral », la convivialité et le plaisir. Les raisons citées pour se sevrer étaient : avoir une meilleure condition physique et mieux respirer (faisant donc écho à des problèmes de santé) alors que le coût intervenait en dernier. A noter également que la plupart des patients se sentaient plus motivés si une prise en charge adaptée et un accompagnement étaient proposés.

II. LE LIEN ENTRE MOTIVATION ET RESULTATS

Au départ, plusieurs études, n'ont trouvé aucun lien significatif en motivation et résultats (en terme de sevrage) comme Finlay en 1977 ou Blanchard en 2003 ^[cité dans 54] mais d'autres ont prouvé un lien, comme Goldfried en 1969 ou Gossop en 1972 (cité dans Ryan ^[4]). Cependant il semblerait que la manière dont est défini le terme motivation dans ces études soit le principal biais. Miller en 1985, dans une revue de la littérature sur les motivations impliquées dans le traitement des alcooliques, note que la motivation est souvent déduite du comportement du patient qu'elle est censée prédire...

En outre, en 1999, DiClemente ^[6] précise que la motivation au traitement est différente de la motivation au changement. En effet, un certain nombre de patients entre dans un processus de traitement sous l'effet de pressions externes et ne sont pas vraiment motivés pour changer. La

motivation au traitement n'est pas statistiquement liée aux résultats positifs. D'autres patients pensent que le traitement va les guérir mais ne veulent pas s'investir dans une démarche participative.

Deci et Ryan dans le cadre de leur théorie de l'autodétermination ont proposé l'existence de diverses conséquences en lien avec leurs différents types de motivations (ME, MI, amotivation), étudié également par Vallerand (1992) : il semblerait qu'effectivement plus la place du sujet dans le continuum d'autodétermination se rapproche de la MI, plus les résultats (bien être, maintien ou efficacité du sevrage, d'une thérapie) sont significatifs. Il semblerait également que les femmes aient une meilleure MI ^[19].

De façon générale, les recherches démontrent que la motivation intrinsèque et les formes autodéterminées de motivation extrinsèque sont associées positivement à des conséquences, tant au plan cognitif, affectif que comportemental, qui dénotent un bon niveau d'ajustement et de fonctionnement. Toutefois, les formes non autodéterminées de motivation extrinsèque et l'amotivation sont davantage reliées à des conséquences négatives.

Ryan et al en 1995 ^[4] en utilisant le Treatment Motivation Questionnaire auprès de 109 patients ont montré qu'un plus haut niveau de motivation interne était associée à une meilleure observance, une meilleure efficacité et à une plus longue prise de traitement alors qu'une basse MI montrait un faible taux de réponse. De même pour une motivation externe élevée. La sévérité des conséquences semble augmenter la MI dans leur étude (ce qui n'est pas sans rappeler le concept de « toucher le fond » comme moteur au sevrage). Ils rappellent dans leur étude que plusieurs écrits ont montré que les sevrages par la contrainte (décision de justice, pression familiale ou médicale) sont souvent producteurs de mauvais résultats au long cours et citent notamment Grennberger en 1983 ou Polk en 1984. Bien que certains articles semblent montrer le contraire et que cette question est toujours débattue. Miller en 1985 dans sa revue de la littérature ^[46] tendait vers l'hypothèse que les sources externes d'initiation au sevrage n'étaient pas associées à une meilleure observance et que même si certaines études montraient une augmentation de la compliance, les pressions externes n'étaient pas reliées à de meilleurs résultats. Cependant même si il semble évident qu'une décision légale est un aspect fonctionnel externe, elle peut faire écho à un facteur interne (par exemple le patient se dit qu'être condamné équivaut à avoir touché le fond, ou peut également réveiller un sentiment de honte et d'envie de changer) et devenir une source de motivation interne. Ce qui explique que les résultats soient discordants.

Isenhardt en 1997 puis en 1998 ^[27] a montré d'abord un lien entre les stades de motivations (du modèle trans-théorique) et les résultats chez les alcooliques: le stade d'action était associé à de meilleurs résultats à un an, le stade décision était quant à lui associé à un meilleur suivi avec Alcoolique anonyme l'année suivante de même qu'un faible score de pré-contemplation. Il fait également un parallèle entre les stades de motivation et les processus de changement (cf. modèle trans-théorique) : le processus d'auto-réévaluation est associée de façon positive au stade d'action et de décision alors qu'il est associé de façon négative au stade de contemplation dans une population de 235 hommes alcooliques suivant un programme hospitalier de plusieurs semaines selon les douze étapes d'Alcoolique Anonyme. Que le processus de contre-conditionnement, s'il était bas était associé avec une forte décision, contrairement aux résultats de Prochaska et DiClemente qui trouvait

une relation inverse en contre-conditionnement et Action. L'évaluation des stades se faisant avec l'échelle SOCRATES. Les résultats suggèrent donc que plus le patient se sent frustré et découragé à cause de l'alcool, moins il se sent ambivalent et est donc plus susceptibles de reconnaître le problème et de prendre des mesures pour le combattre. Même si parfois la reconnaissance du problème est bien là mais que le patient n'est pas encore prêt à prendre une décision comme le montre le fait que la connaissance des critères de dépendance est liée au stade Décision et non au stade Action. Cependant, l'auteur admet que son échantillon est peu représentatifs (hommes blancs, d'âge moyen, sans emploi et sans co-addiction à la cocaïne) et qu'un autre échantillon aurait pu donner d'autres résultats et que les échelles prises pour évaluer les processus de changement ne sont pas toutes consensuelles. Il ne faut donc pas « sur-interpréter » et « surutiliser » les concepts de volonté et de processus de changement.

En 2006, une étude coréenne ^[45] sur 131 patients alcooliques hospitalisés pour sevrage, a montré un lien entre Insight (qui peut être défini par la conscience et la compréhension de sa propre psychodynamique et symptômes d'un comportement inadapté) et stades de changement : un faible insight pour les stades contemplation et pré-contemplation et un fort insight pour le stade Action. Or un insight élevé avait déjà été relié à de meilleurs résultats en terme de maintien de l'abstinence à distance.

Cette même année, Lynch ^[41] publie une revue de la littérature et une des études cas sur la contrainte et l'exclusion sociale dans le sevrage aux addictions. A la fin des années 90, les sevrages induits par décision de justice, ont pris un essor devant certaines études aux résultats favorable et à un climat de législation de l'addiction (addiction = crime= punition). Cependant depuis plusieurs années, ses sevrages « contraints » sont remis en question car ils présenteraient un plus haut taux d'échec. La peur de la prison ou de conséquence familiale qui pousse à accepter le traitement ne permet souvent pas de maintenir le sevrage longtemps. La punition aurait un effet inverse sur les conditions de vie, elle favoriserait l'exclusion et diminuerait la motivation. Les études qui ont montré une efficacité de la contrainte par la loi pourrait avoir surestimé l'effet de l'obligation et le confondant avec une pression psychosociale et la pression légale. Néanmoins plusieurs effets bénéfiques ont pu être constatés : une augmentation des stades de motivations chez les patients sous le coup d'une décision de justice, ce qui suggèrerait que cette motivation externe soit intégrée comme interne par certains patients. Enfin, même si l'on manque d'études épidémiologiques de qualité sur le sujet et que des recherches plus poussées sont nécessaires, il semblerait que les sevrages volontaires donnent de meilleurs résultats à long terme.

En 2010, Collins ^[49] étudie le lien entre le score au « Readiness to change questionnaire » (RCQ) et la consommation d'alcool chez des étudiants en prenant les résultats d'un essai clinique randomisé pour évaluer le feedback personnalisé dans une université américaine. Les inclus devaient déclarer avoir bu au moins 5 verre d'affilé en une occasion dans le dernier mois, cela représentait 43 % des étudiants soit 818 inclus. Il s'avère que contrairement au postulat de départ : un haut RCQ équivaut à une faible consommation ultérieure d'alcool, les résultats ont montré que non seulement un haut RCQ était associé à une forte consommation d'alcool et des conséquences négatives à cette consommation mais qu'en plus une plus forte consommation était reliée également à un plus haut RCQ. Ces résultats suggère qu'i existe un effet « gueule de bois » et que les étudiants prennent

conscience des problèmes liés à leur consommation excessive et ont donc envie de ralentir et mieux contrôler cette consommation.

En 2009, un article de P. Tison ^[51] reprend les croyances addictives (attente de soulagement, justification permissive favorisant la déculpabilisation, anticipation d'effets positifs) selon la motivation au changement. Il explique que selon Becket, les croyances addictives concernent l'anticipation des effets positifs, l'attente de soulagement et les justifications permissives favorisant la déculpabilisation. Il a tenté de relier ces trois croyances aux stades de la motivation en utilisant l'échelle URICA sur 58 patients alcoolo-dépendants sortant de cure médicalisée de sevrage en début de thérapie cognitivo-comportementale. Le résultat est clair et montre que les patients à un stade élevé de motivation au changement présentent des croyances addictives moins importantes. Les auteurs proposent ainsi de faire en parallèle un travail motivationnel et une restructuration cognitive pour les croyances addictives.

ANNEXE 9: ETUDE BACLOVILLE

Critères de non-inclusion

- patient sous baclofène ou ayant déjà eu du baclofène
- patiente enceinte ou allaitante ou en âge de procréer sans contraception efficace
- porphyrie
- Maladie de Parkinson
- Pathologie psychiatrique grave (psychose, bipolarité, schizophrénie)
- Patient ayant une pathologie somatique grave
- Sans domicile fixe
- Sans couverture sociale
- En injonction thérapeutique
- En incapacité majeur
- Patient incapable de tenir le carnet de suivi ou ne pouvant s'engager à un an de suivi
- Contre-indication au baclofène

Critères d'évaluation

- Principal : consommation d'alcool à un an mesurée selon les normes OMS faite sur déclaration du patient
- Secondaires : tolérance, évolution des scores de « craving », d'HAD et de qualité de vie et évolution de la biologie.

Calcul de nombre de patient à inclure

Pour une étude en intention de traiter, avec une différence alpha de 5%, une puissance de 90% et une estimation des perdus de vue à 30% : soit 320 patients séparés en deux bras. L'hypothèse retenue est 20% de réussite sous placebo et 45% sous baclofène.

ANNEXE 10: ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG

ESTIME DE SOI

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilées à l'affirmation de soi.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

RESULTAT

Additionner les résultats des réponses 1, 2, 4, 6, 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée (4 =1, 3= 2...). L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Score inférieur à 25 : estime de soi très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Score entre 25 et 31 : estime de soi faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Score entre 31 et 34 : estime de soi est dans la moyenne.

Score compris entre 34 et 39 : estime de soi est forte.

Score supérieur à 39 : estime de soi est très forte et tendance à être fortement affirmé.

ANNEXE 11: QUESTIONNAIRE EPIBALCO M0

Quelle est la date du jour ? |__|__|/|__|__|/|__|__| JJ/MM/AA

Nous allons commencer par des questions générales sur vous et votre environnement :

Quel est votre sexe ? |__| Masculin |__| Féminin

Quels sont votre mois et année de naissance ? |__|__|/|__|__|__|__| MM/AAAA

Quelle est votre nationalité ?

Où êtes-vous né(e) ? Ville (Précisez le pays si naissance à l'étranger) :

..... Département : |__|__|

Quelle est votre langue maternelle ?

Quelle était la profession exercée par votre mère quand vous aviez 16 ans ? (donner une formulation précise du secteur d'activité, de l'emploi et de la qualification ; précisez si femme au foyer).....

Quelle était la profession exercée par votre père quand vous aviez 16 ans ? (donner une formulation précise du secteur d'activité, de l'emploi et de la qualification)

.....

Etes-vous en couple ? |__|__| Oui |__|__| Non |__| Si oui, habitez-vous ensemble ? |__| Oui |__| Non |__|__|

Etes-vous ? |__| marié(e) |__|__| sous le régime du pacs |__| veuf(ve) |__| union libre |__| séparé(e) |__| divorcé(e) |__| célibataire

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Si oui, quel est l'âge : - du plus jeune |__|__| ans - du plus âgé |__|__| ans

Comment percevez-vous votre santé ? Globale, physique, psychique (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).

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

1 Tout à fait en désaccord 2 Plutôt en désaccord 3 Plutôt en accord 4 Tout à fait en accord

Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre

Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités

Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)

Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens

Je sens peu de raisons d'être fier de moi.

J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.

Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.

J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même

Parfois je me sens vraiment inutile

Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien

Quel est votre code postal ? |__| |__|__| |__|__|__|

Dans votre quartier y-a-t-il des commerces alimentaires de proximité vous permettant de faire facilement vos courses à pied (sans avoir besoin d'un véhicule) ? |__| Oui |__| Non

Quel que soit le mode de déplacement, combien de temps mettez-vous pour aller chez le commerçant alimentaire le plus proche ? |__| |__| minutes

Voici maintenant quelques questions sur votre logement et qui y vit.

Concernant votre logement principal, êtes-vous ? |__| Propriétaire |__| Locataire |__| Hébergé à titre gratuit. Pouvez-vous préciser, votre lien avec la personne qui vous héberge?.....

Diriez-vous que votre logement principal, est ? Trop petit |__| Oui |__| Non Trop cher |__|__| Oui |__| Non

En mauvais état |__| Oui |__| Non

Combien de pièces a votre logement principal (chambres, salon. Ne pas compter la cuisine ni les sanitaires) ? |__|__| pièces

Qui vit habituellement avec vous dans ce logement ? Personne |__| Oui |__| Non conjoint(e) |__| Oui |__| Non,

vos enfants ou ceux de votre partenaire |__| Oui |__| Non Autre -----

Parmi elles, y en a-t-il une ou plusieurs ayant des problèmes d'alcool ? |__| Oui |__| Non__ Si oui, Pouvez-vous préciser, votre lien avec cette (ces) personne(s) :

Nous allons maintenant vous poser des questions sur les revenus de votre foyer.

Combien de personnes au total contribuent aux revenus du foyer, quelle que soit l'origine de ces revenus (salaires, retraites, prestations sociales, allocations, patrimoine) ? |__|__|

Quels sont les revenus mensuels nets de votre foyer (ou vos propres revenus si vous vivez seul(e)) ? |__| moins de 1000 € |__| entre 1000 et 1500 € |__| entre 1500 et 2000 €

|__| entre 2000 et 2500 € |__| entre 2500 et 3000 € |__| entre 4500 et 5000 € |__| plus de 5000 €

Percevez-vous des allocations ?

- adulte handicapé |__| Oui |__| Non

- invalidité |__| Oui |__| Non

- le RSA (revenu de solidarité active) ? |__| Oui |__| Non

Combien de personnes vivent sur ces revenus ?

- de plus de 18 ans |__|__| personnes

- de 18 ans ou moins |__|__| personnes

Actuellement pour le foyer, diriez-vous plutôt que financièrement :

- Vous êtes très à l'aise |__| Oui |__| Non Ca va__-|__| Oui |__| Non C'est juste, il faut faire attention |__|

Oui |__| Non - Vous n'y arrivez pas |__| Oui |__| Non

Les questions suivantes portent sur vos études et votre travail.

Quel est votre niveau d'étude (dernière classe ou niveau atteint) ?

|__| non scolarisé(e) |__| école primaire__|__| 5ème de Collège d'enseignement général__|__| 3ème de

Collège d'enseignement général __|__| classe préparatoire à l'apprentissage __|__| terminale de Lycée

d'Enseignement Professionnel |__| terminale de Lycée d'enseignement général__|__| études supérieures

A quel âge avez-vous fini votre scolarité ? |__|__| ans

Quel est votre diplôme le plus élevé ? |__| Certificat d'études primaires |__| CAP__|__| BEPC ou brevet des

Collèges |__| BEP, Bac Professionnel |__| Baccalauréat__|__| Enseignement supérieur technique de niveau

BTS ou DUT |__| Enseignement supérieur de niveau Licence ou inférieur |__| Enseignement supérieur de

niveau supérieur à la Licence |__| Autre enseignement supérieur – |__| Autre diplôme (préciser) |__| aucun

diplôme

Actuellement, avez-vous un emploi ? |__| Oui |__| Non

(Passer le premier cadre grisé et aller à celui d'après, intitulé « SI VOUS N'AVEZ PAS D'EMPLOI ACTUELLEMENT »)

SI VOUS AVEZ UN EMPLOI ACTUELLEMENT

Quel est votre statut d'emploi ?__|__| salarié en contrat fixe (CDI ou fonctionnaire) |__| titulaire d'un

CDD__|__| intérimaire__|__| autre précisez :

Travaillez-vous ? |__| à temps plein |__| à temps partiel

A combien estimez-vous votre temps hebdomadaire de travail ? |__| |__| heures par semaine

Aimeriez-vous travailler davantage ou au contraire moins ? |__| plus |__| un peu plus |__| ni l'un ni l'autre

|__| un peu moins |__| moins

Etes-vous globalement satisfait de votre vie professionnelle ?|__| pas du tout |__| un peu |__| moyennement

|__| plutôt |__| complètement

Etes-vous stressé par votre travail ? |__| pas du tout |__| un peu |__| moyennement |__| plutôt |__|

énormément

Diriez-vous que votre travail est pénible physiquement ? |__| pas du tout |__| un peu |__| moyennement

|__| plutôt |__| très

Etes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations avec vos collègues de travail

|__| très satisfait(e) |__| plutôt satisfait(e) |__| plutôt insatisfait(e) |__| insatisfait(e)

Au cours des 5 dernières années, avez-vous connu une période d'inactivité ou de chômage (en dehors de la retraite et du statut d'étudiant) ? |__| Oui |__| Non

Si oui, quelle a été la durée de cette période d'inactivité ou de chômage ? |__| Moins d'un an |__| Plus d'un an

Quelle est votre profession (ou votre dernière profession exercée si inactif) ? (Donner une formulation précise du secteur d'activité, de l'emploi et de la qualification).....

Quelle est la profession de votre conjoint(e) (ou quelle était la dernière profession exercée par votre conjoint(e)) ? (Donner une formulation précise du secteur d'activité, de l'emploi et de la qualification)
.....

Nous allons maintenant vous poser des questions qui concernent vos relations avec votre entourage. __

Combien d'ami(e)s proches avez-vous (c'est-à-dire des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise, vous pouvez parler de choses personnelles ou que vous pouvez appeler pour demander de l'aide) ?

aucun 1 ou 2 3 à 5 6 à 9 10 ou plus

De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proches ?

aucun 1 ou 2 3 à 5 6 à 9 10 ou plus

Combien de ces proches, amis ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ?

aucun 1 ou 2 3 à 5 6 à 9 10 ou plus

Etes-vous satisfait(e) de la qualité des relations avec les personnes de votre entourage (c'est-à-dire les personnes qui sont importantes pour vous actuellement) ?

très satisfait(e) plutôt satisfait(e) plutôt insatisfait(e) insatisfait(e)

Plus précisément, êtes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations avec :

- votre famille proche : très satisfait(e) plutôt satisfait(e) plutôt insatisfait(e) insatisfait(e)

- vos amis : très satisfait(e) plutôt satisfait(e) plutôt insatisfait(e) insatisfait(e)

- votre voisinage : très satisfait(e) plutôt satisfait(e) plutôt insatisfait(e) insatisfait(e)

Ces derniers temps, diriez-vous que : 1 vous avez donné aux autres plus que vous n'avez reçu d'eux 2

vous avez donné autant que vous avez reçu 3 vous avez donné moins que vous avez reçu

Etes-vous membre de l'un ou l'autre des groupes suivants ?

- une association sportive, de loisirs, de détente ? Si oui, participez-vous de façon active ?

- une association professionnelle, une organisation syndicale ? Si oui, participez-vous de façon active ?

- un parti politique, un mouvement religieux ? Si oui, participez-vous de façon active ?

- une organisation s'occupant d'enfants (scouts, parents d'élèves, etc.) Si oui, participez-vous de façon active ?

- une organisation humanitaire, d'entraide ? Si oui, participez-vous de façon active ?

- un autre groupe ? Si oui, participez-vous de façon active ?

Pratiquez-vous régulièrement une activité sportive ? Oui Non. Si oui, combien d'heures par semaine ? | h

Si oui, avez-vous débuté ou repris une activité récemment ? Pratiquez-vous régulièrement une activité de loisir (autre que sportive) ? Oui Non

Dans votre famille (en particulier vos parents), d'autres personnes que vous ont-elles (ou ont-elles eu) des problèmes d'alcool ? Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles.

Avez-vous une mutuelle complémentaire ? Oui Non

Etes-vous couvert(e) par la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? Oui Non

Avez-vous une prise en charge à 100 % pour une maladie particulière ? Oui Non

Si oui, précisez pour quelle maladie :

Actuellement êtes-vous en : mi-temps thérapeutique ? Oui Non

- congé de longue durée (maladie) ? Oui Non

- invalidité ? Oui Non

- arrêt de travail ? Oui Non

Nous allons maintenant vous poser des questions sur l'histoire de votre consommation d'alcool. __ A quel

âge avez-vous eu : Premier contact avec l'alcool | ans Première ivresse | ans Prise régulière | ans

Perte de contrôle de sa consommation | ans

Première prise de conscience d'avoir un problème avec l'alcool ? | ans

Pensez-vous que votre consommation d'alcool soit en rapport avec des difficultés de votre vie (stress, difficultés ou traumatisme particulier..) ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

Nous allons vous poser des questions sur votre prise en charge antérieure.

Avez-vous déjà consulté pour vos problèmes d'alcool ? |__| Oui |__| Non

Si oui, indiquer la spécialité du professionnel, la durée de suivi, si vous êtes encore suivi actuellement et noter sur 10 l'aide que cela vous a apporté (par exemple psychiatre pendant 12 mois, oui c'est encore le cas actuellement, aide apportée est estimée à 5/10)

Avez-vous déjà pris les médicaments suivants ? Aotal ou Acamprosate |__| Oui |__| Non

Revia ou Nalorex ou Naltrexone |__| Oui |__| Non Espéral ou Disulfiram |__| Oui |__| Non

Avez-vous déjà fait des sevrages ou des cures à l'hôpital ou en clinique ? |__| Oui |__| Non

Si oui, combien ? |__| |__|

Avez-vous déjà fait des post-cures ? |__| Oui |__| Non Si oui, combien ? |__| |__|

Avez-vous déjà participé à des groupes de paroles d'une association d'anciens buveurs (par exemple les Alcooliques anonymes ou Vie libre) ? |__| Oui |__| Non

Si oui, pendant combien de mois (mettre 0 s'il n'y a pas eu de suivi mais que vous avez participé) ? |__| |__| mois

Si oui, est-ce toujours le cas actuellement ? |__| Oui |__| Non

Depuis combien d'années diriez-vous que vous avez une consommation excessive ? |__| |__| Depuis le début de cette période, avez-vous connu des périodes d'abstinence de plus d'un mois ? |__| Oui |__| Non (Passez le cadre grisé suivant)

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre suivi médical.

Avez-vous un médecin traitant ? |__| Oui |__| Non

Si oui, combien de fois l'avez-vous vu au cours de l'année écoulée ? __ |__| |__| fois

Si oui, est-il au courant de vos problèmes d'alcool ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous consulté aux urgences au cours de l'année écoulée ? |__| Oui |__| Non

Si oui, combien de fois ? |__| |__| fois Si oui, précisez pour quels motifs ?

Avez-vous consulté des spécialistes au cours de l'année écoulée ? |__| Oui |__| Non

Si oui, précisez pour le(s)quel(s), combien de fois et pour quel(s) motif(s) ? (par exemple, cardiologue (2 fois), pour suivi hypertension artérielle)

Nous allons maintenant vous posez des questions sur vos antécédents de santé.

Avez-vous déjà été hospitalisé pour un problème lié à l'alcool ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous déjà consulté un psychiatre ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous déjà consulté un psychologue ? |__| Oui |__| Non

Avez-vous subi des traumatisme ou des violences pendant l'enfance ou l'adolescence ? |__| Oui |__| Non

Si oui, pourriez-vous nous dire de quel ordre ?

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre consommation actuelle d'alcool.

En semaine, à quelle heure vous levez-vous ? |__| |__| heures |__| |__| minutes

Buvez-vous le matin ? |__| toujours ou presque |__| parfois |__| jamais ou presque

Vers quelle heure buvez-vous votre premier verre ? |__| |__| heures |__| |__| minutes

A quelle heure vous levez-vous ? |__| |__| heures |__| |__| minutes

Buvez-vous le matin ? |__| toujours ou presque

Vers quelle heure buvez-vous votre premier verre ? |__| |__| heures |__| |__| minutes

En moyenne sur une semaine habituelle, combien de jours du week-end buvez-vous ? |__| sur 2 jours de week-end.

Quand vous buvez le week-end, combien de verres en moyenne ? |__| |__| verres par jour Combien de jours de semaine (hors week-end) buvez-vous ? |__| sur 5 jours de semaine

Quand vous buvez en semaine, combien de verres en moyenne ? |__| |__| verres par jour Quand vous consommez de l'alcool, êtes-vous ivre ? |__| Toujours ou presque |__| Souvent |__| Parfois

Comment consommez-vous de l'alcool habituellement ? |__| Plutôt seul |__| Plutôt accompagné |__| |__| Plutôt chez vous |__| Plutôt hors de chez-vous |__| Indifféremment les deux

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool pendant vos horaires de travail (en dehors d'événement festif organisé) ? tous les jours ou presque une ou deux fois par semaine parfois jamais
Appréciez-vous le goût des boissons alcoolisées que vous consommez ? Oui Non
Où consommez-vous de l'alcool ? Plutôt chez vous ou au contraire au café
Si vous consommez plutôt au café, vous allez un peu toujours au même ou au contraire c'est très variable

Où achetez-vous de l'alcool ? Plutôt au même endroit ou au contraire c'est très variable
Habituellement est-ce ?

Au super/hyper marché Oui Non A la superette ou chez un commerçant du quartier Oui Non
Près de chez vous Oui Non Près de votre travail Oui Non Ailleurs Oui Non

Si oui, précisez :

Vers quelle heure achetez-vous de l'alcool ? | heures | | minutes

- Quel type d'alcool ?

- En quelle quantité ?

- Combien de fois par semaine | par semaine

Actuellement, à combien situez-vous votre motivation pour arrêter de boire, entre 0 (pas de motivation) et 10 (motivation maximale imaginable) | |

Dans votre motivation pour arrêter de boire, quelle importance accordez-vous à chacun des éléments suivants :

- Entourage familial proche Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Santé court terme Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Santé long terme Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Travail Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Problèmes avec la justice, la police ou la conduite automobile : Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Peur d'être mêlé à des comportements violents (violence subie ou commise) ou des comportements à risque Importance N°1 | Majeure | Moyenne | Mineure | Sans importance

- Autres : Si ce n'est déjà fait, pouvez-vous préciser, l'élément N°1 (importance N°1) ou les autres éléments majeurs :

- Actuellement, à combien estimez-vous vos chances d'y parvenir, entre 0 (aucune chance) et 10 (vous êtes certain(e) d'y arriver) | |

Actuellement êtes-vous capable de ne pas boire un jour donné si vous l'avez décidé ? | | Très facilement | Difficilement | Impossible | Facilement | Très difficilement | Je ne sais pas

Actuellement quand vous commencez à consommer de l'alcool, êtes-vous capable de vous arrêter ? | Très facilement | Difficilement | Impossible | Facilement | Très difficilement

Actuellement pouvez-vous partager un moment festif sans boire ? | Très facilement | Difficilement | Facilement | Très difficilement

Terminons avec des questions sur votre consommation de tabac et autres toxiques.

Actuellement est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? Régulièrement au moins une fois par jour une fois de temps en temps jamais

Combien fumez-vous par jour ?

| Cigarettes (en paquet ou roulées) par jour | cigarillos par jour | de pipes par jour | cigares par jour

Pour chacune des drogues suivantes, pouvez-vous préciser si vous n'en avez jamais consommé, consommé plus ou moins de 10 fois et si vous en consommez encore actuellement de façon régulière en cochant la case correspondante : Cannabis, Cocaïne, Héroïne, Autres drogues.

HAD

A- Je me sens tendu(e) et énervé(e) :

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

D- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus	3

A- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

D- Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

Autant que par le passé	0
Plus autant qu'avant	1
Vraiment moins qu'avant	2
Plus du tout	3

A- Je me fais du souci :

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

D- Je suis de bonne humeur :

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

A- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

Oui, quoi qu'il arrive	0
Oui, en général	1
Rarement	2
Jamais	3

D- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Presque toujours	3
Très souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

A- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

Jamais	0
Parfois	1
Assez souvent	2
Très souvent	3

D- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

Plus du tout	3
Je n'y fais plus autant attention	2
Je n'y fais plus assez attention	1
J'y fais attention comme d'habitude	0

A- J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

D- J'envisage l'avenir avec optimisme

Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3

A- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Vraiment très souvent	3
Assez souvent	2
Pas très souvent	1
Jamais	0

D- Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre, d'un bon programme radio ou de télévision :

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Très Rarement	3

RESULTATS : Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) : 7 ou moins : absence de symptomatologie, 8 à 10 : symptomatologie douteuse, 11 et plus : symptomatologie certaine.

ANNEXE 12: MOTIVATION GLOBALE

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Sexe	homme	189	110	58.20	0,9785
	femme	81	46	58.02	
HAD Depression	non déprimé	99	52	52,53	0,172
	douteux	77	51	66,23	
	déprimé	102	57	55,88	
HAD Anxiété	non anxieux	126	70	55,56	0,617
	douteux	89	55	61,8	
	anxieux	63	35	55,56	
En couple	non	113	68	60,18	0,53
	oui	163	92	56,44	
Vie en couple	non	26	15	57,69	0,84
	oui	133	74	55,64	
Enfants	non	76	46	60,53	0,57
	oui	199	113	56,78	
Partage le logement avec le conjoint	non	126	77	61.11	0,2551
	oui	142	77	54.23	
Partage le logement avec les enfants	non	145	82	56.55	0,765
	oui	113	66	58.41	
ATCD familial d'alcoolisme	non	84	48	57.14	0,8503
	oui	173	101	58.38	
Nombres de Contacts	faible ou moyen	235	129	54.89	0,0289
	> 10	41	30	73.17	
Revenus	< ou = 3000 €	191	104	54.45	0,0819
	> 3000 €	74	49	66.22	
Revenus élevés	< 4500 €	237	132	55.70	0,0505
	> ou = 4500€	28	21	75.00	
Emploi/ Actif actuellement	non	121	71	58.68	0,7393
	oui	157	89	56.69	
Période de chômage récente >1an	non	37	23	62.16	0,2852
	oui	87	45	51.72	
Situation financière perçue	A l'aise	248	138	55.65	0,0493
	autre	22	17	77.27	
Enseignement supérieur	non	213	111	52.11	0,0015
	oui	63	47	74.60	
Santé globale perçue	excellente	8	6	62.50	0,0262
	très bonne	28	23	82.14	
	bonne	137	81	59.12	
	passable	87	41	47.13	
	mauvaise	16	9	56.25	
Santé physique perçue	excellente	8	6	62.50	0,0223
	très bonne	32	26	81.25	
	bonne	109	59	54.13	
	passable	103	52	50.49	
	mauvaise	23	16	69.57	
Santé psychique perçue	excellente	2	1	50.00	0,1849
	très bonne	17	14	82.35	
	bonne	81	49	60.49	
	passable	124	70	56.45	
	mauvaise	51	25	49.02	
Estime de soi	très faible	171	97	56.73	0,7488
	faible	71	42	59.15	
	moyenne	18	11	61.11	
	forte	5	4	80.00	
Age de premier contact	< ou = 16	180	103	57.22	0,9146
	>16	95	55	57.89	

Variable	Modalités	n	n motivés	% motivés	p-chi2
Age de première ivresse	< ou= 17	161	91	56.52	0,7385
	<17	111		58.56	
Age de prise régulière	< ou = 25	147	83	56.46	0,6096
	> 25	126	75	59.52	
Age de perte de contrôle	< ou = 34	133	70	52.63	0,1014
	>34	126	79	62.70	
Age de prise de conscience d'avoir un problème d'alcool	< ou = 36	136	76	55.88	0,4641
	>36	131	79	60.31	
Présence d'un médecin traitant	non	9	5	56,77	0,055
	oui	266	237	88.89	
Médecin traitant au courant de l'addiction	non	38	24	63.16	0,3957
	oui	217	121	55.76	
Affection longue durée	non	186	109	58.60	0,6651
	oui	86	48	55.81	
Consommation en rapport avec les conditions de vie	non	54	33	61.11	0,5847
	oui	221	126	57.01	
Consultation antérieure pour l'alcool	non	109	63	57.80	0,9957
	oui	166	96	57.83	
ATCD d'hospitalisation pour l'alcool	non	178	108	60,67	0,188
	oui	99	52	52,53	
ATCD d'hospitalisation en psychiatrie	non	212	128	60,38	0,09
	oui	64	31	48,44	
ATCD de tentative de suicide	non	215	128	59,53	0,192
	oui	58	58	50	
Prise d'Aotal ou Acomprosate	non	164	92	56.10	0,5557
	oui	114	68	59.65	
Prise de Revia ou Naltrexone	non	223	122	54.71	0,0533
	oui	55	38	69.09	
Prise d'Esperam ou Disulfiram	non	251	147	58.57	0,298
	oui	27	13	48.15	
Prise d'un traitement antabuse ou de sevrage	non	143	81	56.64	0,7519
	oui	135	79	58.52	
Boisson dès le matin	toujours	44	25	56,82	0,895
	parfois	80	48	60	
	jamais	151	86	56,95	
Boisson au travail	tous les jours	41	24	58,54	0,488
	un à deux par semaine	10	6	60	
	parfois	52	26	50	
	jamais	141	88	62,41	
Ivresse en consommant	toujours	29	23	79.31	0,0112
	souvent	52	36	69.23	
	parfois	109	57	52.29	
	jamais	82	42	51.22	
Consommation régulière de tabac	oui	98	65	66.33	0,0303
	non	176	93	52.84	
Consommation d'héroïne	autre	56	25	44.64	0,0143
	jamais	207	130	62.80	
Consommation de cocaïne	autre	83	43	51.81	0,1147
	jamais	182	113	62.09	
Famille	non motivé	58	32	55.17	0,68
	motivé	220	128	58.18	
Santé à court terme	non motivé	87	43	49.43	0,0642
	motivé	191	117	61.26	
Santé à long terme	non motivé	55	29	52.73	0,4187
	motivé	223	131	58.74	
Travail	non motivé	116	65	56.03	0,6645
	motivé	162	95	58.64	
Justice	non motivé	157	97	61.78	0,1041
	motivé	121	63	52.07	
Violence	non motivé	181	104	57.46	0,9649
	motivé	97	56	57.73	

Tableau 14: Synthèse des résultats, variation de la motivation globale

RESUME

MOTIVATION AU SEVRAGE ALCOOLIQUE PARMIS LA POPULATION DE L'ESSAI BACLOVILLE

Contexte: En France, on estime le nombre d'alcoolodépendants à 2 millions et 49000 décès par an sont imputés à l'alcool. Le médecin généraliste reste en première ligne dans la prise en charge de cette maladie et l'entretien motivationnel est devenu l'une des principales armes. Mais les théories sur la motivation dans les addictions sont nombreuses mais parfois contradictoires.

Objectifs: Cette étude observationnelle décrit quels étaient les patients les plus motivés, leurs motivations principales et si certains facteurs influençaient sur ces motivations au sevrage alcoolique chez des patients inclus dans Bacloville (essai thérapeutique testant le baclofène dans le sevrage alcoolique).

Méthodes: A l'aide d'un questionnaire remis à l'inclusion, nous avons renseigné les caractéristiques ainsi que la motivation globale et les motivations principales de la population (santé, travail, famille, justice et violences) et avons réalisé des analyses bi et multivariées.

Résultats: Au total, 298 questionnaires ont été analysés. La motivation globale est élevée (médiane à 8/10). Les patients les plus motivés sont ceux ayant un entourage soutenant avec un nombre élevé de contacts (OR 2,4 [1,05-5,06]), étant éduqués (enseignement supérieur : OR 3,1 [1,55-6,15]) et ayant beaucoup à perdre en consommant de l'alcool (santé perçue bonne $p=0,02$, revenus élevés $p=0,04$), ceux ayant peur de perdre le contrôle (ivresses plus fréquentes, OR 5,2 [1,8-15,06]). Les motivations principales sont la santé, à long terme (78,5%) et à court terme (67,8%), ainsi que la famille (78,1%).

Conclusion: Cette étude permet de mieux cerner les motivations au sevrage alcoolique cependant des études plus puissantes avec un recueil de données plus poussé sont nécessaires. La suite de Bacloville va permettre d'évaluer l'évolution de ces motivations et leur lien avec l'efficacité.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS CLEFS : motivation, alcool, sevrage, abstinence, médecine générale

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES (Paris V)
Faculté de médecine Paris Descartes
15 rue de l'école de médecine
75270 PARIS CEDEX 06**