



**HAL**  
open science

# Le double diagnostic trouble anxiété sociale -trouble de l'usage de l'alcool: quelle influence du trouble anxieux sur l'évolution de l'addiction et son traitement? Une revue de la littérature

Camille Chavot

## ► To cite this version:

Camille Chavot. Le double diagnostic trouble anxiété sociale -trouble de l'usage de l'alcool: quelle influence du trouble anxieux sur l'évolution de l'addiction et son traitement? Une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03102167

**HAL Id: dumas-03102167**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102167>**

Submitted on 7 Jan 2021

**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.

**Le double diagnostic trouble anxiété sociale - trouble de l'usage de l'alcool:  
quelle influence du trouble anxieux sur l'évolution de l'addiction et son  
traitement ?  
une revue de la littérature**

## **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 8 Décembre 2020**

**Par Monsieur Camille CHAVOT**

**Né le 13 février 1990 à Besançon (25)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Président**

**Monsieur le Professeur BOYER Laurent**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur BARTHET Marc**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BAGNIS Olivier**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Asseseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



### ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso-kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN



## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCCASSOU Jacques		MONGIN Maurice

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIELLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OOUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

### PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouïl (disponibilité)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (disponibilité)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (disponibilité)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (disponibilité)	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

////////////////////////////////////  

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUIJL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIOLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure



**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>
---

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
---

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>
--

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)  
DRH Campus Timone

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU-PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

BARBARARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202****BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
*DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
*CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU-PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU-PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

<p><b>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</b></p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH)  D'JOURNO Xavier (PU-PH)  DODDOLI Christophe (PU-PH)  GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  MACE Loic (PU-PH)  THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p><b>CHIRURGIE PLASTIQUE,  RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</b></p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH)  LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p><b>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</b></p> <p>ALIMI Yves (PU-PH)  AMABILE Philippe (PU-PH)  BARTOLI Michel (PU-PH)  BOUFI Mourad (PU-PH)  MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  PIQUET Philippe (PU-PH)  SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)</p>	<p><b>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</b></p> <p>BARTHET Marc (PU-PH)  BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i>  BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Surnombre</i>  DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  GRANDVAL Philippe (PU-PH)  GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  SEITZ Jean-François (PU-PH)  VITTON Véronique (PU-PH)</p>
<p><b>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</b></p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH)  LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p>PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GRANDVAL Philippe (PU-PH)  GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  SEITZ Jean-François (PU-PH)  VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p><b>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</b></p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH)  DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  GROB Jean-Jacques (PU-PH)  RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>	<p><b>GENETIQUE 4704</b></p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH)  KRAHN Martin (PU-PH)  LEVY Nicolas (PU-PH)  SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p>
<p><b>DUSI</b></p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p> <p>BOURRIQUEN Maryline (MAST)  EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  LUCAS Guillaume (MAST)  MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  MELLINAS Marie (MAST)  ROMAN Christophe (MAST)  TRINQUET Laure (MAST)</p>	<p><b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</b></p> <p>NGYUEN Karine (MCU-PH)  TOGA Caroline (MCU-PH)  ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)</p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH)  BOUBLI Léon (PU-PH) <i>Surnombre</i>  BRETTELLE Florence (PU-PH)  CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  COURBIERE Blandine (PU-PH)  CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>
<p><b>ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</b></p> <p>BRUE Thierry (PU-PH)  CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  CUNY Thomas (MCU PH)</p>	

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703****MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)  
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019





<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
RANQUE Stéphane (PU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
CASSAGNE Carole (MCU-PH)	MATHIEU Marion (MAST)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)	
TOGA Isabelle (MCU-PH)	
<b>PEDIATRIE 5401</b>	<b>PHYSIOLOGIE 4402</b>
ANDRE Nicolas (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)	BREGÉON Fabienne (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)	GABORIT Bénédicte (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)	MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)	BONINI Francesca (MCU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)	BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)	DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
COZE Carole (MCU-PH)	DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)	RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
<b>PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</b>	<b>PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</b>
BAILLY Daniel (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)	BARLESI Fabrice (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)	CHANEZ Pascal (PU-PH)
CERMOLACCE Michel (MCU-PH)	GREILLIER Laurent (PU-PH)
<b>PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</b>	REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
AGHABABIAN Valérie (PR)	TOMASINI Pascale (MCU-PH)
<b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</b>	<b>RHUMATOLOGIE 5001</b>
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)	GUIS Sandrine (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)	LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)	PHAM Thao (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)	ROUDIER Jean (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)	
MOULIN Guy (PU-PH)	
PANUEL Michel (PU-PH)	
PETIT Philippe (PU-PH)	
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)	
VIDAL Vincent (PU-PH)	
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)	
<b>REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</b>	<b>THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</b>
GAINNIER Marc (PU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)	VILLANI Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)	DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)	
<b>UROLOGIE 5204</b>	
HRAIECH ORH Camps Timone	BASTIDE Cyrille (PU-PH)
	KARSENTY Gilles (PU-PH)
	LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
	ROSSI Dominique (PU-PH)

MAJ 01.09.2019

## **REMERCIEMENTS :**

À Monsieur le Professeur Lançon pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail et de présider le jury de thèse, merci pour sa rapidité de réponse concernant les divers questionnements relatifs à la rédaction.

À Messieurs le Professeur L.Boyer, Monsieur le Professeur M.Barthet et Monsieur le Docteur O.Bagnis pour avoir accepté de consacrer du temps à la lecture de ce travail ainsi que de siéger dans le jury.

Au Docteur Kavciyan, à toute l'équipe du Centre Guillaume Broutet ainsi qu'à l'équipe ELSA du centre hospitalier d'Avignon pour leur accueil et l'immersion dans le vaste monde de l'addictologie qu'ils m'ont permis de réaliser.

Merci aux patients rencontrés lors des différents stages qui m'ont beaucoup enseigné, permis de réviser mes croyances naïves et d'insuffler (je l'espère) un peu plus d'humilité dans ma pratique devant la complexité infinie de l'esprit humain.

À Madame Herbez et Madame Etancelin, documentalistes au centre hospitalier de Montfavet, pour leur aide précieuse dans les recherches documentaires.

Au service de reproduction de l'hôpital de Montfavet pour avoir réalisé l'impression de ce document.

À l'ensemble des équipes rencontrées au cours de l'internat.

À mes parents.

À mes sœurs : Elise, Clémence et Olympe.

À mes ami(e)s.

À ma famille dans son ensemble.

À Chloé, À Hippolyte.

## **SOMMAIRE :**

1- <u>Introduction :</u> .....	4
2- <u>Généralités sur les phobies sociales et les troubles de l'usage de l'alcool :</u>	
<b>2.1- Les phobies sociales</b>	
2.1.1- Perspective historique.....	5
2.1.2- Données épidémiologiques.....	6
2.1.3- Comorbidités.....	7
2.1.4- Mécanismes étio-pathogénique.....	8
2.1.5- Diagnostic et clinique.....	11
2.1.6- Évaluation.....	12
2.1.7- Prise en charge et traitement.....	12
<b>2.2- Les troubles de l'usage de l'alcool</b>	
2.2.1- Définitions.....	14
2.2.2- Outils de dépistage, d'évaluation et de diagnostic.....	18
2.2.3- Données épidémiologiques.....	25
2.2.4- Facteurs de risque.....	26
2.2.5- L'accompagnement thérapeutique.....	28
3- <u>Généralités sur les pathologies duelles :</u>	
3.1- Définitions.....	30
3.2- Épidémiologie des pathologies duelles.....	30
3.3- Modèles étiologiques.....	31
3.4- Un pronostic globalement défavorable.....	32
3.5- Prise en charge des pathologies duelles.....	32
4- <u>Des relations complexes entre les deux troubles :</u>	
4.1- Hypothèses générales d'interactions.....	35
4.2- Données épidémiologiques.....	35
4.3- Statut particulier des phobies sociales vis-à-vis du trouble de l'usage de l'alcool.....	36



5- <u>Revue de la littérature</u> :	41
- Tableau récapitulatif des articles.....	43
- Analyse détaillée des articles.....	47
a) Les patients anxieux sociaux sont-ils susceptibles d'être moins compliants vis-à-vis du traitement du trouble de l'usage de l'alcool ?	
b) Les patients anxieux sociaux sont-ils susceptibles de constituer un groupe particulièrement à risque de rechute d'un trouble de l'usage de l'alcool ?	
c) Les patients anxieux sociaux et dépendants à l'alcool pourraient-ils présenter une différence dans la réponse au traitement du trouble de l'usage de l'alcool en cas de prise en charge plus spécifique du trouble anxieux ?	
6- <u>Cas cliniques</u>	
6.1- Emmanuel.....	54
6.2- Jennifer.....	60
7- <u>Discussion</u> .....	64
8- <u>Conclusion</u> .....	69
9- <u>Annexes</u> .....	70
10- <u>Bibliographie</u> .....	84
11- <u>Résumé</u> .....	96



## **1- INTRODUCTION :**

Les champs d'investigations cliniques et thérapeutiques de l'addictologie et de la psychiatrie se recoupent en de nombreux points, l'usage de substances et les comportements addictifs étant particulièrement fréquents chez les personnes présentant des troubles mentaux.

Dans ce travail nous nous intéresserons de façon plus spécifique à un des points de chevauchement auquel les cliniciens sont susceptibles d'être confrontés, l'existence d'une phobie sociale chez les patients dépendants à l'alcool. Nous développerons ainsi chacune de ces pathologies, leurs relations réciproques et la problématique plus générale des liens entre troubles psychiatriques et troubles addictifs. Deux cas cliniques illustreront la prise en charge de patients présentant ce double diagnostic.

Enfin dans une revue de la littérature, nous analyserons les recherches qui se sont penchées sur l'influence de la phobie sociale sur le cours du traitement de l'addiction à l'alcool et tenterons de discuter des implications pour la prise en charge de ces patients.

## 2- Généralités sur les phobies sociales et les troubles de l'usage de l'alcool :

### 2.1- Les phobies sociales :

La pathologie anxieuse constitue une entité clinique hétérogène pour laquelle les nosographies distinguent plusieurs variétés de troubles (anxiété généralisée, trouble panique...), dont le trouble anxiété sociale (TAS), individualisé au sein des troubles anxieux dans les classifications internationales avec la mention phobie sociale associée entre parenthèses dans le DSM-V, signifiant l'équivalence des deux termes. (1)

L'anxiété sociale est une émotion en lien avec la peur pouvant se manifester lors des interactions sociales.

Elle couvre un spectre assez large de situations cliniques allant de formes bénignes (trac, timidité), en passant par des formes plus sévères mais limitées (érotophobie ou peur de rougir en public ; anxiété de performance), pour arriver dans certains cas à des formes bien constituées et sources d'un handicap important (phobie sociale ou trouble anxiété sociale ; trouble de la personnalité évitante).

Sa conceptualisation a été développée par des psychiatres et psychologues européens dès le XIX<sup>ème</sup> siècle sous des formes et appellations variées.

#### 2.1.1- Perspective historique

La description princeps est classiquement attribuée à Pitres et Régis en 1897 à travers leurs études de l'érotophobie, bien qu'ils ne l'intègrent pas encore à la classe des phobies des « êtres vivants » (comportant la gynécophobie et l'androphobie) mais préfèrent la concevoir comme une obsession couplée à une peur de la rougeur en tant qu'état physiologique (« physiophobie »).

Ce travail est repris par Claparède, un neurologue suisse qui publie une revue sur la question. Il y fait alors ressortir la dimension relationnelle du trouble : l'enfant qui « rougit à l'école, même s'il est innocent, lorsque le maître cherche un coupable », l'adulte qui « n'ose plus se montrer en public », « au restaurant, il se plongera dans un journal pour qu'on n'aperçoive pas son visage ». On trouve aussi une description détaillée de certaines stratégies thérapeutiques mises en œuvre : principalement l'alcool, mais également le bromure, l'opium, l'ergot de seigle, l'hypnose, la

psychothérapie, et dans un cas extrême « la pose de quatre sangsues sur la région mastoïdienne » réalisant une saignée de 150 g.

En 1903, Pierre Janet, un psychologue suisse, propose une classification des phobies systématisées en quatre catégories : corporelles, d'objets, d'idées et situationnelles, il y distingue les situations physiques (agoraphobie, claustrophobie) et les situations sociales sources de peur.

En 1910, Paul Hartenberg, médecin aliéniste français, décrit la timidité de façon équivalente à l'anxiété sociale : « Pour être timide, il faut d'abord être enclin à éprouver *une certaine émotion, dans certaines circonstances* ». L'*émotion* en question est un mélange de peur (« les palpitations, l'angoisse, la sueur froide, le tremblement ») et de honte (« la confusion, la pudeur, le scrupule »). Les circonstances sont rattachées à une condition unique « la présence de l'être humain », et la croyance subjective associée est précisée : « l'humiliation d'être mal apprécié ou de paraître inférieur ou ridicule ». Il évoque par ailleurs des aspects de prévention et de traitement très proches des techniques d'exposition proposées dans les thérapies cognitivo-comportementales comme l'apprentissage de la prise de parole à l'école ou le travail sur le comportement non verbal.

La psychanalyse avec Freud abordera le concept d'« inhibition » (1926) comme mécanisme de défense contre l'angoisse exprimant « la limitation fonctionnelle du Moi » mais sans spécificité sociale particulière. Le terme de phobie sociale est introduit définitivement dans la littérature psychiatrique au cours des années 1960 avec la classification des phobies de Marks (1966) et entre dans les nosographies internationales en 1980 (DSM III). (2)

### 2.1.2 - Données épidémiologiques :

En France, le taux de prévalence sur la vie entière mesuré des phobies sociales est d'environ 5% avec une prédominance féminine (6,6% pour les femmes et 2,6% pour les hommes). (3)

Certaines études montrent que le trouble est relativement fréquent chez les enfants et les adolescents (4) avec une prévalence élevée de symptômes d'anxiété sociale, ceux-ci s'exprimant le long d'un continuum de gravité, de nombreux jeunes signalant des niveaux élevés d'anxiété sociale sans nécessairement atteindre le seuil d'un diagnostic de trouble (5). La distinction entre une anxiété sociale élevée et un diagnostic clinique de phobie sociale ne dépendant pas uniquement de l'intensité

symptomatique, celle-ci étant aussi conditionnée par l'impact sur le fonctionnement habituel de la personne.

Il existe par ailleurs des prédispositions tempéramentales précoces connues sous le nom d'« inhibition comportementale » qui se manifestent dès la première année de vie sous forme d'une tendance significative à l'inquiétude au contact de ce qui est non-familier (adultes ou situations) (6).

Chez les adultes, la prévalence semble différer sensiblement d'un pays à l'autre, les taux signalés étant plus faibles dans les pays d'Asie de l'Est (7). La dimension culturelle semble avoir une importance particulière en modulant l'expression, le développement et le retentissement du trouble, certains syndromes culturels comme le *Taijin Kyofu Sho* décrits en Corée du Sud ou au Japon se rapprocheraient d'une forme d'anxiété sociale avec un tableau clinique dominé par la crainte pour l'individu de rendre d'autres personnes mal à l'aise par le biais de manifestations corporelles (odeurs, mimiques...), cette crainte pouvant atteindre une intensité quasi délirante dans certains cas (8).

Des études suggèrent que la présence d'une phobie sociale pendant l'enfance et l'adolescence aurait tendance à persister en l'absence de traitement. (9)

En ce qui concerne le retentissement fonctionnel, les études mettent en évidence un impact important au niveau social, familial et professionnel avec des revenus en moyenne inférieurs, un taux plus élevé de célibat, et des dépenses de soins accrues (10). Chez l'enfant, le diagnostic est souvent associé au refus scolaire et certaines données indiquent que la phobie sociale est un facteur significatif de décrochage scolaire précoce (11).

Malgré le retentissement important sur la qualité de vie, il semble que seule la moitié des personnes porteuses du diagnostic soient enclins à rechercher de l'aide. Lorsqu'elles se décident finalement à le faire, ce ne serait que tard au décours de l'évolution du trouble (après 15 à 20 ans). (12)

### 2.1.3 – Comorbidités :

Le trouble anxiété sociale est associé à un nombre important d'autres problématiques de santé mentale (dans 80 à 90% des cas), en particulier les autres troubles anxieux, les troubles dépressifs et la consommation de substances voire le trouble de l'usage de substances (13). Plusieurs études longitudinales ont tenté de démêler les relations complexes entre ces différents troubles. Beesdo et al (2007) retrouvaient que les

personnes présentant un trouble anxiété sociale étaient particulièrement à risque de présenter un épisode dépressif ultérieur (14). Black et al (2015) ont montré que l'existence d'un trouble anxiété sociale à l'adolescence augmentait le risque de consommation future d'alcool (15) et Buckner et al (2008) qu'il était un facteur de risque de dépendance au cannabis et à l'alcool (16). Il semble que la phobie sociale précède généralement l'apparition d'autres troubles hormis certains (phobie spécifique, trouble déficitaire de l'attention, anxiété de séparation) et que la comorbidité soit plutôt la règle que l'exception. Toutefois, la continuité entre l'existence d'un trouble anxiété sociale à l'adolescence et le développement ultérieur d'autres problématiques de santé mentale est encore difficilement compris au niveau des mécanismes et certains ont suggéré qu'il serait souhaitable d'envisager la phobie sociale comme un facteur de vulnérabilité pour le développement d'autres troubles plutôt que sous le concept de comorbidité. (13)

#### 2.1.4 - Mécanismes étio-pathogéniques :

Comme tous les troubles mentaux, la phobie sociale est d'origine multifactorielle.

Au niveau des corrélats neurobiologiques, l'imagerie fonctionnelle met en évidence une hyper-activation du circuit neurologique impliqué dans les émotions de peur (amygdale, cortex cingulaire antérieur, cortex préfrontal, insula) lors d'épreuves de confrontation ou d'anticipation de certaines situations (performance, affirmation de soi...) en particulier celles pouvant représenter une menace, ceci étant commun à tous les troubles anxieux; d'autres zones sont également impliquées (cortex cingulaire postérieur, précuneus, cuneus) et une connectivité réduite entre certains réseaux des régions pariétales et limbiques a pu être mise en évidence (17).

Au niveau génétique, les études d'agrégation familiale et des jumeaux ont montré un niveau d'héritabilité très variable selon les méthodes employées mais estimé comme étant modéré, avec une contribution génétique de l'ordre de 50% laissant une place aussi importante aux influences environnementales. De plus, bien que plusieurs études aient recherchées des gènes de vulnérabilité, ils demeurent à ce jour largement inconnus. (18)

Au niveau tempéramental, l'« inhibition comportementale » dans l'enfance évoquée plus haut, même si elle n'est pas spécifique de ce trouble, contribuerait à la survenue ultérieure d'une phobie sociale. (19)

Des événements de vie stressants ou traumatiques durant l'enfance comme des abus ou des négligences physiques, émotionnelles, sexuelles, une séparation des parents, des conflits dans le couple parental ou l'existence d'une psychopathologie chez les parents constituent des facteurs de risques non spécifiques pour le développement ultérieur d'un large spectre de troubles mentaux durant l'adolescence (20) et de nombreux travaux ont pu montrer que c'était également le cas pour le trouble anxieux sociale (21,22). Il peut cependant être relevé que les preuves disponibles proviennent surtout de rapports rétrospectifs chez des patients adultes déjà porteurs du diagnostic. Certaines études suggèrent que les traumatismes d'ordre émotionnels plutôt que physiques seraient d'avantage associés à la phobie sociale chez l'adulte (23,24).

De nombreuses données indiquent que des expériences négatives dans les interactions sociales en particulier avec les pairs jouent un rôle dans le développement et le maintien de la phobie sociale chez les adolescents (25). Ces derniers sont susceptibles d'avoir moins de relations amicales, d'être moins appréciés et moins acceptés par leurs pairs, et d'être plus volontiers négligés voire rejetés du fait de leurs faibles habiletés sociales (26,27), ces aptitudes que les thérapies cognitivo-comportementales s'attachent par ailleurs à développer et entraîner chez les patients anxieux sociaux (28).

Les observations éthologiques montrent que l'anxiété sociale fait partie du registre bio-psycho-comportemental de bien d'autres mammifères (29). La compréhension de ce trouble du point de vue de la psychiatrie évolutionniste met l'accent sur la concurrence, qui existe au sein des espèces animales et entre individus, en vue d'apparaître comme « le plus attrayant », dans le but de susciter chez les autres membres de l'espèce l'investissement de ressources (par exemple l'approbation, le soutien ou les soins). En effet, pour améliorer (ou défendre) une position et jouer à déplacer les investissements d'autrui, une entreprise de séduction et de compétition semble nécessaire. L'anxiété sociale peut ainsi être interprétée comme une forme d'anxiété de compétition, activée dans des contextes dans lesquels les individus se considèrent comme étant relativement démunis dans une hiérarchie d'attributs souhaitables, ou à risque de perdre un statut et le contrôle des ressources sociales associées (comme l'approbation, l'aide ou le soutien). Dans la relation à l'autre, les personnes présentant une phobie sociale mobiliseraient ainsi dans des contextes d'interactions, un ensemble de cognitions et de comportements automatiques de soumission ou de défense très



marqués, par évitement de la confrontation (comparaison sociale, conformisme, dissimulation/auto-surveillance, évitement du regard, ceci ayant pu être objectivé par la technique de l'eye-tracking dans une étude où le niveau de sévérité de la phobie sociale a été corrélé positivement avec la quantité d'évitement du regard (30)).

Le modèle de l'anxiété sociale de Clark et Wells (1995) (31), probablement le plus étudié et qui a été un des plus étayé empiriquement (32), propose dans une perspective cognitiviste, l'explication selon laquelle les individus anxieux sociaux présentent un désir excessif de véhiculer une image favorable d'eux-mêmes auprès des autres et adhèrent fortement à certaines croyances selon lesquelles ils encourent un risque sérieux dans les situations sociales s'ils se comportent de façon inappropriée. Les situations sociales sont ainsi perçues comme hautement menaçantes et à l'origine de mécanismes adaptatifs dysfonctionnels avec : a) une interprétation des symptômes somatiques de l'anxiété comme étant une source de menace pour l'individu (potentiellement perçus et évalués négativement par les autres), b) une focalisation sur soi, sur les manifestations somatiques d'anxiété et les pensées négatives, qui interfèrent avec la capacité pour l'individu de porter effectivement son attention sur la situation sociale en cours (on parle de biais attentionnel ou « self focused attention » (32)), c) des manifestations anxieuses telles (apparence, comportement) qu'elles conduisent les autres à répondre en effet moins positivement à leur égard.

Spence et Rapee ont proposés en 2016 un modèle synthétique des connaissances sur l'étiologie des phobies sociales présenté dans la figure suivante (33).

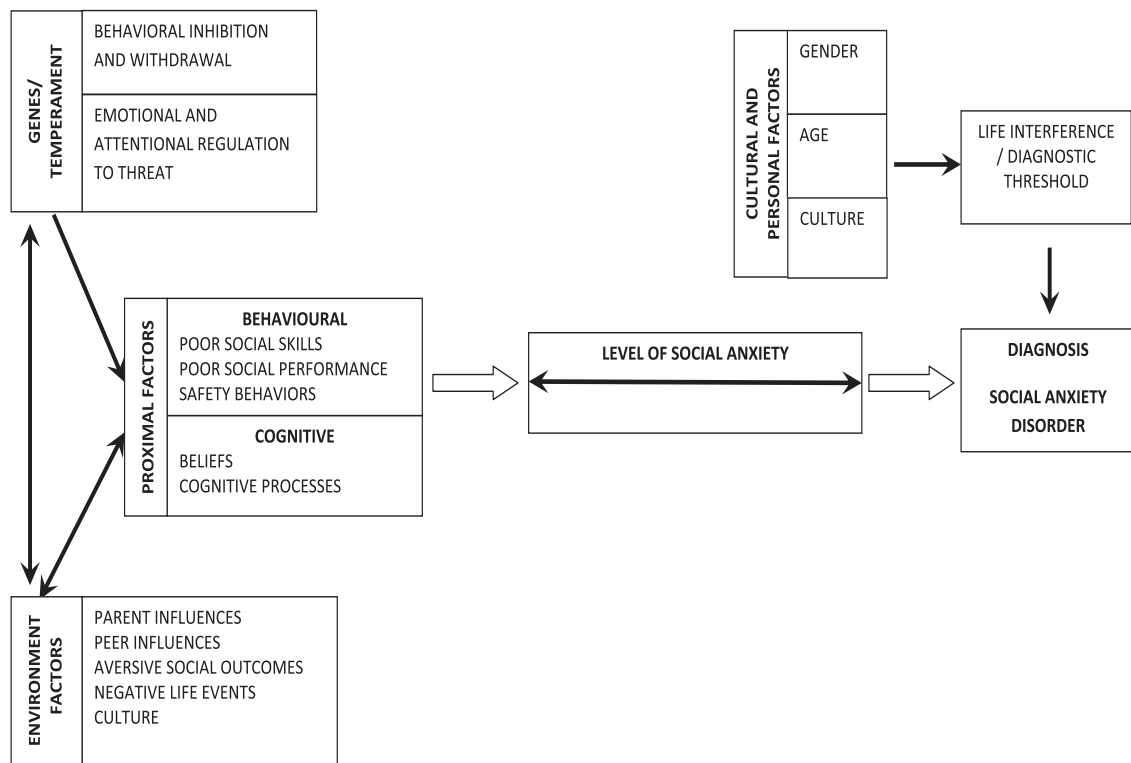


Fig. 1. A model of the development of social anxiety and social anxiety disorder.

Figure 1- Étiologie et modèle du développement de l'anxiété sociale à la phobie sociale selon Spence et Rapee (33).

### 2.1.5 - Diagnostic et clinique :

Selon le DSM-V, les principaux critères définissant le trouble anxiété sociale comprennent la peur d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles l'individu est possiblement exposé à une attention minutieuse d'autres individus et à la peur d'agir d'une manière qui soit susceptible d'être jugée négativement (résultant soit de son propre comportement, soit des manifestations physiques visibles telles que rougir, trembler ou transpirer). Dans la mesure du possible, les situations sociales sont ainsi évitées ou subies avec une forte charge émotionnelle. Le DSM-V précise que la peur doit être disproportionnée au vu de la réalité de la menace, qu'elle doit persister depuis plus de 6 mois, ne pas être due aux effets physiologiques d'une substance, d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale et qu'elle entraîne une détresse ou une

altération cliniquement significative dans des domaines importants du fonctionnement social. **(Voir annexe 1)**

Pour une clinique plus détaillée du trouble, il est possible de distinguer les situations sociales sources de peur **(Voir annexe 2)** les symptômes **(Voir annexe 3)** et les formes cliniques.

Parmi les formes cliniques, on peut distinguer :

- Les formes limitées à une ou deux circonstances sociales.
- Les formes généralisées : dans lesquelles toutes les situations sociales représentent une source de peur ou de honte intense.

#### 2.1.6 - Évaluation :

De multiples échelles d'auto et d'hétéro-évaluation ont été développées dans la littérature internationale, l'objectif étant d'une part d'estimer la sévérité du trouble à un moment donné, d'autre part d'approfondir l'exploration clinique.

Les deux échelles les plus utilisées sont :

- La Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) à 24 items utilisable en hétéroévaluation. **(Voir annexe 4)**
- Le Social Phobia Inventory (SPIN) à 17 items utilisable en autoévaluation. **(Voir annexe 5)**

#### 2.1.7 - Prise en charge et traitement :

La prise en charge est ambulatoire en dehors des possibles comorbidités addictives, dépressives ou en cas de risque suicidaire identifié, une hospitalisation peut alors être justifiée.

Les professionnels impliqués sont le médecin généraliste, le psychologue, et le psychiatre (ou pédopsychiatre) selon la gravité et en cas de difficultés thérapeutique. Le traitement repose principalement sur les psychothérapies, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui utilisent trois techniques (l'entraînement aux compétences sociales ou affirmation de soi, l'exposition in vivo en groupe, et la restructuration cognitive) et permettent de réduire les évitements et de

modifier les croyances à propos des situations redoutées (34). Par ailleurs, des approches basées sur la méditation « pleine conscience » ont montrées un intérêt sur la dimension émotionnelle du trouble. (35)

Le traitement médicamenteux peut présenter un bénéfice clinique en diminuant les anticipations et l'hyperréactivité émotionnelle en situation sociale. Il s'agit des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (paroxétine, escitalopram, citalopram, sertraline) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine). Le propranolol peut être proposé plus spécifiquement en cas d'anxiété de performance. Les benzodiazépines sont à éviter dans cette indication car elles exposent à un risque de dépendance et altèrent certaines capacités cognitives importantes dans les relations sociales (mémoire, attention) (34).

## 2.2 - Les troubles de l'usage de l'alcool :

### 2.2.1 - Définitions :

Selon la définition opératoire proposée par Goodman (1990), l'addiction est un processus par lequel un comportement réalisé a pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur. Ce comportement est marqué par l'échec répété de son contrôle et sa continuation en dépit de ses conséquences négatives. Cette définition renvoie ainsi aux comportements de dépendance aux substances comme l'alcool mais également aux comportements de dépendance sans substances (sexe, jeux vidéo, achats, sports...) (36).

L'évolution du concept amène aujourd'hui à parler de *trouble de l'usage d'une substance* pour les addictions avec substance dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Le DSM-V propose ainsi une liste de 11 critères pour *le trouble de l'usage de l'alcool* avec trois niveaux de sévérité (léger si 2-3 critères, modéré si 4-5 critères, sévère si 6 critères ou plus). Il se place dans une approche plutôt dimensionnelle de l'alcoolodépendance (à l'inverse de la précédente version du DSM).

### **Trouble de l'usage de l'alcool**

Critères diagnostiques
Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1. Perte de contrôle sur la quantité consommée et le temps dédié à la consommation
2. Désir persistant et efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation
3. Beaucoup de temps est consacré à obtenir, utiliser et récupérer l'alcool et ses effets
4. « Craving » ou envie impérieuse de consommer
5. Incapacité de remplir des obligations majeures (travail, école, maison)
6. Problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets de l'alcool

7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs réduits au profit de la consommation
8. Usage d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. Poursuite de la consommation malgré des dommages physiques ou psychologiques
10. Tolérance
11. Sevrage

Tableau 1. Critères diagnostiques simplifiés du trouble de l'usage de l'alcool dans le DSM-V (American Psychiatric Association - 2015).

La classification internationale des maladies dixième version de l'OMS (CIM-10) a une perspective catégorielle de l'alcoolodépendance et propose de distinguer deux diagnostics exclusifs l'un de l'autre : *l'utilisation nocive pour la santé ou abus* (F10.1) du *syndrome de dépendance* (F10.3). La prochaine version, la CIM-11 qui entrera en vigueur en janvier 2022 garde cette perspective.

Le *trouble de l'usage d'alcool* du DSM-V correspond ainsi à *l'usage nocif* et à la *dépendance* de la CIM-10 (toujours en vigueur).

En pratique, la sévérité du trouble peut être appréciée à l'aide des critères dimensionnels du DSM-V, mais il est aussi important d'évaluer *le niveau de consommation*, le risque de dépendance à l'alcool et le risque de dommages pour la santé augmentant de manière proportionnelle avec le niveau de consommation (37).

Le niveau de consommation permet aussi de distinguer *l'usage simple*, inférieur au seuil à risque, de *l'usage à risque*, au-delà du seuil et/ou dans des circonstances dangereuses (ex : conduite automobile).

Les seuils de consommation à risque sont définis en « verres standards » ou « unités standards » (10 grammes d'alcool pur en France).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose ainsi des niveaux de risque en fonction de la consommation d'alcool ponctuelle ou quotidienne en grammes/jour.

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Faible</b>	1 à 40	1 à 20	<b>Faible</b>	1 à 40	1 à 20
<b>Modéré</b>	40 à 60	20 à 40	<b>Modéré</b>	40 à 60	20 à 40
<b>Très élevé</b>	> 100	> 60	<b>Élevé</b>	> 60	> 40

	Risque lié à une consommation ponctuelle (g/j)		Risque lié à une consommation quotidienne (g/j)	

Tableau 2- Niveaux de risque en fonction de la consommation d'alcool selon l'OMS.

Il est notable que les recommandations sur les seuils à risque mais aussi la quantité d'alcool pur par « verre standard » fixés par les États diffèrent (tableau 5). (38)

**Table 1** Governmental standard drink definitions and low-risk consumption guidelines in grams of pure ethanol.

Country	Standard drink (g)	Guidelines			
		Women		Men	
		(g)/day	(g)/week	(g)/day	(g)/week
Australia [15]	10	20	–	20	–
Austria [10]	20	16	112	24	168
Bosnia and Herzegovina [27]	10	10	–	20	–
Bulgaria <sup>a</sup>	13	–	–	–	–
Canada [16]	~13.6	~27	~136	~40.7	~204
Chile [23]	14	42	98	56	196
China <sup>a</sup>	10	–	–	50	100
Croatia <sup>a</sup>	10	10	–	20	–
Denmark [17]	12	–	84	–	168
Estonia <sup>a</sup>	10	20	–	40	–
Fiji [18]	10	20	100	30	150
France [19]	10	20	140	30	210
Germany [24]	12	12	–	24	–
Grenada [6]	~14	~14	–	~14	–
Iceland [7]	8	–	112	–	168
India [28,45]	10	10	–	20	–
Ireland [31]	10	–	110	–	170
Italy [43]	12	20	–	36	–
Japan [8]	–	20	–	40	–
Latvia [44]	12	12–16	96	24	156
Luxembourg [14]	12.8	12.8	–	25.6	–
Malta <sup>a</sup>	8–10	–	112–140	–	168–210
Malaysia <sup>a</sup>	10	–	–	–	–
Mexico [9]	14	14	126	28	168
New Zealand [20,25]	10	20	100	30	150
Philippines [42]	14	14	–	28	–
Poland [21]	10	20	140	40	280
Portugal <sup>a</sup>	10–12	10–24	–	10–24	–
Singapore [37]	10	10	–	20	–
Slovenia <sup>a</sup>	10	10	–	20	–
South Africa [11]	~11–12	24	–	24	–
Spain [39]	10	–	110	–	170
Sweden [30]	10	10	–	20	–
Switzerland [13]	10–12	20–24	–	30–36	–
United Kingdom [22]	8	16–24	–	24–32	–
United States [12,46]	14	42	98	56	196
Vietnam [38]	10	20	140	40	280

<sup>a</sup>Guidelines obtained through personal communication with those listed in the Acknowledgements section.

Tableau 3. Quantités d'alcool pur par verres standards et seuils d'usages nocifs selon les pays, d'après Kalinowski et Humphreys (2016).

Aux États-Unis par exemple, la quantité d'alcool pur par verre standard est de 14 g/j et les seuils à risque sont fixés à 42 g/j chez les femmes et 56 g/j chez les hommes soit 3 et 4 « verres standards ». Les seuils de consommation à risque les plus bas sont retrouvés en Suède et en Slovénie, les plus élevés aux États-Unis, en Pologne, au Vietnam et au Chili. Plusieurs pays ont fait le choix d'abaisser les seuils en raison des risques de cancer existants pour des niveaux de consommation inférieurs aux seuils, notamment en Australie (2009), au Canada (2011) et en Grande-Bretagne (2016) (39). Ces actions ont été confortées par une méta-analyse publiée en 2018 de 83 études suggérant que les seuils soient abaissés à 100 g par semaine, en raison de l'augmentation du risque de mortalité au delà de ce seuil (40). En France, les recommandations ont aussi été modifiées en 2017 (41) (les seuils à risques étaient auparavant de 20 g/j pour les femmes et 30 g/j pour les hommes), et sont actuellement les suivantes :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour quel que soit le sexe.
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Les patients suivis dans les unités de soin pour une problématique d'alcoolodépendance consomment généralement des quantités d'alcool supérieures à celles des verres standards servis dans les débits de boisson (10 g d'alcool pur). Ainsi pour évaluer correctement le trouble, il peut être utile de connaître quelques équivalences.

<b>Forme d'alcool consommée</b>	<b>Nombre de « verres standards »</b>
Cannette de bière de 25 cl à 5°	1
Cannette de bière de 33 cl à 5°	1,5
Cannette de bière « forte » de 50 cl à 8°6	4
Bouteille de vin	8
Bouteille de digestif à 40°	22
Bouteille d'alcool fort de 75 cl	25

Tableau 4- Quantité de verres standards selon le format d'alcool consommé.



### 2.2.2 - Outils de dépistage, d'évaluation et de diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool et de ses comorbidités :

Le repérage des *troubles de l'usage de l'alcool* repose sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques et peut être complété par un questionnaire de dépistage. Il implique également la recherche des dommages et pathologies associées à la consommation d'alcool (42).

#### - Les indicateurs cliniques :

*La consommation déclarée d'alcool (CDA)* : en cas de consommation régulière, le nombre de verres consommés au cours de la semaine précédente est un bon indicateur prenant en compte les jours « actifs » et les jours de repos. Dans le cas des consommations occasionnelles ou irrégulières, il convient d'estimer le nombre de verres consommés par occasion, ainsi que le nombre de jours avec alcool par semaine ou par mois. Le parcours de consommation sur la « vie entière » permet d'élargir la réflexion.

*Les marqueurs physiques/psychiques* : hypertension artérielle, blessures, tremblements des mains et de la langue, troubles digestifs, faciès évocateur, manifestations anxieuses et déficits cognitifs peuvent être présent chez les patients alcoolo-dépendants.

*Les indicateurs sociaux* : problèmes professionnels, financiers, de couple ou avec l'entourage.

#### - Les marqueurs biologiques :

Trois marqueurs sont généralement utilisés pour repérer un *trouble de l'usage de l'alcool*, assurer son suivi et éventuellement évaluer l'efficacité des interventions proposées : le *volume globulaire moyen*, la *gamma-glutamyl transférase* et la *transferrine déficiente en carbohydrates*. Leur faible sensibilité ne permet pas une utilisation isolée. Dans le repérage d'un trouble, ils ne sont qu'un complément. Une valeur anormale fait évoquer *un trouble de l'usage de l'alcool* (à condition que les autres causes d'anomalies aient été éliminées) mais, à l'inverse, l'absence de perturbation n'élimine pas le trouble, notamment en phase précoce.

### ***Les Gamma-Glutamyl Transferases (GGT) :***

La consommation de 4 verres par jour (et plus) pendant 4 à 8 semaines augmente significativement le taux de GGT dont la normalisation peut demander jusqu'à deux mois. Sa spécificité est relativement faible avec de nombreux faux positifs (âge, tabac, contraceptifs oraux, diabète, obésité, pathologies hépatiques). Dans 5% des cas, les GGT sont augmentés sans étiologies retrouvées. 20 à 50% des consommateurs excessifs ont des GGT augmentés, mais 25% des patients alcoolo-dépendants ont des GGT normales.

### ***La Transferrine Déficiente en Carbohydrates (CDT) :***

Elle est spécifique du métabolisme de l'alcool et reflète le niveau récent de consommation et présente donc un intérêt en cas d'alcoolisation intermittente et de nécessité d'un diagnostic précoce de rechute. Sa sensibilité pour détecter les changements de consommation sur une période de 3 à 4 semaines est meilleure que celle des GGT (43).

### ***Le Volume Globulaire Moyen (VGM) :***

Augmente après 4 à 8 semaines de consommation. Il a une faible spécificité (liée aux autres causes de macrocytose) et une faible sensibilité (44).

#### **Les questionnaires de dépistage :**

Ils peuvent être administrés par un tiers au cours d'un entretien ou bien auto-administrés, ils visent à repérer l'existence d'un mésusage (usage à risque, troubles de l'usage d'alcool). Ces questionnaires ont une valeur de repérage et non de diagnostic. Ils n'acquièrent une pertinence qu'en association avec les signes cliniques et les marqueurs biologiques. Leur limite principale est liée à la sous ou sur-déclaration intentionnelle ainsi qu'à la présence éventuelle de troubles cognitifs.

Les principaux questionnaires utilisés sont :

a) Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin) ou CAGE en anglais (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener). (Voir **Annexe 5**)

b) l'« Alcohol use disorder identification test » de l'OMS (AUDIT) ou l'AUDIT-C (questionnaire incluant seulement les trois premiers items de l'AUDIT) . (Voir **Annexe 6**)

c) Le « Fast alcohol consumption evaluation » (FACE). (Voir **Annexe 7**)

- Les outils de diagnostic :

Les principaux outils utilisés pour le diagnostic des *troubles de l'usage d'alcool* dans les études utilisent les critères de la CIM-10, du DSM-IV ou du DSM-5. La sensibilité et la spécificité de ces diagnostics peuvent être améliorés par l'utilisation d'entretiens structurés tels que :

a) le « Composite International Diagnostic Interview » (CIDI, considéré comme le gold standard).

b) le « Structured Clinical Interview for DSM-IV » (SCID).

c) le « Mini International Neuropsychiatric Interview » (MINI).

d) le « Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule » (AUDADIS).

e) la « Diagnostic Interview for Genetic Studies » (DIGS).

- Les comorbidités et complications liées à un trouble de l'usage de l'alcool :

Le *trouble de l'usage de l'alcool* est associé à un impact sur la morbi-mortalité considérable et la consommation d'alcool est impliquée dans un grand nombre de maladies. Au sein de l'union européenne par exemple, une étude de 2013 estimait que les maladies associées à la consommation d'alcool étaient responsables d'une mort sur sept pour les hommes et d'une mort sur treize pour les femmes, dans près de 70% de ces cas de maladies, une alcoolo-dépendance était présente (45). Les conséquences de l'usage d'alcool sur la santé font de la consommation de cette substance le troisième facteur de risque de morbidité derrière l'hypertension artérielle et la consommation de tabac selon une étude de 2012 (46). Les principales pathologies associées sont :

Les comorbidités psychiatriques : les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont les troubles les plus fréquemment retrouvés chez les patients dépendants à l'alcool en étant aussi favorisés par des facteurs communs en particulier les troubles de la personnalité rencontrés chez environ 40% des patients alcoolodépendants dans la vaste étude épidémiologique NESARC (47,48,49). Le risque suicidaire est fortement majoré par rapport aux personnes sans problématique d'alcool (60 à 120 fois plus important (50))

Les comorbidités addictives : elles concernent d'abord le tabac avec un nombre considérable de patients alcoolo-dépendants qui consomment quotidiennement du tabac (80 à 88% selon certaines études (51,52)). Les effets nocifs sur la santé du tabac et de l'alcool sont synergiques, avec augmentation du risque de pancréatite, cirrhose et cancers ORL (53). Dans la grande étude épidémiologique NESARC, les co-addictions étaient fréquentes chez les patients alcoolo-dépendants, l'abus/dépendance à la cocaïne était la troisième addiction la plus fréquente après le tabac et le cannabis (47).

Les comorbidités/complications somatiques : elles concernent en priorité *la sphère digestive* avec les maladies alcooliques du foie (MAF) (stéatose, fibrose, hépatites aiguës, cirrhose), les pancréatites et les cancers ORL/digestifs (pharynx, larynx, œsophage, foie, colon, rectum), les femmes étant particulièrement à risque par rapport aux hommes en développant des lésions hépatiques pour de moindres quantités

d'alcool et avec une évolution plus rapide vers la cirrhose (53). La *sphère neurologique* également avec les atteintes centrales : les pathologies démentielles (Syndrome de Korsakoff, Maladie de Marchiafava-Bignami, Démence alcoolique), l'épilepsie (généralisée le plus souvent), les encéphalopathies carentielles et métaboliques (l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke liée à une carence en vitamine B1 et la Pellagre liée à une carence en vitamine PP, l'encéphalopathie hépatique), la myélinose centropontine en cas de correction trop rapide d'une hyponatrémie, l'atrophie cérébelleuse, et des atteintes périphériques (polyneuropathies sensitivomotrices). En phase aiguë et faisant suite à un arrêt ou une réduction importante de l'usage d'alcool, un *syndrome de sevrage* peut apparaître dans les 6 à 48h avec anxiété, agitation, sueurs, tremblements, troubles digestifs et se compliquer en l'absence de prise en charge adaptée de *crises d'épilepsies* et/ou d'un *délirium tremens* caractérisé par un syndrome confusionnel avec onirisme (hallucinations de type zoopsies), signes dysautonomiques, fièvre et déshydratation qui engagent le pronostic vital. Le delirium tremens survient chez 3 à 5 % des patients hospitalisés pour sevrage d'alcool et la mortalité atteint 1 à 4%. Avant la généralisation de l'usage des benzodiazépines dans ce contexte, la mortalité atteignait 35 % (54). L'intensité des signes est évaluée à l'aide d'échelles cliniques comme le score de Cushman ou la CIWA-Ar (clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised scale) en vue d'adapter le traitement de manière préventive et curative (Voir **Annexe 9**).

Les troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) : Selon un rapport publié par la Société Française d'Alcoologie, la prévalence des atteintes cognitives des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool est très sous-estimée (55). En effet, l'impact de la consommation chronique d'alcool sur le cerveau et la cognition ne peut pas être réduit aux formes cliniques aiguës ou chroniques sévères regroupées sous les différentes dénominations classiques d'encéphalopathies, de démences d'origine alcoolique ou de syndrome de Korsakoff.

Au niveau neurobiologique, l'alcool, lorsqu'il est ingéré, est absorbé au niveau du duodénum puis distribué par la circulation sanguine et peut être amené à traverser la barrière hémato-méningée. Lorsqu'il est consommé régulièrement ou en quantité importante sur de brèves périodes, il induit, tout comme son métabolite, l'acétaldéhyde, des lésions directes sur le tissu cérébral. Du fait de sa lipophilie, il agit

sur les phospholipides membranaires des cellules cérébrales et modifie aussi la neurotransmission par action directe sur les récepteurs acide gamma-aminobutyrique-ergiques (GABAergiques) et acide N-méthyl-D-aspartique (NMDA), un sous-type des récepteurs glutamatergiques. L'alcool agit comme sédatif et dépresseur du système nerveux central. (56)

En imagerie cérébrale, l'exposition du cerveau à une alcoolisation régulière et/ou excessive conduit à des altérations structurales et fonctionnelles aussi bien de la substance grise que de la substance blanche (57) en particulier sur deux circuits : le circuit fronto-cérébelleux et le circuit de Papez avec un impact clé sur le thalamus (58).

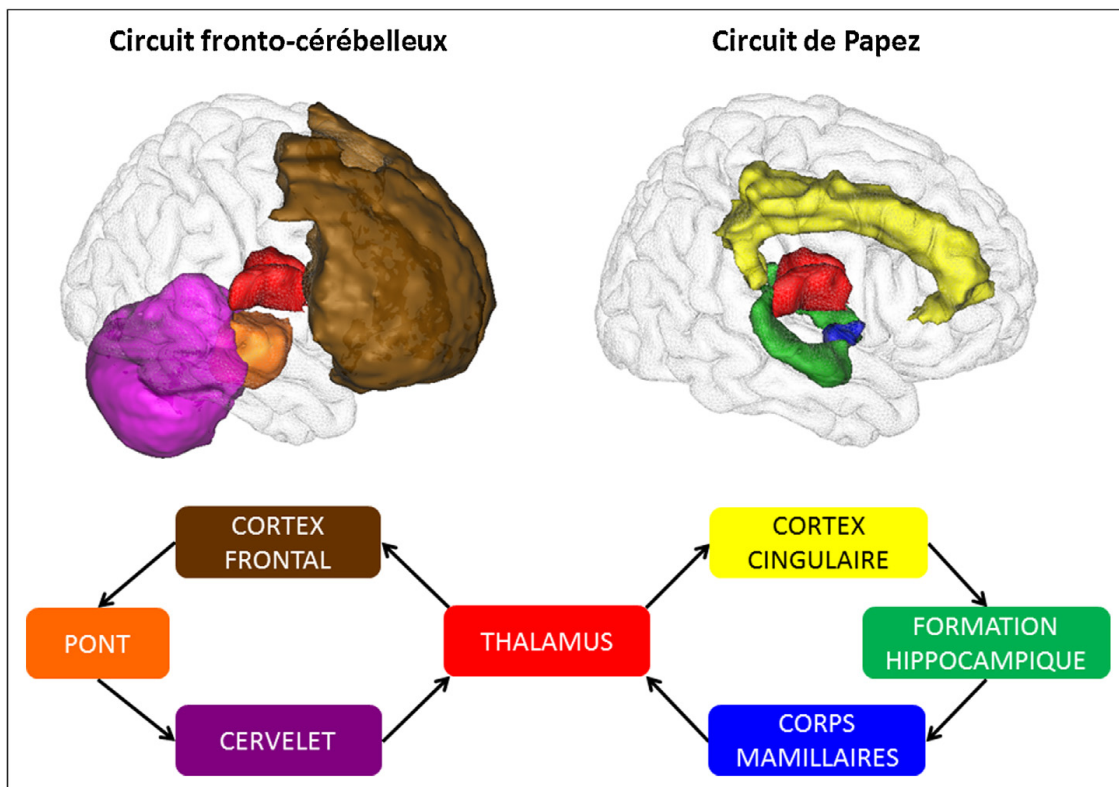


Figure 2- Altération des circuits fronto-cérébelleux et de Papez dans l'alcoolodépendance selon Pitel et al (2015) (58)

Ces atteintes aboutissent à des manifestations cliniques particulières et des troubles cognitifs, de nature et de sévérité variables, dominés par un dysfonctionnement exécutif (59), des troubles de la mémoire épisodique, des troubles de la motricité et de l'équilibre (60), auxquels s'ajoutent des désordres dans la reconnaissance des émotions (alexithymie retrouvée chez 30 à 49% des personnes dépendantes à l'alcool

ainsi que des déficits en théorie de l'esprit) et de la cognition sociale (61). De même que les atteintes morphologiques et fonctionnelles en imagerie, ces dysfonctionnements sont susceptibles d'évoluer favorablement avec la diminution ou l'arrêt de l'alcoolisation (62). L'origine de ces troubles est multiple et pas seulement liée aux lésions directes de l'alcool sur le cerveau, des lésions indirectes ou des facteurs de vulnérabilité pouvant aussi majorer les symptômes comme le montrent la figure suivante d'après Demmatheis et al (63).

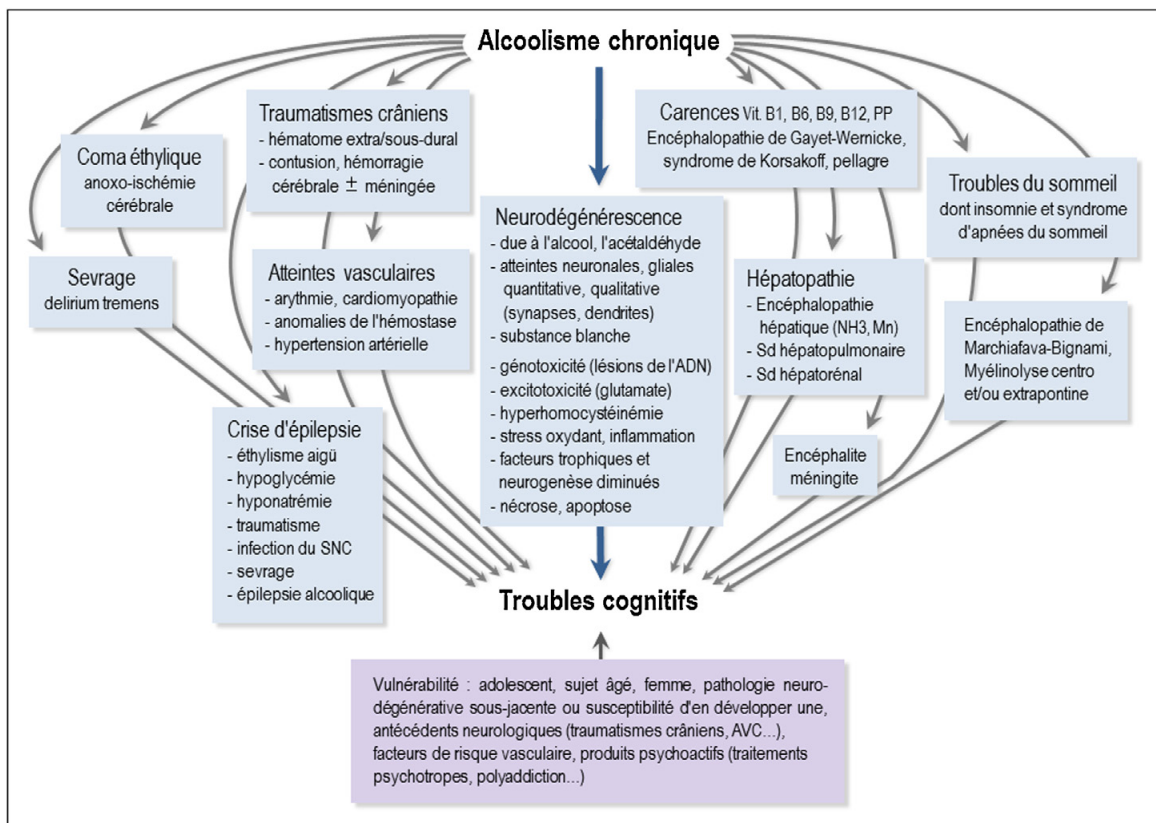


Figure 3- Étiologie des troubles cognitifs dans le trouble de l'usage de l'alcool, d'après Demmatheis et al (63).

Valbret et al (2013) (64) retrouvaient des troubles cognitifs (dans au moins un domaine) chez plus de 3/4 des patients hospitalisés dans un service d'addictologie. Le profil clinique caractéristique de ces patients est marqué par une difficulté à appréhender les dommages issus de la consommation d'alcool, notamment sur les relations interpersonnelles, par une altération des facultés d'introspection et d'autocritique et par des difficultés dans la prise de décision pour changer de comportement contrastant avec une surestimation des capacités pour y parvenir (55).

Ce profil caractéristique, ajouté à des attitudes de rejet social, limite grandement l'accès de ces personnes à des soins adaptés et entraîne pour eux une grande difficulté à mettre en œuvre des changements nécessaires à l'amélioration de leur situation. Ils peuvent constituer un facteur de mauvais résultats dans les prises en charge. Ces éléments montrent l'intérêt d'une reconnaissance précoce, éventuellement au moyen d'un test de dépistage rapide comme le test d'évaluation cognitive MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (Voir **Annexe 10**) et en fonction des résultats de celui-ci, un bilan neuropsychologique plus approfondi si nécessaire.

### 2.2.3 – Données épidémiologiques sur les troubles de l'usage de l'alcool :

Les troubles liés à l'usage de l'alcool font partie des troubles les plus répandus dans le monde affectant 8,6% des hommes (IC 95% : 8,1-9,1) et 1,7% des femmes (1,6-1,9) en 2016 (l'estimation ponctuelle totale : 5,1% : 4,9-5,4). Ils sont environ cinq fois plus fréquents chez les hommes mais l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire (65). La prévalence dans le monde est présentée dans la figure suivante (66).

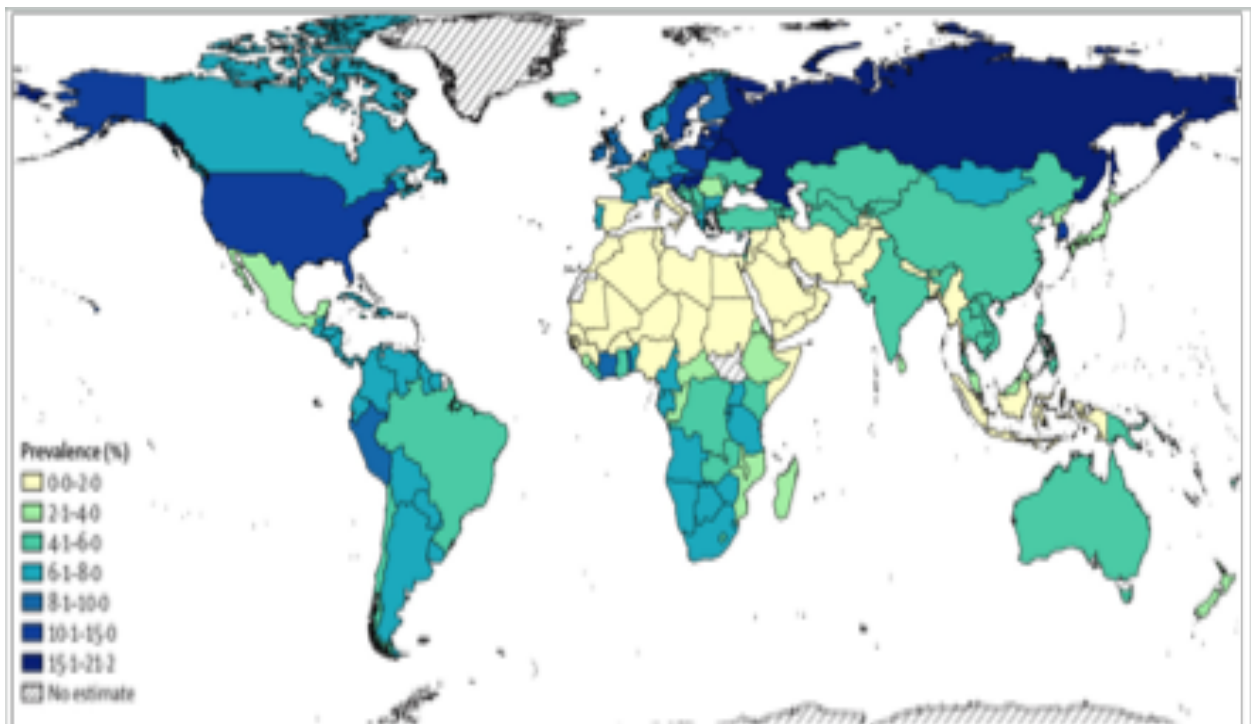


Figure 4- Prévalence du trouble de l'usage de l'alcool par pays (> 15 ans) en 2016 selon Carvalho et al (66)



D'après un rapport de l'OMS, en France en 2016, 5,3% des hommes et 1,5% des femmes âgés(ées) de plus de 15 ans remplissaient les critères CIM-10 de *dépendance à l'alcool* dans les 12 mois précédant l'étude.

	<b>Trouble de l'usage de l'alcool*</b>	<b>Alcool-dépendance</b>
<b>Hommes</b>	11,1	5,3
<b>Femmes</b>	3,1	1,5
<b>Ensemble</b>	7	3,3
<b>Europe</b>	8,8	3,7

Tableau 5. Prévalence sur les 12 derniers mois des troubles de l'usage de l'alcool et de l'alcool-dépendance en France (%), 2016. \*inclus usage nocif et dépendance. © World Health Organization, 2018.

Les conséquences négatives en termes de pathologies associées aux troubles de l'usage d'alcool suivent un gradient socioéconomique, les personnes de faible statut socioéconomique étant d'avantage impactés par la consommation (67). Dans l'ensemble, la consommation d'alcool et les troubles de l'usage d'alcool semblent contribuer aux inégalités socioéconomiques (68).

#### 2.2.4 - Facteurs de risque :

Il est important de souligner que le trouble de l'usage de l'alcool ne résulte pas d'une faiblesse de la volonté ou d'une défaillance morale, mais qu'il est le produit d'une interaction complexe entre facteurs individuels, sociaux, culturels et biologiques.

La dimension génétique en particulier a été mise en évidence. Une méta-analyse publiée en 2015 estimait l'héritabilité du trouble à 50% (69) laissant une part aussi importante aux facteurs de risque environnementaux et interactifs gènes-environnements dans l'émergence et la persistance du trouble. Certaines études soulignent l'implication de gènes codant pour des protéines impliquées dans le métabolisme de l'alcool. À titre d'illustration, le métabolisme de l'alcool nécessite deux enzymes hépatiques spécifiques, l'alcool déshydrogénase (ADH) et la forme

mitochondriale de l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH2). Le gène ALDH2 possède deux allèles primaires appelés ALDH2 \* 1 et ALDH2 \* 2. Les porteurs de l'allèle ALDH2 \* 2, et les homozygotes en particulier, ont une altération du métabolisme de l'alcool. S'ils en boivent, l'acétaldéhyde s'accumule, entraînant l'apparition de bouffées vasomotrices, des maux de tête, de transpiration, de tachycardie, de nausées et de vomissements, tous ces éléments contribuant ainsi à les protéger du développement de troubles de l'usage d'alcool par un effet « aversif ». Ce polymorphisme est porté par environ 40% des individus dans les pays de l'est Asiatique mais est rare chez les Européens (70). Cet effet particulier peut être recherché au niveau thérapeutique par l'effet « antabuse » du disulfiram, un traitement médicamenteux qui inhibe l'acétaldéhyde déshydrogénase et provoque aussi une accumulation d'acétaldéhyde dans l'organisme (71).

Une méta-analyse publiée en 2019 dont l'objectif était d'identifier les variants génétiques associés à un mésusage d'alcool mesuré par le test AUDIT a trouvé dix loci « à risque », avec l'identification de nouvelles associations pour certains gènes (JCAD et SLC39A13) et la confirmation de l'implication d'autres gènes déjà identifiés (ADH1B, ADH1C, KLB et GCKR) (72).

Les mécanismes épigénétiques (méthylation de l'ADN, modification des histones) sont reconnus comme intervenant dans la physiopathologie des troubles de l'usage d'alcool et semblent de plus en plus constituer un pont explicatif important entre l'effet des facteurs de risque environnementaux connus et l'émergence puis la persistance de ces troubles (73).

De nombreux facteurs de risque environnementaux contribuent également à l'émergence et à la perpétuation des troubles de l'usage d'alcool. C'est le cas notamment de certaines mesures sanitaires publiques comme l'ont montrées les données d'une étude publiée en 2018 menée dans plusieurs pays, qui établissait un lien entre certaines mesures de politique publiques relatives à l'alcool (prix à l'achat, publicités, moment possible dans la journée de l'achat d'alcool) et la quantité typique d'alcool consommée par les individus. Cette étude soutient l'effet probable d'un changement de politique sur la consommation excessive d'alcool (heures de commercialisation, prix et restrictions sur le marketing) (74). L'existence de croyances ou d'attentes particulières envers la substance en particulier d'effets positifs (sur les interactions sociales, le soulagement de l'anxiété, l'amélioration des performances

sexuelles...) qui circulent dans certains groupes culturels et plus particulièrement chez les adolescents, a été retrouvée comme étant associée à des niveaux de consommation d'alcool excessifs (75).

La consommation d'alcool chez les adolescents semble également influencée par des facteurs éducatifs parentaux : l'approvisionnement en alcool dans le foyer, une attitude permissive, la consommation parentale constituent trois facteurs de risque, tandis qu'un certain niveau de surveillance parentale, une relation de qualité parents-enfants, un soutien et une attitude impliquée des parents constituent des facteurs protecteurs (76). Parmi les autres facteurs susceptibles d'affecter le développement d'un tel trouble, citons aussi le niveau d'éducation et l'existence de pratiques religieuses/spirituelles (77).

#### 2.2.5 - L'accompagnement thérapeutique :

L'objectif consiste d'une part en un soutien du patient dans sa démarche de changement de consommation d'alcool, et d'autre part en un repérage des dommages et pathologies associées. Il comprend de principe une intervention psychosociale à laquelle peut s'ajouter un traitement médicamenteux si nécessaire, utilisé selon différentes stratégies (réduction de la consommation, aide au maintien de l'abstinence, sevrage) en fonction du projet thérapeutique établi avec le patient. Un renforcement motivationnel est proposé à chacune des étapes du changement de comportement de consommation (78).

Le concept de « réduction des risques et des dommages », qui accepte un continuum de consommation et un objectif de « consommation contrôlée », remplace aujourd'hui dans les soins addictologiques celui de « l'abstinence comme seule finalité thérapeutique » qui pouvait constituer un obstacle à la rencontre initiale et un motif de rupture de l'alliance entre patient et soignant, du fait de la perception de l'abstinence comme un objectif irréalisable ou effrayant, patient et soignant se situant alors dans des perspectives peu conciliables. Selon l'étude d'Adamson et al (79), la détermination de l'objectif par le patient lui-même serait le meilleur prérequis de succès thérapeutique et évolue d'ailleurs souvent au cours du parcours de soins. De ce point de vue, l'abstinence constitue une des formes de « réduction des risques et des

dommages ». L'acceptation, par le soignant, d'un objectif intermédiaire de réduction importante de la consommation permet une discussion autour de cet objectif. Les différentes options thérapeutiques que ce concept ouvre pour les patients soulignent la prise en compte d'une temporalité dans l'évolution des consommations (avec ses hauts et ses bas) selon les possibilités physiques, psychiques et contextuelles, tout en gardant l'abstinence comme horizon thérapeutique.

### 3- Généralités sur les pathologies duelles :

#### 3.1- Définition :

En 1995, l'OMS a défini la comorbidité comme « co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique ». Le terme de *dual diagnosis* est le terme généralement consacré dans la littérature spécialisée et utilisé comme synonyme de comorbidité (80). En France, on parle aussi de *pathologies duelles*.

Il est nécessaire que ces diagnostics soient portés de manière indépendante selon les critères DSM-5 pour chacun des troubles et que les symptômes retrouvés ne soient pas uniquement induits par la substance (81).

#### 3.2- Épidémiologie des pathologies duelles :

Les pathologies duelles concerneraient 3% des individus en population générale (81). En population clinique, les chiffres de prévalence sont bien plus importants comme l'ont montré les grandes études épidémiologiques américaines Epidemiologic Catchment Area (ECA) (82) et National Comorbidity Survey (NCS) (83) où sur la vie entière, la prévalence des troubles mentaux chez les personnes ayant une addiction tournait autour de 40 et 50% respectivement. Dans la NCS, sur la vie entière, la moitié des sujets avec un trouble psychiatrique répondaient aux critères d'un trouble addictif. Ces taux de prévalence étant encore plus élevés dans certaines populations spécifiques (milieu pénitencier, soins spécialisés d'addictologie, services de psychiatrie).

La relation temporelle entre les deux types de troubles a été étudiée dans de multiples travaux qui tendent à montrer de façon générale (malgré les différences en fonction des substances et des pathologies) que *les troubles addictifs prédisent le plus souvent mais modérément l'apparition d'un trouble psychiatrique (83)*, et qu'à l'inverse *les troubles psychiatriques semblent avoir une valeur prédictive élevée de troubles addictifs (84)*.

La classe des troubles dits « externalisés » (trouble oppositionnel, trouble des conduites, hyperactivité) serait plus fortement associée aux addictions que les troubles « internalisés » (troubles dépressifs, troubles anxieux) (83).

Il existerait également une relation entre la sévérité du trouble psychiatrique et le risque de développer un trouble addictif : par exemple pour les troubles de l'humeur, Regier et al dans l'étude ECA (82) mettaient en évidence des odds ratios croissants de 1,9 en cas d'épisode dépressif majeur, de 4,7 en cas de trouble bipolaire de type 2 et de 7,9 pour un trouble bipolaire de type 1.

### 3.3- Modèles étiologiques des pathologies duelles :

La forte prévalence des pathologies duelles a été expliquée à l'aide de quatre grandes hypothèses (85) que des études ont chacune étayées :

- a) *Les troubles mentaux induisent l'addiction* via différents mécanismes : automédication (anxiété) ; exposition accrue aux drogues induite par les comportements à risque liés au trouble (trouble des conduites) ; désinhibition et impulsivité (psychopathie, manie).
- b) *Les troubles addictifs induisent ou amplifient les troubles psychiatriques* essentiellement par le biais de mécanismes biologiques dont un certain nombre semblent communs aux deux troubles. Dans le trouble dépressif par exemple, l'imagerie cérébrale met en évidence des modifications fonctionnelles au niveau de certaines régions communes : cortex orbito-frontal (impliqué dans l'attribution de la saillance des stimuli), gyrus cingulaire (contrôle de l'inhibition et régulation de l'humeur), hippocampe et amygdale (mémoire et apprentissage conditionné) (86).
- c) *Les troubles mentaux et addictifs présentent des déterminants communs génétiques ou environnementaux* : les dysfonctionnements familiaux, un faible étayage parental, un niveau socio-économique bas sont des facteurs de risque communs à la dépression et à l'abus de substances. De même que pour l'aspect génétique, une héritabilité importante peut être partagée en fonction des associations (87).

d) *La prévalence des pathologies duelles est surestimée du fait de biais méthodologiques* (biais de sélection, biais de classement, instruments diagnostique inadapté, etc...).

#### 3.4- Un pronostic globalement défavorable :

De manière général, le pronostic des patients présentant un double diagnostic plutôt qu'un simple est défavorable (88) avec :

- Une fréquence plus élevée d'hospitalisations.
- Un plus grand nombre de comorbidités somatiques.
- D'avantage d'évolution vers la chronicité.
- Une augmentation du risque suicidaire.
- Un plus grand retentissement au niveau psychosocial (difficultés financières et désinsertion sociale, hétéro-agressivité).

#### 3.5- Prise en charge des pathologies duelles :

En France et comme dans la plupart des pays occidentaux, la prise en charge est effectuée par deux services distincts : le secteur de soins psychiatriques et les dispositifs de soins addictologiques. Cette séparation institutionnelle a des répercussions au niveau du traitement proposé aux patients avec le risque d'ignorer l'un ou l'autre aspect, la possible non-coopération entre les deux secteurs de soins et parfois des incompréhensions pouvant nuire à une bonne prise en charge (89).

Plusieurs modalités de prises en charge se sont succédé dans le temps et coexistent aujourd'hui :

Les approches séquentielles : qui proposent de traiter prioritairement l'une des deux problématiques jusqu'à sa résolution ou sa stabilisation avant de démarrer la prise en charge de l'autre.

Les approches parallèles : dans lesquelles le traitement des deux troubles est simultané, effectué dans des services spécialisés pour chacun des troubles, les équipes concernées reconnaissant la nécessité de coopérer et d'assurer une continuité des soins.

Un certain nombre d'arguments font aujourd'hui pencher les prises en charges des pathologies duelles en faveur des approches intégrées qui considèrent que les deux troubles doivent être traités simultanément, au sein du même service avec un médecin unique formé aux caractéristiques des pathologies duelles. Des interventions particulières sous forme parallèles ou séquentielles (par exemple traitement de substitution aux opiacés pour un patient suivi en psychiatrie ou hospitalisation en psychiatrie pour manifestations psychiatriques d'un sevrage) pouvant être un complément si l'état clinique du patient l'exige. (89)

Il s'agit d'une approche ciblant la spécificité de la co-occurrence et qui développe des interventions pour les deux troubles en même temps et non d'une simple addition des outils existants.

Différentes études montrent une efficacité des traitements intégrés au sein de groupes de patients souffrant de pathologies duelles avec de multiples modèles en fonction des différentes combinaisons possibles : le TDAH et les addictions, les troubles dépressifs et anxieux et le trouble de l'usage de l'alcool... (90, 91)

De nombreuses définitions des traitements intégrés sont proposées dans la littérature mais des experts américains de la Mental Health Services Administration (SAMSHA) (92) ont souligné 6 principes communs qui sous-tendent ces programmes et la prise en charge des pathologies duelles :

- Une perspective de guérison sur le long terme avec le passage par des stades de changements progressifs selon le modèle de Prochaska et DiClemente (1984). **(Voir annexe 11)**
- Des soins spécifiques proposés à chacune des étapes du changement.
- La prise en compte des dysfonctionnements cognitifs et fonctionnels du fait de leur impact sur l'adhésion au traitement.
- La prise en charge précoce des problèmes concrets du patient afin de favoriser le maintien en traitement.
- L'utilisation des réseaux de soutien afin de maintenir et améliorer les traitements : famille, groupe d'entraides, associations.
- La prise en compte également des répercussions somatiques, familiales, professionnelles, légales et sociales.



## Prise charge intégrée des patients à double diagnostic alcoolodépendance/troubles psychiatriques

Stade de motivation (Prochaska et DiClemente) [53]	Prise en charge addictologique	Prise en charge psychiatrique	Prise en charge et surveillance somatique
<b>Précontemplation</b> (Motivation faible ou nulle)	Repérage précoce et information brève (RPIB)	En fonction des pathologies	Surveillance biologique hépatique : ASAT, ALAT ; $\gamma$ GT...
<b>Contemplation</b> (Motivation ambivalente)	Information sur l'alcool et les conséquences nocives de la consommation Psychoéducation Entretiens motivationnels Réduction de la consommation Traitements médicamenteux : nalméfène ; baclofène ; thiamine	Traitements médicamenteux : antipsychotiques atypiques ; thymorégulateurs ; antidépresseurs ; anxiolytiques Traitements psychothérapeutiques Prises en charge psychosociales : hôpitaux de jour ; familles ; foyers thérapeutiques	Surveillance des autres pathologies induites par l'alcool ou les psychotropes : HTA ; syndrome métabolique ; poids ; QTc...
<b>Préparation</b> (Motivation forte)	Modalités de sevrage TCC		
<b>Action</b>	Aide médicamenteuse symptomatique au sevrage TCC		
<b>Consolidation</b>	TCC : prévention de la rechute Traitements médicamenteux : acamprosate ; naltrexone ; baclofène ; disulfirame		

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales ; HTA : Hypertension artérielle.

Tableau 6 - Exemple de prise en charge intégrée trouble de l'usage de l'alcool - trouble psychiatriques en fonction des stades de changement de Prochaska et Di Clémente (Dervaux et Laqueille 2018). (93)

#### 4- Des relations complexes entre les deux troubles :

##### 4.1 - Hypothèses générales d'interactions entre troubles de l'usage de l'alcool et troubles psychiatriques :

La nature des relations entre troubles psychiatriques et trouble de l'usage de substances a été précisée dans le cas de l'alcool par Kranzler et Rozenthal (2003) (94) qui ont proposés de lister plusieurs hypothèses d'interactions à visée explicative :

- Celle du trouble psychiatrique comme facteur de risque d'alcoolisation (dans une tentative d'automédication ou de soulagement des symptômes psychiatriques).
- Celle de l'usage d'alcool comme inducteurs de symptômes psychiatriques qui régressent après le sevrage (c'est le cas de la symptomatologie dépressive que peut induire une consommation chronique d'alcool).
- Celle de l'usage d'alcool inducteur de symptômes psychiatriques mais qui persistent même après le sevrage (on parle de révélation d'une « vulnérabilité »).
- Celle de la co-émergence des deux types de troubles (décompensation ou exacerbation d'un épisode maniaque et alcoolisations).
- Celle de l'existence de déterminants physiopathologiques communs (par exemple par prédisposition génétique à un dysfonctionnement dans la transmission dopaminergique).
- Celle de l'absence de relation et d'une association fortuite.

De manière générale, il est possible d'appréhender les relations entre troubles psychiatriques et troubles de l'usage d'alcool de façon simple (comme purement causal), ou de façon plus complexe en envisageant la possible induction d'un trouble par l'autre ou la co-induction des deux troubles sur fond de vulnérabilité ou de déterminants communs, puis l'entretien de l'un par l'autre en une sorte de cercle vicieux.

##### 4.2 - Données épidémiologiques :

Sur le plan épidémiologique, les données attestent en tout cas d'une relation étroite entre conduites d'alcoolisation et troubles psychiatriques malgré la grande variabilité

des chiffres énoncés, ceci étant dû, en partie du moins, à des différences méthodologiques entre les études (critères diagnostiques, modalités de recueil des informations, définition des troubles, contexte...).

Ainsi, dans l'étude américaine NCS (*National comorbidity survey*), la moitié des sujets ayant présentés un trouble psychiatrique au cours de leur vie avaient également présentés un trouble de l'usage de l'alcool (50,9%) et plus de la moitié des sujets ayant présenté un trouble de l'usage de l'alcool dans leur vie répondaient aux critères d'un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (51,4%) (95).

L'étude ECA (*Epidemiologic catchment area study*) retrouvait 22% de troubles liés à l'usage de l'alcool parmi les personnes souffrant d'un trouble mental (96).

Enfin, l'étude NESARC (*National epidemiologic survey on alcohol and related conditions*), la plus vaste enquête réalisée en population générale aux États-Unis sur le sujet, qui s'est effectuée en deux « vagues » (en 2001-2002 auprès de 43093 sujets selon les critères DSM-IV et en 2012-2013 auprès de 36309 sujets selon les critères DSM-V) est la première étude de cette échelle à avoir distingué et analysé les troubles anxieux et de l'humeur associés ou non à un trouble de l'usage de l'alcool et à avoir mesuré la co-occurrence de ces troubles. La première vague a ainsi mis en évidence que les troubles anxieux et de l'humeur sont les troubles les plus représentés parmi les sujets souffrants d'une pathologie alcoolique avec dans les 12 mois précédant l'étude, près d'un quart des personnes dépendantes de l'alcool qui souffraient de troubles anxieux (23%) et d'avantage encore de troubles de l'humeur (27%). (97)

#### 4.3 – Statut particulier des phobies sociales vis-à-vis du trouble de l'usage de l'alcool :

Parmi les troubles anxieux, le statut particulier des phobies sociales avec les troubles de l'usage de l'alcool a fait l'objet de plusieurs recherches qui soutiennent le caractère fréquent et spécifique de cette « pathologie duelle ».

En population générale, l'étude NESARC précédemment évoquée retrouvait une prévalence de la comorbidité de 2,4% sur la vie entière. Parmi les sujets anxieux sociaux, près de 30% avaient été dépendants à l'alcool dans leur vie, et parmi les sujets dépendants à l'alcool, plus de 10% répondaient aux critères de phobie sociale. Chez les personnes présentant les deux conditions, le trouble anxiété sociale

précédait le trouble de l'usage d'alcool dans 80% des cas. De plus, parmi les personnes alcoolo-dépendantes, la présence d'une anxiété sociale comorbide était significativement associée à une plus grande sévérité de la dépendance, une plus grande fréquence des complications liées à l'alcool, d'histoires familiales de troubles de l'usage d'alcool et de comorbidités psychiatriques, par rapport aux personnes ayant une dépendance à l'alcool seule. Le taux de patients traités ou en recherche de traitement était faible (de l'ordre d'un quart), que les deux troubles soient pris ensembles ou séparément. (98)

En population clinique, parmi les sujets suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool, les études retrouvent des chiffres de prévalence de phobies sociales plus élevés allant de 13 à 34%. (99)

Les effets de l'alcool sur le stress sont complexes mais il est classiquement admis qu'à court terme, l'alcool induit une désinhibition et une euphorie. Ces propriétés pharmacologiques associées à la présence fréquente de l'alcool dans des contextes sociaux festifs, contribuent à en faire une substance dont l'usage peut être perçu comme facilitateur pour entrer en relation avec autrui. S'y ajoute chez les personnes présentant une anxiété sociale le fait qu'elles semblent particulièrement susceptibles d'endosser des croyances ou des attentes fortes portant sur les effets de l'alcool : amélioration de l'assertivité ou de la confiance en soi, du sentiment d'efficacité personnelle, réduction du niveau de tension interne (100). La consommation d'alcool peut ainsi être utilisée comme une stratégie pour faire face à l'anxiété sociale en réduisant le malaise que ressentent certains sujets en présence des autres (101). C'est ce caractère « utilitaire » de l'alcool dont témoignent de nombreux patients souffrant de phobie sociale mais aussi de troubles anxieux en général (102). Un modèle synthétique de compréhension des relations entre phobie sociale et trouble de l'usage des substances a été proposé par Buckner et al en 2013 (103), il met en rapport l'usage de substances avec l'intention de faire face à certaines dimensions de l'anxiété sociale comme la peur de l'évaluation négative, les évitements, le peu d'affects positifs ou l'hypervigilance, puis la transition vers le trouble de l'usage, il est présenté dans la figure suivante.

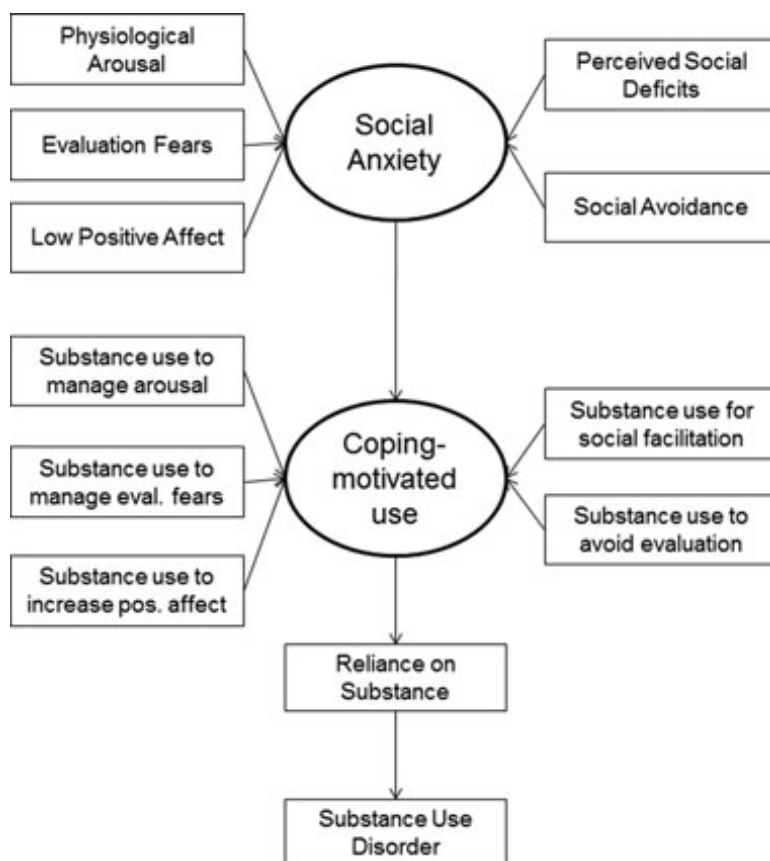


Figure 1. Proposed model of the relationship between social anxiety and substance used disorders.

Figure 5 – Modèle de compréhension des relations entre trouble de l’usage de substances et anxiété sociale selon Buckner et al (103).

Une revue de la littérature épidémiologique récente portant sur ces stratégies dites d’automédication rapporte qu’environ un quart des personnes présentant un trouble anxieux utilisent l’alcool ou une autre substance en vue de soulager leurs symptômes (104). Cette « automédication » semble exposer les personnes atteintes de ces troubles à un risque de dépendance. Plusieurs études prospectives mettaient en évidence que la présence de symptômes d’anxiété sociale prédisait l’usage pathologique d’alcool mais aussi d’autres substances (105,106). Crum et al (2001) (105) montraient dans une enquête longitudinale sur 13 ans que des individus présentant des formes atténuées de trouble anxieté sociale étaient plus à risque de développer un trouble de l’usage de l’alcool que ceux sans cette comorbidité. De manière intéressante dans cette même étude, les patients présentant des formes complètes de phobie sociale étaient moins à risque de trouble de l’usage d’alcool que

ceux présentant des formes atténuées. Une des explications avancées par les auteurs était que dans ces formes atténuées, les individus osaient s'exposer aux situations sociales en dépit du malaise qu'elles provoquent (selon la définition proposée dans le DSM-III et utilisée pour le diagnostic) et ce faisant, étaient d'avantage enclins à consommer de l'alcool pour « s'apaiser », tandis que ceux présentant la forme complète, ne s'exposant absolument pas, pouvaient en ressentir moins la nécessité. Buckner et al (2008) (106) dans une autre étude longitudinale, ont suivis une cohorte de 1709 patients adolescents pendant 14 ans et ont mis en évidence un taux d'alcoolodépendance (odds ratio multiplié par 4,5) et de dépendance au cannabis (odds ratio multiplié par 6,5) supérieur à 30 ans chez les patients ayant présenté une phobie sociale à l'adolescence. Les personnes anxieuses socialement semblent être aussi particulièrement sensibles à l'influence des pairs à travers la peur qu'elles ont d'être mal jugées si elles dévient des normes du groupe, rapportant plus volontiers leur consommation d'alcool à une conformation vis à vis de la pression de l'entourage (107).

Les observations cliniques montrent que le trouble anxiété sociale débute à un âge jeune et les études épidémiologiques qu'il précède dans une grande majorité de cas les troubles de l'usage de l'alcool (98) à l'inverse des autres troubles anxieux qui tendraient à apparaître plutôt secondairement (108). Ces éléments font de l'anxiété sociale un socle de vulnérabilité probable pour l'apparition et le développement d'un trouble de l'usage de l'alcool. Dans une perspective psychobiologique, il est aussi admis que la consommation d'alcool peut induire en retour de l'anxiété, ne serait-ce que durant les périodes de sevrage et en perturbant l'activité du système neuroendocrinien de réponse au stress, l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien ou corticotrope (109).

En termes de gravité, la présence de ces deux conditions semble aussi particulièrement associée à la symptomatologie dépressive et à la suicidalité. Une étude transversale menée auprès de 258 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool a montré que les 110 patients qui avaient un trouble anxiété sociale comorbide présentaient significativement plus de symptômes dépressifs (110). Une autre étude transversale menée auprès de 53 patients dépendants à l'alcool retrouvait que près de la moitié d'entre eux présentaient des symptômes de phobie sociale et se

distinguaient par la fréquence plus importante de symptômes dépressifs, d'idéations suicidaires scénarisées, et d'antécédents de tentatives de suicides, les dimensions du questionnaire SPIN (social phobia inventory) les plus associées à la suicidalité étaient les sentiments d'inadéquation et d'infériorité (111).

## 5- Revue de la littérature :

- **L'objectif** est d'analyser la manière dont le trouble anxiété sociale peut affecter l'évolution du trouble de l'usage de l'alcool et son traitement chez les patients porteurs de ce double diagnostic, à travers une revue des études qui se sont penchées sur des paramètres cliniques tels que :

- *la compliance* (les patients anxieux sociaux et dépendant à l'alcool constituent-ils un groupe particulièrement en difficulté en termes de suivi et d'adhésion aux soins pour le trouble de l'usage de l'alcool ?),

- *la rechute* (définie comme la reprise de l'usage d'une substance après une période d'abstinence ; les patients anxieux sociaux et dépendants à l'alcool constituent-ils un groupe particulièrement à risque de rechute ?),

- *la réponse au traitement* (les patients anxieux sociaux et dépendants à l'alcool pourraient-ils présenter une meilleure réponse au traitement du trouble de l'usage de l'alcool en cas de prise en charge plus spécifique du trouble anxieux associée ?).

- **L'hypothèse** étant que ces paramètres seraient plutôt défavorables aux personnes présentant ce double diagnostic, et ceci pour des raisons psychopathologiques propres à ce trouble anxieux: les difficultés singulières qu'ils rencontrent dans les relations interpersonnelles par honte ou peur du jugement négatif et qui les amènent à éviter les situations anxiogènes d'interactions, avec des figures d'autorité tels que peuvent le représenter les médecins, ou avec des groupes de patients dépendants, dans lesquels un minimum d'affirmation/révélation de soi est requis.

Ces situations constituant souvent un socle important dans les soins des troubles de l'usage de l'alcool, leur évitement pouvant potentiellement mener à une non prise en charge ou à de mauvais résultats thérapeutiques.

Nous discuterons ensuite avec l'appui de cas cliniques des implications pratiques pour la prise en charge de ces patients, en mettant en rapport ces données avec les principes de traitement des pathologies duelles.



### **- La méthode :**

Une recherche systématique a été réalisée avec l'aide d'une documentaliste sur les moteurs de recherche PubMed, ScienceDirect, PsycArticles avec les mots-clés suivants « Social anxiety disorder » OR « Social phobia » AND « Alcohol use disorder » AND « Treatment », 13 articles ont été sélectionnés en accord avec les objectifs après lecture des abstracts. (112-124)

### **- Les résultats :**

Les principaux résultats sont compilés dans le tableau suivant, nous les détaillerons ensuite. (abréviations : TUA = trouble de l'usage de l'alcool ; TAS = trouble anxieux sociale ; TCC = thérapie cognitivo-comportementale ; PDE = Programme en douze étapes).

- **Tableau récapitulatif des articles :**

<u>ÉTUDE</u>	<u>PARAMÈTR ES CLINIQUES EXPLORÉS</u>	<u>DESIGN</u>	<u>ÉCHELLES/MES URES UTILISÉES</u>	<u>NOMBRE DE SUJETS (TAS+TUA ; TUA)</u>	<u>PRINCIPAUX RÉSULTATS</u>
<i>TONIGAN ET AL (2010)</i>	Compliance Rechute	Essai clinique Thérapie : programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes.	Outil reflétant critères DSM-III-R de phobie sociale Pour la compliance : AAI (alcoholics anonymous involvement tools)  Pourcentage de jours d'abstinence à l'alcool/ nombre de boissons par jours de consommation.	266(133,13 3)	Même compliance entre les deux groupes sans influence du sexe ou de la comorbidité phobie sociale.  Les femmes avec phobie sociale rechutaient plus vite et plus intensément que les femmes sans (60% contre 40%)
<i>MARQUENIE ET AL (2006)</i>	Rechute	Cohorte	Structured clinical interview for DSM-IV  European alcoholism severity index scale (ASI)	169(81,88)	Pas d'influence du trouble phobique sur le taux de rechutes.

<i>TERRA ET AL (2006)</i>	Compliance Rechute	Cohorte	Structured clinical interview for DSM IV  European Alcoholism severity index (ESI)  Liebowitz social anxiety scale	300(74,226)	Le trouble anxiété sociale ne constituait pas un facteur de risque significatif de rechute ou de non-adhérence au suivi psychothérapeutique ou aux groupes d'entraide.
<i>MELLENTIN ET AL (2018)</i>	Compliance Réponse au traitement Rechute	Cohorte	Critères CIM-10  European Addiction Severity Index (ASI)	3197(465,2732)	Le groupe comorbide ne différait pas du groupe trouble de l'usage de l'alcool seul en termes de réponse au traitement, de compliance, de taux d'abandon du suivi.
<i>KUSHNER ET AL (2005)</i>	Rechute	Longitudinale de suivi	Structured clinical interview for DSM IV  Time line follow-back interview	53(29 avec un trouble anxieux,24)	Le groupe de patients présentant un trouble anxieux comorbide rechutait significativement plus au cours du suivi, le trouble anxieux qui prédisait le plus la rechute était la phobie sociale.
<i>BOOK ET AL (2009)</i>	Compliance	Enquête transversale	Liebowitz social anxiety scale  Beck depression inventory  Penn state worry questionnaire	103(38,65)	Les patients répondants aux critères de phobie sociale étaient 4 à 8 fois plus susceptible d'acquiescer au fait que leur timidité interférait avec le traitement pour

l'addiction (volonté de parler à un thérapeute, s'exprimer dans un groupe thérapeutique, assister à une séance des Alcooliques anonymes et s'y faire superviser).

<p>OAKLAND ET AL (2014)</p>	<p>Compliance</p>	<p>Enquête transversale</p>	<p>Interaction anxiousness scale (IAS)</p>	<p>128</p>	<p>Les patients utilisant de l'alcool uniquement restaient plus longtemps en suivi s'ils avaient des niveaux d'anxiété sociale élevés.</p>
<p>THEVOS ET AL (2000)</p>	<p>Réponse au traitement  Compliance</p>	<p>Essai clinique  Programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes (TSF) VS Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC).</p>	<p>Outil reflétant les critères DSM III-R de phobie sociale  Form 90-instrument</p>	<p>794 (397,397)</p>	<p>La TCC retardait d'avantage la rechute que le PDE chez les femmes présentant une phobie sociale suivies en ambulatoire pour un trouble de l'usage de l'alcool. L'inverse était vrai chez les femmes sans phobies sociales. Pas de significativité statistique chez les hommes suivis en ambulatoire pour un TUA.</p>
<p>SCHADÉ ET AL (2005)</p>	<p>Réponse au traitement</p>	<p>Essai clinique</p>	<p>SCID-DSM-IV ; European addiction severity index ; CDT (biologie) ; Anxiety questionnaire, Symptôme checklist-90,</p>	<p>96 patients abstinentes TUA+ trouble anxieux (agoraphobie ou phobie sociale)</p>	<p>Le traitement de l'anxiété chez les patients présentant un trouble anxieux (agoraphobie/phobie sociale) et une dépendance à l'alcool associée soulage les symptômes anxieux mais</p>

			Anxiety Discomfort Scale			n'a pas d'effets sur la rechute.
<i>THOMAS ET AL (2008)</i>	Réponse au traitement	Essai clinique contrôlé, double aveugle	DSM-IV Liebowitz social anxiety scale. Clinical global index Time line follow back Alcohol dependance scale.	42 (22 placebo, 20 paroxétine)		La paroxétine réduisait l'anxiété sociale mieux que le placebo, mais n'avait pas d'impact sur la consommation d'alcool chez les patients présentant la comorbidité et non en recherche de traitement pour le TUA.
<i>RANDALL ET AL (2001)</i>	Réponse au traitement	Essai thérapeutique randomisé	C-DIS DSM-III-R Social phobia and anxiety Inventory Liebowitz social anxiety scale Form-90 instrument	93(44 TCC pour TUA seul, 49 TCC pour TUA+TAS)		Impact positif de la TCC dans les deux groupes sur les mesures de consommation d'alcool et d'anxiété sociale. Effet moindre sur la consommation d'alcool dans le groupe TCC pour les deux conditions.
<i>TIMKO ET AL (2013)</i>	Compliance Réponse au traitement	Longitudinale de suivi	Mini-International Neuropsychiatric Interview Tracking's scale The Addiction Severity Index (ASI)	304		L'anxiété sociale n'était pas corrélée avec le niveau de participation aux groupes d'entraides, un niveau élevé d'anxiété sociale était associé à des résultats pour l'addiction à l'alcool supérieurs à un niveau bas lorsque les patients participaient aux groupes d'entraide.

<p>SCH LENKE NS ET AL (2015)</p>	<p>Rechute</p>	<p>Longitudinale prospective</p>	<p>Addiction severity index (EuropASI)  Mini International Neuropsychiatric Interview for Psychiatric Disorders  The Temperament and Character Inventory</p>	<p>189</p>	<p>La présence d'un trouble anxieux comorbide prédisait spécifiquement la rechute précoce (dans les 3 premiers mois d'abstinence) de la dépendance à l'alcool parmi un échantillon de patients suivis en hospitalisation pour leur trouble de l'usage. Le trouble panique et la phobie sociale étaient les deux troubles anxieux les plus prévalents parmi les rechuteurs précoces.</p>
--	----------------	--------------------------------------	--	------------	---

- **Analyse détaillée des articles :**

a) **Les patients anxieux sociaux sont-ils susceptibles d'être moins compliants à l'égard des soins du trouble de l'usage de l'alcool ? :**

L'enquête de Book et al (2009) a été menée auprès de 103 patients suivis en ambulatoire dans un programme de soins et de prise en charge des addictions à l'alcool ou à d'autres substances. Ils ont comparé 38 sujets (27 femmes et 11 hommes) présentant des scores élevés sur une échelle d'anxiété sociale (*Liebowitz social anxiety scale >60*) à ceux présentant des scores plus faibles, et les ont interrogés sur leur volonté de participer aux activités thérapeutiques à l'aide d'un questionnaire de type Likert. **Les individus présentant une anxiété sociale importante étaient significativement moins volontaires pour s'exprimer dans les groupes thérapeutiques ou pour parler à leurs thérapeutes. Ils rapportaient aussi plus de difficultés pour assister aux séances des groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes (AA) et pour s'y faire superviser. Ils étaient 4 à 8 fois plus susceptibles d'acquiescer au fait que leur timidité interférait avec le traitement**

**de l'addiction.** Une des limites de cette enquête est que le diagnostic de trouble anxieux social était déterminé par l'échelle de Liebowitz (plutôt destinée à apprécier la sévérité du trouble) et non par un outil clinique structuré classique. Une autre limite tient au fait que l'évaluation de la compliance était indirecte, le questionnaire s'attachant aux attitudes et non aux comportements effectifs des sujets, l'un étant malgré tout prédictif de l'autre.

Terra et al (2006) ont examinés l'impact de la phobie sociale sur la participation à un suivi psychothérapeutique standard pour patients dépendants à l'alcool ainsi qu'à des rencontres aux groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes. Cette étude a été menée à Porto Alegre au Brésil, auprès de 300 patients dépendants à l'alcool après sortie d'hospitalisation pour une cure. Ils étaient interrogés par des psychiatres à 3 et 6 mois de suivi après leur sortie. Un quart de l'échantillon de patients (74) répondaient aux critères DSM-IV de phobie sociale (d'intensité légère à sévère). **Les patients porteurs de la comorbidité présentaient une plus grande fréquence de troubles dépressifs ou anxieux autres. A chacun des points du suivi, l'adhésion au traitement était faible et le taux de rechute élevé pour les patients avec ou sans phobie sociale. Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes en termes de rechutes, de participation aux groupes AA ou à la psychothérapie. Parmi les patients participants aux groupes AA cependant, ceux présentant un diagnostic de phobie sociale rapportaient significativement plus d'expériences négatives que les autres, à savoir un sentiment de honte d'avoir à s'y rendre, de se sentir mal après les séances, moins intégrés aux groupes et de moins oser les présider.** A noter que sur ce dernier aspect, cette étude présente certaines limites qui rendent difficile la généralisation, en particulier le taux de participation aux groupes d'entraides qui était extrêmement faible dans les deux groupes (à 3 mois : 10 sur les 64 sujets avec phobies sociales ; 42 sur les 202 sujets sans phobies sociales).

Thevos et al (2000) ont cherché à savoir quelle thérapie produisait les meilleurs résultats sur la dépendance chez les patients dépendants à l'alcool et anxieux sociaux. Ils se sont basés sur les données du projet MATCH, un vaste essai clinique mené sur 1726 patients dépendants réalisé aux États-Unis, dont l'objectif était d'évaluer quels profils de patients dépendants à l'alcool étaient susceptibles d'avoir les meilleurs suivis

et résultats lorsqu'ils étaient assignés à trois thérapies différentes : la thérapie de soutien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), le programme en douze étapes tel que proposé par les Alcooliques-Anonymes. A partir de ces données, 397 sujets en recherche de traitement et présentant un diagnostic de phobie sociale co-occurrent ont été rétrospectivement comparés avec un échantillon randomisé de 397 patients dépendants à l'alcool sans anxiété sociale. La thérapie a été menée en ambulatoire et les groupes étaient comparés sur des mesures auto-rapportées relatives à leur consommation (fréquence, quantité...) pendant toute la durée de la thérapie puis tous les mois pendant un an. Les analyses statistiques mettaient en évidence **une meilleure efficacité sur la rechute de la TCC par rapport au programme en douze étapes pour les femmes présentant une phobie sociale, tandis que c'était l'inverse pour les femmes sans phobie sociale. Chez les hommes avec ou sans phobie sociale, l'efficacité était la même. Il n'y avait pas d'influence particulière du sexe, du diagnostic de phobie sociale ou du type de thérapie sur la compliance (participation aux sessions de thérapie).**

Tonigan et al (2010) en reprenant l'étude de Thevos et al, ont cherché à consolider les résultats obtenus (à savoir que les femmes dépendantes à l'alcool et anxieuses socialement répondaient moins bien au programme en douze étapes des Alcooliques Anonymes que celles sans phobies sociales) ainsi qu'à comprendre pourquoi il en était ainsi. S'appuyant également sur le Projet MATCH avec un échantillon de 133 patients dépendants à l'alcool et anxieux sociaux (35 femmes et 98 hommes) qu'ils ont comparés à un groupe contrôle de patients sans phobies sociales, ils retrouvaient de façon similaire, **une même compliance en termes de participations entre les deux groupes, sans influence du sexe ou du diagnostic de phobie sociale. Alors que les taux de rechutes vers une forte consommation était sensiblement le même après la thérapie pour les deux groupes chez les hommes (40% rechutaient), les femmes avec phobie sociale rechutaient plus vite et plus intensément que les femmes sans (60% contre 40%).** Les auteurs avaient également paramétré « l'engagement dans le groupe » à travers l'acquisition d'un « sponsor » qui est une pratique commune dans les groupes d'entraides des Alcooliques Anonymes et dont la valeur est bien documentée pour maintenir et consolider l'abstinence, mais qui suppose aussi des habiletés sociales relativement développées comme demander et échanger des numéros de téléphones, essayer et gérer un éventuel refus, comprendre



la nature de la relation instaurée avec un sponsor et le fait d'avoir certaines responsabilités... Sur ce dernier aspect également, **les femmes présentant une phobie sociale réussissaient significativement moins à acquérir un sponsor durant la thérapie.** Avec précaution au vu des limites de l'étude et de la complexité des facteurs impliqués, les auteurs suggèrent dans la discussion que ce défaut de supervision dans le groupe a un lien assez direct avec les résultats plus défavorables au programme en douze étapes des patientes présentant ce double diagnostique.

Timko et al (2013) ont examiné l'adhésion aux groupes d'entraides et les résultats en termes de consommation d'alcool à 6, 12 et 24 mois après traitement de la dépendance de patients porteurs du double diagnostic, ils ont aussi évalué si le nombre de symptômes d'anxiété sociale était associé ou non au niveau de participation et si l'anxiété sociale opérait comme un « modérateur » entre niveau de participation et résultats de consommation. Les patients étaient recrutés au sein d'un département hospitalier de santé mentale pour Vétérans à Palo Alto aux États-Unis. 304 patients porteurs du double diagnostic ont été sélectionnés. L'étude retrouvait des niveaux importants d'adhésion aux groupes d'entraides après 2 ans de suivi. Parmi les patients ayant assisté à au moins une rencontre en groupe, 70% étaient abstinents à 2 ans de suivi. **Le niveau d'anxiété sociale n'était pas corrélé avec le niveau de participation aux groupes, mais une plus grande participation au groupe était associée avec des meilleurs résultats de consommation.** De façon contre-intuitive, dans les cas où l'anxiété sociale opérait comme un modérateur entre le niveau de participation et les résultats de consommation, **ce sont les patients les plus anxieux qui bénéficiaient le plus de la participation aux groupes**, probablement selon les auteurs parce que les groupes d'entraides, par l'engagement qu'ils supposent, permettent aux patients les moins dotés en compétences sociales, de construire un sentiment d'efficacité personnelle et d'aptitudes à faire face à leur peur qui les rendent ainsi plus résistants face à l'addiction.

Oakland et al (2014) se sont intéressés aux effets de l'anxiété sociale sur le traitement résidentiel de l'addiction de 128 patients hommes, dépendants à l'alcool seulement ou dépendants à l'alcool et à d'autres substances, en particulier sur la durée de suivi du traitement. Les paramètres pris en compte comprenaient des données démographiques, une auto-évaluation du niveau d'anxiété sociale (échelle IAS),

l'histoire rapportée d'usage de substance, la présence aux groupes thérapeutiques et le nombre total de jours passés en traitement. Dans cette étude, **les patients usagers d'alcool restaient plus longtemps en traitement lorsqu'ils présentaient des niveaux d'anxiété sociale élevés. Pour ceux usagers d'alcool et d'autres substances, il n'y avait pas de relations entre le niveau d'anxiété sociale et le temps passé en soins.**

b) *Les patients anxieux sociaux sont-ils susceptibles de constituer un groupe particulièrement à risque de rechute d'un trouble de l'usage de l'alcool ? :*

Kushner et al (2005) ont testé, à travers une étude prospective, l'hypothèse selon laquelle avoir un trouble anxieux augmentait le risque de rechute de trouble de l'usage de l'alcool après traitement. Ils ont ainsi mesuré les patterns de consommation quotidienne d'alcool ainsi que le statut diagnostique de 82 patients adultes suivis dans un programme de soins pour les addictions en intra d'une durée de 21 jours, une semaine après leur entrée, puis 120 jours plus tard. Les patients étaient recrutés dans un centre universitaire à Minneapolis dans le Minnesota aux États-Unis. **55% des sujets présentaient au moins un trouble anxieux à leur entrée, ces derniers étaient significativement plus enclins à rechuter que les autres. Deux troubles anxieux étaient particulièrement prédictifs de la rechute : le trouble phobie sociale et le trouble panique. Le fait de répondre aux critères de plusieurs troubles anxieux en début de suivi était prédictif pour la présentation ultérieure d'au moins un trouble anxieux « persistant » à l'issue des 120 jours.**

Marquenie et al (2006) ont voulu tester l'hypothèse selon laquelle les patients dépendants à l'alcool en recherche de traitement et porteurs d'un trouble phobique (agoraphobie, phobie sociale) étaient susceptibles de présenter de moins bons résultats à la suite d'une prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool. Ils ont ainsi suivi deux populations de patients, 81 patients porteurs de la comorbidité et 88 patients seulement alcoolo-dépendants. **L'analyse des résultats ne permettait pas de confirmer l'hypothèse que parmi les patients alcoolo-dépendants ayant suivi un traitement pour le trouble de l'usage de l'alcool, ceux présentant ces troubles anxieux comorbides étaient plus à risque de rechute.**

Schellenkens et al (2015), en prenant acte du caractère controversé de l'impact des troubles anxieux sur la rechute des troubles de l'usage de l'alcool, ont cherché à voir dans une étude prospective si les troubles anxieux pouvaient être prédictifs des rechutes précoces (dans les 3 mois qui suivent le sevrage) par opposition aux rechutes tardives (après 3 mois). 189 patients dépendants à l'alcool étaient recrutés au sein d'une clinique spécialisée. **Après un an d'abstinence, 81 patients (53%) avaient rechuté et 9 patients (7%) étaient décédés du fait des conséquences de l'alcool. Un certain nombre de facteurs étaient prédictifs de la rechute : un trouble anxieux comorbide, le statut marital, la sévérité de l'addiction... Parmi les rechuteurs précoces, les trois troubles anxieux les plus prévalents étaient l'agoraphobie puis la phobie sociale et le trouble panique, les troubles anxieux prédisaient aussi spécifiquement la rechute précoce.**

Mellentin et al (2018) ont menés une étude auprès d'une large cohorte de 3197 patients en recherche de traitement ambulatoire pour un trouble de l'usage de l'alcool. **Le taux de prévalence de la phobie sociale avant le début du traitement était de 15%. Les patients avec et sans phobie sociale ne différaient pas en termes de compliance, de suivi du traitement ou d'abandon. La phobie sociale ne prédisait pas non plus les résultats de la prise en charge de la dépendance, aucune différence n'ayant été retrouvée avec des changements sur le taux d'abstinence et des mesures de consommation en comparaison de patients sans la comorbidité.**

c) Les patients comorbides pourraient-ils présenter une meilleure réponse au traitement du trouble de l'usage de l'alcool en cas de prise en charge plus spécifique du trouble anxieux ? :

Randall et al (2001) ont cherché à savoir si la prise en charge conjointe de la phobie sociale et du trouble de l'usage de l'alcool par rapport à la prise en charge seule de la dépendance pouvait aboutir à de meilleurs résultats sur chacun des troubles. Ils ont ainsi mené un essai contrôlé randomisé sur 12 semaines auprès de 93 patients. 44 patients étaient assignés à un programme de thérapie cognitivo-comportementale pour dépendance à l'alcool seule et pour 49 autres, une TCC pour les deux troubles. Les résultats étaient recueillis à 12 semaines de traitement puis à 3 mois après la fin du traitement. Ils mettaient en évidence **un bénéfice des prises en charge dans les**

**deux groupes sur l'anxiété sociale et l'usage de l'alcool. Contrairement à l'hypothèse, le groupe traité pour les deux conditions obtenait de moins bons résultats pour le trouble de l'usage de l'alcool. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes sur les indices d'anxiété sociale.**

Schadé et al (2005) ont essayé de savoir si le fait de traiter les troubles anxieux de patients porteurs du double diagnostic permettait de diminuer le taux de rechute de la dépendance. Ils ont ainsi mené un essai contrôlé randomisé de 32 semaines sur 96 patients abstinents avec une comorbidité de phobie sociale ou d'agoraphobie. 49 patients bénéficiaient d'un programme intensif de prévention de la rechute et pour 47 autres s'y associaient une psychothérapie cognitivo-comportementale et une pharmacothérapie par ISRS. Les données recueillies étaient l'abstinence, le nombre de jours de forte consommation, les symptômes d'anxiété, le pourcentage de rechute à 32 semaines. Les résultats mettaient en évidence **un bénéfice d'une prise en charge additionnelle pour le trouble anxieux sur les symptômes d'anxiété mais pas d'effet significatif sur le taux de rechute ou les modalités de consommation.**

Thomas et al (2008) ont mené une étude afin d'examiner si le traitement par paroxétine, un antidépresseur indiqué et efficace dans le trouble anxieté sociale pouvait aider à réduire les consommations chez les patients porteurs du double diagnostic et en recherche de traitement pour le trouble anxieté sociale et non pour la dépendance à l'alcool. L'essai contrôlé randomisé en double aveugle était mené sur une durée de 16 semaines avec deux groupes de participants (22 placebo, 20 paroxétine). L'usage de l'alcool était paramétré via la quantité, la fréquence de consommation et des mesures relatives à un usage particulier, le « drinking to cope » ou « boire pour faire face » étaient effectuées. **La paroxétine améliorait l'anxiété sociale plus que le placebo et réduisait l'usage particulier dit d'« automédication » que les patients rapportaient (ils buvaient pour d'autres raisons que soulager l'anxiété). En revanche, la paroxétine ne faisait pas mieux que le placebo en termes de quantité et de fréquence de consommation.**

## 6- Cas cliniques :

### **6.1 - Emmanuel** :

Emmanuel est un homme âgé de 40 ans, hospitalisé sur un centre hospitalier général pour prise en charge de « crise convulsive et syndrome confusionnel sur sevrage à l'alcool, premier épisode ».

Mode de vie : maçon, célibataire, sans enfants, il présente un étayage familial soutenant : parents, frère.

Dans ses antécédents somatiques on note :

- un asthme dans l'enfance.
- une appendicectomie à l'âge de 19 ans.

Dans ses antécédents psychiatriques :

- une hospitalisation en clinique psychiatrique à l'âge de 35 ans d'une durée d'un mois pour épisode dépressif caractérisé avec idéations suicidaires réactionnelles à une rupture sentimentale, et résolutif à l'issue d'un suivi psychiatrique et d'un traitement par antidépresseur sérotoninergique d'une durée de 6 mois.
- un suivi pédopsychiatrique et psychologique durant l'enfance puis l'adolescence pour décrochage scolaire et « mal être ».

Dans ses antécédents addictologiques :

- Une consommation importante de cocaïne sur une période de 3 mois précédant l'hospitalisation en clinique sans re-consommations depuis.
- Une consommation d'alcool quotidienne depuis l'âge de 20 ans, essentiellement de vin rouge : de l'ordre de 2 unités par jour pendant 18 ans, puis majorée depuis 2 ans à 5 unités par jour avec au maximum un jour dans la semaine sans consommation, mais à l'issue duquel le patient décrit des symptômes de sevrage de type tremblements des mains et anxiété qui le poussent à re-consommer. Il présente aussi des jours de forte alcoolisation, en général un jour dans la semaine, avec consommation d'une bouteille de vin

rouge (8 verres standards). Il n'a jamais eu de suivi addictologique en dépit de sa volonté ancienne d'en débiter un.

Il ne prend pas de traitement.

L'anamnèse met en évidence qu'Emmanuel a interrompu sa consommation d'alcool 2 jours avant l'arrivée en hospitalisation car il souhaitait définitivement arrêter de boire, il n'était pas au courant du risque de complications liées à un arrêt brutal de consommation.

Les bilans biologiques montrent une macrocytose et une élévation des GGT, les transaminases sont normales. Les toxiques urinaires ne révèlent pas la prise d'autres substances. Les sérologies virales sont négatives.

#### Prise en charge hospitalière :

Il bénéficie d'un traitement de prévention du délirium tremens associant hydratation parentérale, vitaminothérapie B1B6 et traitement par benzodiazépine d'une durée de 5 jours à l'issue desquels les symptômes de sevrage ont largement disparu.

L'avis neurologique ne relève pas la nécessité de mettre en place un traitement antiépileptique au vu du contexte de sevrage de la crise.

Un avis spécialisé addictologique auprès de l'équipe ELSA est demandé par le service : l'évaluation met en évidence l'existence d'un craving à l'alcool, un certain nombre de tentatives pour limiter et arrêter sa consommation qui se sont montrées infructueuses, ainsi qu'une répercussion importante de la consommation sur son travail (absences, prises de risque en état d'alcoolisation) et ses relations amicales et familiales, répercussions dont les proches présents témoignent.

Le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool d'intensité sévère (du fait de la présence de 9 critères selon le DSM-V) est posé. La motivation au changement de consommation est appréciée comme ambivalente (stade de contemplation) mais Emmanuel soutient malgré tout un désir de changement.

Une information sur l'alcool et ses conséquences nocives est délivrée et un objectif de diminution de la consommation est fixé à deux verres/j, un traitement par Baclofène

est introduit, en accord avec les objectifs de réduction de consommation et afin de diminuer le craving. Emmanuel est aussi orienté à la sortie d'hospitalisation pour un suivi sur le centre de consultation spécialisé d'addictologie.

### Suivi ambulatoire :

Le suivi est effectué par un médecin psychiatre/addictologue, la première consultation révèle une symptomatologie anxieuse avec hypervigilance, évitement du regard et sentiment de honte excessif, l'humeur est sur un versant triste, il n'y a pas d'idéations suicidaires. Le discours est cohérent sans idées délirantes verbalisées. Le patient rapporte un sommeil réduit avec difficultés d'endormissement.

Une enquête un peu approfondie met à jour l'existence d'une timidité importante depuis l'enfance qu'il rattache à des intimidations et du harcèlement subit alors qu'il était au collège, puis un arrêt des études en classe de 1<sup>ère</sup>. Un suivi pédopsychiatrique a cependant eu lieu dès la primaire pour répétition d'attaques de panique dans le cadre scolaire.

Il présente un cercle relationnel restreint, ce qu'il déplore : deux amis d'enfance, son frère et ses parents sur qui il a toujours pu compter.

L'usage d'alcool est clairement rattaché à sa timidité avec pour fonction de « se désinhiber » pour entrer en relation avec des inconnus, faire des démarches qu'il juge angoissantes (comme parler à son supérieur hiérarchique), ou encore dans des contextes festifs, tenter de séduire. Usage sans lequel il qualifie d'impossible certains actes de la vie quotidienne impliquant la rencontre d'autrui et qu'il tente alors d'éviter par tous les moyens. Il rapporte aussi un ensemble de stratagèmes en vue de masquer sa consommation comme boire de préférence de la vodka, moins pourvoyeuse « d'odeurs » selon lui.

L'administration d'une échelle d'anxiété sociale (Liebowitz social anxiety scale) et son interprétation révèle une intensité sévère d'anxiété sociale (83 points) avec de nombreuses situations sources d'anxiété et d'évitements (téléphoner en public, travailler en étant observé, manger en public...).

L'administration de l'échelle MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale) qui évalue l'intensité des symptômes de dépression dans des domaines variés, retrouve un score à 23/60 signalant le caractère non négligeable du syndrome dépressif.

L'administration d'un test rapide de dépistage des troubles cognitifs MoCA (Montreal Cognitive Assessment) s'avère être sans particularités.

Un examen physique complet ne met pas en évidence de complications particulières liés aux consommations d'alcool.

Un bilan biologique comprenant numération formule sanguine, plaquettes, bilan hépatique, bilan rénal, bilan lipidique, TSH et ionogramme sanguin montre une élévation des GGT isolée.

Le diagnostic de trouble anxiété sociale (en accord avec les critères du DSM-V) avec symptomatologie dépressive associée et trouble de l'usage de l'alcool comorbide est posé.

#### Accompagnement thérapeutique :

Une prise en charge médicamenteuse est envisagée afin d'agir sur les symptômes anxieux et dépressifs : la paroxétine, un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ayant une indication dans le trouble anxiété sociale est débutée à 20 mg/j.

Le traitement par Baclofène est réadapté afin d'atténuer au mieux le craving à l'alcool, aider à consolider et maintenir la réduction de consommation acquise.

Une prise en charge en hôpital de jour deux fois par semaine, en même temps que le suivi médical tous les mois est proposé, avec notamment la participation à des groupes de transmission et de partage d'expériences sur l'addiction, une psychothérapie en groupe d'orientation cognitivo-comportementale d'affirmation de soi qui inclus techniques de jeux de rôle et apprentissage par imitation, et un repas sur place en commun avec les autres patients.



Emmanuel se montre très réticent dans un premier temps pour assister aux groupes, argumentant que cela n'est pas fait pour lui, qu'il n'y arrivera pas et qu'une prise en charge individuelle est bien plus adaptée dans son cas. Après négociation, il accepte mais se présente les premières fois manifestement alcoolisé et incapable de participer. Il finit toutefois par accepter de s'y rendre sans boire mais y manifeste beaucoup de symptômes anxieux avec attaques de paniques dans un premier temps puis mutisme complet dans le groupe.

Le suivi médical qui comprend les adaptations posologiques du traitement pharmacologique et les entretiens motivationnels, fait apparaître au bout de 6 mois une modification sensible de son état psychique et de son rapport à la consommation :

- Évaluation des consommations : la consommation rapportée se stabilise autour d'un ou deux verres de vin rouge maximum/jour le soir sans prise le week-end ni la veille des venues en hôpital de jour, un bilan biologique de contrôle à 6 mois montre une normalisation des stigmates biologiques de consommation (GGT).
- Évaluation de la motivation : Il évoque une prise de conscience à 4 mois de suivi du caractère « auto-destructeur » de ses conduites d'alcoolisation qu'il met en rapport avec une grande solitude et qualifie l'alcool de « poison » mais ne se croit pas encore en capacité d'en venir à bout. La capacité acquise à 6 mois de suivi, de réussir à maintenir l'objectif fixé est soulignée et valorisée par l'équipe de soin et par le médecin.
- Évaluation du stade de changement : on note un acheminement progressif de la préparation vers l'action, à deux reprises il évoque le désir de « partir en cure » mais se rétracte.
- Évaluation de l'état psychique : on relève une nette amélioration avec régression des symptômes d'anxiété sociale et de dépression (les scores obtenus sur les échelles LSAS et MADRS sont en baisse à 6 mois). En dépit des réticences initiales concernant la participation aux groupes et un vécu qui jusqu'à 4 mois de suivi est décrit comme particulièrement désagréable et source d'anxiété, avec plusieurs vellétés d'abandon, Emmanuel décrit « un tournant » au cours duquel sa perception des séances de thérapie comme situations à risque se révèle à lui-même comme néfaste et inutile, l'empêchant de

rencontrer de nouvelles personnes et le rendant « trop centré » sur lui-même. La psychologue responsable du groupe thérapeutique d'affirmation de soi, favorisant le développement d'un comportement assertif chez les patients (défini comme « un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux de son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier celui des autres ») note alors des progrès dans cette dimension : prise de parole, verbalisation des désaccords dans le groupe sans inhibition ni tension excessive...

À 8 mois de suivi, le désir de partir en cure en vue d'aboutir à une abstinence totale est verbalisée par Emmanuel. Une demande est envoyée dans un centre spécialisé pour un séjour d'un mois.

À 1 an de suivi, Emmanuel est abstinent. Il poursuit le suivi médical et ne vient plus qu'une fois par semaine en hôpital de jour pour participer aux groupes de thérapie d'affirmation de soi car il en ressent toujours « un grand bénéfice ».

## 6.2 - Jennifer :

Jennifer est une femme âgée de 29 ans qui se présente au centre de consultation d'addictologie accompagnée par son conjoint et orientée par son médecin traitant pour évaluation d'une consommation d'alcool et de tabac.

Mode de vie : Vendeuse dans un magasin de vêtements, sans emploi depuis 6 mois, en couple, sans enfants, elle a deux sœurs dont elle se dit très proche.

### Dans ses antécédents somatiques :

- Surpoids avec un IMC à 27
- Hypothyroïdie traitée par Levothyrox 75 microgrammes.

### Dans ses antécédents psychiatriques :

- un suivi pédopsychiatrique à l'âge de 9 ans pour des tics moteurs et une anxiété de séparation lui ayant occasionné des difficultés scolaires.
- Un suivi psychologique à l'adolescence d'une durée de 2 ans pour trouble du comportement alimentaire de type anorexie mentale restrictive.

### Dans ses antécédents addictologiques :

- Une consommation de cannabis à l'adolescence de l'ordre de 3 à 4 joints/j, elle n'en consomme plus depuis l'âge de 25 ans.
- Une consommation de tabac de l'ordre de 15 cigarettes/j, débutée à l'adolescence sans période d'abstinence depuis.
- Une consommation d'alcool déclarée (CDA) quotidienne depuis 1 an, de 2 unités de vin blanc le midi et 2 unités le soir et le week end jusqu'à une bouteille de vin blanc (8 unités) par jour sans jour d'abstinence dans la semaine.

Dans ses traitements on note : Levothyrox 75 microgrammes le matin, Imovane 7,5 mg au coucher.

L'anamnèse met en évidence l'installation progressive depuis 6 mois d'un repli au domicile faisant suite à la démission de son emploi dans lequel elle se sentait « mise en échec » par ses collègues et sa supérieure du fait de « critiques incessantes » sur

sa manière de travailler ayant abouti à « une perte totale de confiance » en elle. Elle décrit également des périodes « d'épuisement professionnel » ayant précédées sa démission en lien avec un investissement intense dans son travail non suffisamment reconnu par ses collègues selon elle.

Elle se présente à la consultation accompagnée par son conjoint car elle explique qu'elle n'aurait pas été capable de venir seule, ce dernier étant la seule personne avec ses sœurs qui la soutienne.

Elle se décrit comme quelqu'un d'anxieux, ce qu'elle considère comme une tare, cherchant activement à le masquer derrière une attitude sérieuse et discrète mais ayant au fond « toujours voulu plaire à tout le monde ».

Elle explique que ces derniers mois ont été difficiles et qu'elle n'a pas vu grand monde car elle a honte de cette décision d'avoir quitté son emploi alors qu'elle avait une « situation ». Les trois derniers mois en particulier, elle a refusé de voir ses amis en ne se rendant plus aux invitations. Cette décision, que son compagnon et ses amis ne comprennent pas, est liée à une remarque qu'elle a jugée blessante lors d'une soirée.

A l'entretien clinique : Jennifer a une présentation soignée et parle avec une voix basse, elle évite le regard et manifeste à plusieurs reprises un rougissement des joues lorsqu'elle répond à certaines questions. Le discours est cohérent et elle ne verbalise pas d'idées délirantes. Elle évoque l'existence d'idées noires sans intentionnalité suicidaire et sans scénario, une humeur triste et un réveil précoce le matin vers 5h30 avec impossibilité de se rendormir. Un examen un peu plus approfondi met en évidence de nombreuses manifestations anxieuses avec des comportements d'évitement qu'elle explique avoir toujours eu comme refuser de se mettre en terrasse d'un café de peur d'être vue en train de manger, changer régulièrement de supermarché ou de boulangerie pour faire ses courses de peur d'avoir à faire la conversation avec le commerçant qui risquerait de la reconnaître, ou encore plus jeune, sa grande peur de parler devant tout le monde en classe ou de passer les examens, à l'origine selon elle de son échec au baccalauréat. L'absence de travail actuel pouvant être mise sur le compte de cette symptomatologie d'évitement, Jennifer expliquant n'avoir pas fait de recherches d'entretiens d'embauches sans en expliquer clairement la raison.

La passation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz relève un score à 85 points mettant en lumière une intensité élevée d'anxiété sociale.

La passation de l'échelle MADRS retrouve un score à 25/60, caractérisant ainsi un syndrome dépressif bien constitué.

#### Concernant les consommations :

- Évaluation de la dépendance au tabac : le Questionnaire de Fagerström retrouve un niveau de dépendance faible (score =4).
- Évaluation/Repérage d'un mésusage d'alcool : le Questionnaire AUDIT retrouve un score à 11 prédisant une forte probabilité de dépendance à l'alcool.
- Évaluation du retentissement physique des consommations : un examen physique complet ne met en évidence aucunes anomalies particulières, seul un discret goitre connu et suivi par son endocrinologue, pas non plus de signes de sevrage de type tremblements. Une examen biologique est réalisé comprenant les marqueurs thyroïdiens revient normal.
- Évaluation de la motivation à l'arrêt : elle est jugée comme ambivalente, Jennifer reconnaissant le caractère problématique de sa consommation mais estimant également qu'elle lui apporte une forme de « soulagement des tensions » sans laquelle elle « craquerait », mettant en évidence l'usage particulier de l'alcool en automédication de l'anxiété.
- Objectif initial fixé de réduction de la consommation à 2 verres/j pour l'alcool et de 5 cigarettes/j.

Diagnostic : Le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool d'intensité modérée selon le DSM-V (présence de 4 critères sur 11) avec trouble anxiété sociale comorbide et symptomatologie dépressive associée est posé.

#### Orientation :

- Un suivi médical auprès d'un psychiatre/addictologue pour soutien motivationnel, information sur les effets néfastes de l'alcool et du tabac sur la santé ainsi que sur le trouble anxiété sociale, la surveillance et l'adaptation du traitement pharmacologique prescrit : Sertraline 50 mg afin d'atténuer les

symptômes anxieux et dépressifs + Aotal 333 mg 3 comprimés/j + Thiamine 500 mg/j dans un objectif de réduction de la consommation d'alcool.

- Un suivi auprès d'une infirmière tabacologue pour surveillance d'une substitution nicotinique prescrite et aide à la réduction de la consommation.
- Un suivi auprès de l'assistante sociale du service afin de l'aider et de la soutenir activement dans la recherche d'un emploi.
- Un suivi psychothérapeutique en groupe d'affirmation de soi est proposé afin de lui permettre d'acquérir un certain nombre d'habiletés sociales et de renforcer une estime de soi fragile mais Jennifer refuse, expliquant que cela ne l'aidera probablement pas à moins boire ou à moins fumer et qu'elle est venue avant tout pour cela.

À 4 mois de suivi, l'état psychique de Jennifer se dégrade : elle verbalise l'existence d'idées noires de plus en plus intenses sans intentionnalité suicidaire mais associées à un niveau d'anxiété élevé et des consommations d'alcool plus importantes, de l'ordre d'une bouteille de vin blanc/j.

Devant la gravité des symptômes et en prévention du risque suicidaire, une hospitalisation en service de psychiatrie est proposée à Jennifer, qu'elle accepte. Un traitement du sevrage en alcool est initié comprenant hydratation per os 2L/jour, vitaminothérapie B1 et benzodiazépines ainsi qu'une réadaptation du traitement antidépresseur.

Après trois semaines d'hospitalisation et un sevrage de l'alcool, l'état clinique de Jennifer s'est beaucoup amélioré : l'humeur est stable et neutre, il n'y a pas d'anxiété ressentie ni manifeste, il n'y a pas de signes de sevrage alcool. Elle verbalise ne pas s'être sentie aussi bien depuis longtemps et dit réaliser combien l'alcool « me mettait par terre, triste et sans énergie », soulignant ainsi le rôle central de la substance alcool dans son fléchissement thymique. On note la persistance d'une timidité et d'un certain retrait dans ses rapports avec les soignants et les autres patients sur l'unité. Après un mois d'hospitalisation, elle sort et reprend le suivi sur le centre de consultation d'addictologie. Elle se laisse finalement convaincre pour débiter une psychothérapie en groupe d'affirmation de soi et malgré un vécu difficile des premières séances, elle poursuit à ce jour la thérapie et reste abstinente à l'alcool.

## 7- Discussion :

Les études empiriques retrouvées dans ce travail, et qui ont analysés la *compliance aux soins* de l'addiction à l'alcool (participation à des groupes, suivi médicaux) des patients porteurs du double diagnostic phobie sociale et trouble de l'usage d'alcool, ne permettent pas de soutenir l'hypothèse selon laquelle ceux-ci constitueraient un groupe particulièrement en difficulté sur cette dimension d'adhésion aux soins. Quatre études n'ayant montré aucune différence significative de cette double condition par rapport à la condition dépendance à l'alcool seule et une autre étude retrouvant même une corrélation positive entre temps passé en soins et niveau élevé d'anxiété sociale. Aucune étude retrouvée ne montrait que la compliance des patients anxieux sociaux en termes de participation était susceptible d'être moins bonne.

En revanche, plusieurs de ces études qui se sont aussi intéressées au *vécu subjectif du traitement*, montraient que ces patients pouvaient appréhender les soins, en particulier en groupe, de façon plus négative du fait de la sévérité de leur timidité, en se sentant moins intégrés et limiter aussi leur engagement au sein des groupes d'entraides (Book et al 2009, Terra et al 2006). Tonigan et al (2010) mettaient en lumière l'impact particulier que l'inhibition sociale avait sur l'implication de femmes souffrant d'anxiété sociale dans une thérapie proposée au sein des groupes « les Alcooliques Anonymes », le programme en 12 étapes, avec la difficulté d'y solliciter de l'aide et une supervision soutenue, à l'origine selon eux des mauvais résultats sur la rechute, retrouvés dans cette étude et déjà aperçus dans une étude précédente (Thevos et al 2000). À noter que cette thérapie, qui est centrale aux États-Unis mais plus marginale en France, utilisée par 90% des groupes d'entraide américains et faisant l'objet de nombreuses publications, a montré une efficacité supérieure dans les groupes de patients sans comorbidité psychiatrique (125).

Deux autres travaux (Timko et al 2013, Oakland et al 2014) retrouvaient que c'était pour les patients les plus anxieux sociaux que l'adhésion aux groupes thérapeutiques et son bénéfice sur la consommation étaient les plus importants, possiblement selon Oakland et al, du fait de l'exposition directe aux peurs qu'implique ce genre de thérapie, sans que cela en constitue pour autant le but, favorisant le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle qui contribuait aussi d'une certaine manière au traitement de l'addiction. Les techniques d'exposition aux peurs ont montré une

efficacité dans la réduction des symptômes d'anxiété sociale et ceci même en dehors d'un cadre formel de thérapie cognitivo-comportementale (Feske et Chambless 1995) (126).

En ce qui concerne *les rechutes* des troubles de l'usage de l'alcool, il est reconnu qu'elles sont conditionnées par de nombreux facteurs et qu'il s'agit d'un phénomène complexe. Une revue récente (Sliedrecht et al, 2019) (127) identifiait les comorbidités psychiatriques, la sévérité de l'addiction, l'existence d'un manque ou craving, l'utilisation d'autres substances, des facteurs sociaux et liés à la santé en générale comme étant associés de façon consistante et significative aux rechutes. À l'inverse, un tissu social soutenant, un sentiment d'efficacité personnelle (« self efficacy ») et des facteurs d'ordre spirituel ou reliés au sens de la vie étaient des facteurs protecteurs de rechutes.

Les résultats des études portant sur la rechute des patients comorbides pour ces troubles sont contradictoires : une étude de suivi sur 6 mois de 169 patients dépendants à l'alcool ne montrait pas de différence dans le taux de rechute entre patients avec et sans phobie sociale (Marquenie et al 2006), de même qu'une autre étude de suivi sur 6 mois (Terra et al 2006). En revanche, Kushner et al (2005) retrouvaient au cours d'une étude prospective auprès de 82 patients dépendants, dont un peu plus de la moitié présentaient divers troubles anxieux, que la comorbidité phobie sociale était le meilleur prédicteur de rechute. Dans l'étude de Tonigan et al (2010) les femmes avec une anxiété sociale rechutaient significativement plus que les femmes sans (60% contre 40%), alors qu'il n'y avait aucune différence entre les deux groupes chez les hommes lorsque ces patient(e)s suivaient le programme en 12 étapes. Une autre étude prospective (Schellenkens et al 2015) menée auprès de 189 patients hommes dépendants à l'alcool mettaient en évidence que les troubles anxieux prédisaient la rechute précoce (dans les 3 premiers mois après sevrage), l'agoraphobie en particulier, la phobie sociale et le trouble panique étant également fréquents parmi les rechuteurs précoces. Enfin, l'étude de Mellentin et al (2018) portant sur un large échantillon de 3197 patients dépendants à l'alcool suivis en ambulatoire retrouvait que les patients avec et sans la comorbidité phobie sociale ne différaient pas en termes d'abandon du traitement et que la présence du trouble anxieux ne prédisait pas d'avantage de rechutes de l'addiction.



Au vu de ces données contradictoires et de la complexité des facteurs impliqués dans le phénomène de la rechute (127), ces données ne permettent pas de soutenir l'hypothèse selon laquelle les personnes qui présenteraient un trouble phobie sociale seraient particulièrement plus à risque de rechutes des troubles de l'usage de l'alcool. Les études ayant montré une différence significative peuvent cependant justifier en pratique une vigilance particulière de la rechute auprès de ces patients, durant la période précoce qui suit le sevrage (dans les 3 mois) et lorsque ce sont des femmes (Tonigan et al, Shellenkens et al).

Les trois travaux retrouvés qui se sont penchés sur les particularités dans la réponse au traitement de l'addiction à l'alcool des patients comorbides montraient que la prise en charge additionnelle (médicamenteuse ou psychothérapeutique individuelle de type TCC) du trouble anxieux, si elle améliorait les symptômes d'anxiété sociale, impactait peu la conduite addictive (quantité, fréquence de consommation, rechute...) (Schadé et al 2005, Thomas et al 2008, Randall et al 2001) suggérant que pour l'aspect thérapeutique, les deux conditions restent relativement indépendantes l'une de l'autre, tout du moins avec les outils de soins utilisés dans ces études.

Il est admis que le trouble de l'usage de l'alcool est largement sous-traité en population générale. Rehm et al (2015) (128) retrouvaient dans une étude portant sur près de 13000 patients dans 6 pays européens différents que seuls 22,3% des patients reconnus comme dépendants à l'alcool par des médecins généralistes avaient reçus une intervention thérapeutique. Rehm et al (2015) ont montrés aussi que les personnes recevant un traitement pour l'addiction à l'alcool en soins primaires ou en services spécialisés pouvaient être caractérisées par des niveaux élevés de désinsertion sociale, de consommation d'alcool, de comorbidités et de pertes fonctionnelles, la recherche d'une aide thérapeutique se faisant généralement tard dans l'évolution du trouble (129). Probst et al (2015) (130) ont également pu montrer qu'un nombre conséquent de patients dépendants n'ayant pas recourt au traitement avançaient comme raison la peur d'être stigmatisé. La stigmatisation associée aux troubles de l'usage d'alcool repose en général sur plusieurs dimensions tels que la potentielle dangerosité (niveaux d'agressions plus élevés sous l'influence de l'alcool) qui est effectivement étayé par plusieurs travaux (131). Mais, la stigmatisation englobe aussi et surtout des aspects ne s'appuyant pas sur des données empiriques mais

plutôt sur des intuitions empreintes de jugements moraux, générales et peu nuancées telles que le fait de percevoir les personnes atteintes du trouble comme étant de faible volonté et responsables de leur maladie. Van Boekel et al (2013) (132) à partir d'une revue de la littérature ont étudié les attitudes des soignants à l'égard des personnes présentant un trouble de l'usage des substances et des conséquences de ces attitudes sur la délivrance des soins. Ils montraient que les attitudes négatives des soignants à l'égard de ces patients étaient communes et contribuaient à réduire l'efficacité des prises en charge. Schomerus et al (2014) (133) ont examinés dans la population allemande l'évolution des représentations sur l'alcool-dépendance entre 1990 et 2011. Les résultats montrent que les mêmes stéréotypes et croyances négatives sont toujours actifs et n'ont pas changé en deux décennies en dépit des progrès dans la connaissance des addictions et de ses déterminants qui échappent en partie voire totalement à la volonté : avec 55% des répondants qui soutiennent que la dépendance à l'alcool est une maladie comme une autre, plus de 40% qui soutiennent qu'il s'agit d'une faiblesse de caractère, 30% pour qui les patients alcool-dépendants sont responsables et ne peuvent s'en prendre qu'à eux même pour ce qui leur arrive.

On peut conjecturer que pour les patients alcool-dépendants potentiellement à risque de stigmatisation chez qui se surajoutent un trouble anxiété sociale, et en amont de toute prise en charge, la recherche d'un soutien thérapeutique doit être particulièrement faible ainsi que le retard à l'initiation d'un traitement adapté marqué, mais aucune étude portant spécifiquement sur cet aspect n'a été retrouvée. En effet, pour la phobie sociale isolée, la recherche d'une aide thérapeutique chez les personnes porteuses de ce diagnostic ne semble se faire que très tardivement au cours de l'évolution du trouble (134), la honte et la peur d'un jugement négatif faisant classiquement partie des émotions fortement ressenties (135).

Nous avons montré dans ce travail que l'influence de la phobie sociale sur l'évolution de l'addiction à l'alcool et son traitement (à travers divers paramètres) paraissait plutôt modeste, ne laissant pas présager d'une évolution plus défavorable qu'en l'absence de ce trouble anxieux, et malgré l'hétérogénéité des méthodologies employés, des échantillons différents de patients étudiés, des limites quant à la généralisation et l'interprétation des résultats, ces données paraissent importantes si l'on se place dans

une perspective clinique, thérapeutique et de prévention, les propositions suivantes en découlent :

- *L'accès aux soins, avec du côté des patients* : une meilleure information par le biais de campagnes en cabinets de médecine générale, dans les centres d'addictologie ou de psychiatrie sur l'existence fréquente de cette comorbidité particulière, des mécanismes psychologiques probables à l'origine de l'évitement des soins, les personnes s'autolimitant ou retardant la confrontation aux soins en raison de peurs d'une évaluation négative (liée à la stigmatisation et/ou de manière plus constitutionnelle chez les personnes présentant une phobie sociale) avec une augmentation du risque de conséquences graves sur la santé.
- *Du côté des soignants* : une meilleure information auprès des soignants sur : l'existence fréquente de cette pathologie duelle, ses caractéristiques épidémiologiques et cliniques, son caractère possiblement problématique pour l'accès aux soins mais non nécessairement péjoratif en ce qui concerne le suivi du traitement de l'addiction ou la rechute, en vue d'une meilleure reconnaissance et compréhension de ce double diagnostic, d'une vigilance dans le suivi de ces patients dans certaines situations (dans les 3 premiers mois qui suivent un sevrage et chez les femmes) et afin d'éviter de sur-stigmatiser encore d'avantage une population de patients qui se restreint déjà grandement à l'égard des soins.
- *Une vigilance particulière pour les patients déjà suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool*, ceux ayant une anxiété sociale comorbide étant susceptibles d'avoir un vécu plus négatif des soins, plus de difficultés pour solliciter de l'aide et pouvant nécessiter une supervision plus soutenue, et/ou une aide psychothérapeutique ou médicamenteuse spécifique pour le trouble anxieux.
- *Sur l'organisation des soins* : avec la promotion d'une approche intégrée pour la prise en charge de ce type de pathologie duelle et/ou d'une meilleure coordination entre secteurs de soins psychiatriques et addictologiques, en offrant une meilleure connaissance des liens unissant les troubles psychiatriques et les troubles addictifs en général et en développant des outils de soins spécifiques.

## **8- CONCLUSION :**

Si les études épidémiologiques ont mis en évidence une prévalence particulièrement élevée du trouble anxieté sociale parmi les personnes présentant une dépendance à l'alcool et à l'inverse de dépendance à l'alcool chez les patients présentant une phobie sociale, ce travail, basé sur une revue de la littérature, suggère que la présence de ce trouble anxieux ne constitue pas un facteur à priori défavorable sur la compliance ou la rechute pour les patients suivis et traités pour un trouble de l'usage de l'alcool. Il nécessite néanmoins une reconnaissance de la part des cliniciens afin de prévenir certaines erreurs, de les accompagner au mieux et peut éventuellement relever d'une prise en charge spécifique, le modèle idéal étant celui des approches intégrées pour ces problématiques en tension entre psychiatrie et addictologie.

## 9- ANNEXES :

### Annexe 1 :

#### Anxiété sociale (phobie sociale)

Critères diagnostiques	300.23(F40.10)
A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours). <b>N.B.</b> : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.	
B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).	
C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété. <b>N.B.</b> : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.	
D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.	
E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.	
F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.	
G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.	

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection.

*Spécifier si :*

**Seulement de performance** : si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

10- Tableau 1. Critères diagnostiques de la phobie sociale dans le DSM-V (American psychiatric Association – 2015)

## Annexe 2 :

Types de situations redoutées	Exemples
Situations de performance	Passer un examen ou un entretien d'évaluation, faire un exposé ou une conférence, lire un texte à une cérémonie, etc.
Situations d'observation	Être regardé (ou se croire regardé) pendant que l'on accomplit quelque chose, ou même sans rien faire de précis : marcher, manger, boire, écrire, conduire, se garer etc...
Situations d'affirmation de soi	Défendre ses droits, donner son point de vue, exprimer ses besoins : négocier des prix, faire une réclamation, dire que l'on n'est pas d'accord, etc.
Situations de révélation de soi	Devoir se révéler de manière un peu approfondie ou impliquant : faire connaissance avec quelqu'un, nouer une relation amicale ou sentimentale, etc.
Situations d'interactions superficielles	Devoir parler avec autrui de manière informelle, superficielle : échanger de banalités avec un voisin, un commerçant, un collègue de travail autour de la machine à café, etc.

Tableau 2. Situations sociales sources de peur (d'après C.André, Manuel de psychiatrie 3<sup>ème</sup> édition, Masson 2017)

### Annexe 3 :

<p style="text-align: center;"><b><u>Émotions</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Peur</u> : vigilance envers l'environnement, attente de la survenue d'un danger sous la forme d'agression ou de désapprobation verbale ou sociale.</li> <li>- <u>Honte</u> : conviction de ne pas avoir su se conformer aux règles du groupe et certitude de s'en trouver dévalorisé ou diminué.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Comportements</u></b></p>	<p><u>Évitements de 2 types :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- « <i>macroévitements</i> » : renoncement à affronter les contextes sociaux.</li> <li>- « <i>microévitements</i> » : évitements plus subtils dans lesquels le sujet a pu ou dû se confronter mais ne peut aller jusqu'au bout de la prise de risque (ex : aller à une soirée mais ne pas parler).</li></ul>



<p><b><u>Cognitions</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u><i>Pensées négatives relatives à soi</i></u> : trouble de l'estime de soi quasi constants avec crainte de révéler son émotivité et ses limites (manque de culture, d'intelligence, de connaissances).</li>   <li>- <u><i>Pensées négatives relatives à autrui</i></u> : certitude que l'on va être observé attentivement, jugé négativement, moqué ou rejeté.</li>   <li>- <u><i>Perfectionnisme</i></u> : les imperfections (les siennes et parfois celles des autres) sont jugées comme étant inacceptables.</li> </ul>
---------------------------------	---

Tableau 3. Symptômes cliniques (d'après C.André, Manuel de psychiatrie 3<sup>ème</sup> édition, Masson 2017).

## Annexe 4 :

### Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Date : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ..... Âge : .....

	<b>ANXIÉTÉ</b> 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	<b>ÉVITEMENT</b> 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
<b>TOTAL</b>	<b>A =</b>	<b>E =</b>
<b>Deux scores : S = Interaction sociale</b>	<b>A.S =</b>	<b>E.S =</b>
<b>P = Performance</b>	<b>A.P =</b>	<b>E.P =</b>

**Annexe 5 :**



**name** \_\_\_\_\_

**date** \_\_\_\_\_

beside each statement below, please tick the box that best describes how you have been feeling during the last week or other agreed time period:

		<b>0: not at all</b>	<b>1: a little bit</b>	<b>2: some -what</b>	<b>3: very much</b>	<b>4: extre -mely</b>
<b>1</b>	I am afraid of people in authority					
<b>2</b>	I am bothered by blushing in front of people					
<b>3</b>	parties and social events scare me					
<b>4</b>	I avoid talking to people I don't know					
<b>5</b>	being criticized scares me a lot					
<b>6</b>	I avoid doing things or speaking to people for fear of embarrassment					
<b>7</b>	sweating in front of people causes me distress					
<b>8</b>	I avoid going to parties					
<b>9</b>	I avoid activities in which I am the centre of attention					
<b>10</b>	talking to strangers scares me					
<b>11</b>	I avoid having to give speeches					
<b>12</b>	I would do anything to avoid being criticized					
<b>13</b>	heart palpitations bother me when I am around people					
<b>14</b>	I am afraid of doing things when people might be watching					
<b>15</b>	being embarrassed or looking stupid are among my worse fears					
<b>16</b>	I avoid speaking to anyone in authority					
<b>17</b>	trembling or shaking in front of others is distressing to me					

**total score =**

Connor KM, et al. *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory*. Br J Psych 2000; 176: 379-386.



## Annexe 6 :

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

---

### Questionnaire CAGE-DETA (Alcool)

1. Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

→ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

## Annexe 7 :

Le questionnaire AUDIT-C
<p><b>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b></p> <p>(0) Jamais (1) 1 fois par moi ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) Au moins 4 fois par semaine</p>
<p><b>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b></p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7 à 9 (4) 10 ou plus</p>
<p><b>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?</b></p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque</p>

Un score  $\geq 3$  chez la femme et  $\geq 4$  chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score  $\geq 10$  dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

## Annexe 8 :

### Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

#### *Le Questionnaire FACE issu du programme Boire moins c'est mieux*

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
<b>1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b>  Jamais <input type="checkbox"/> 0    une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1    2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2    2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3    4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4	
<b>2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b>  Un ou deux <input type="checkbox"/> 0    trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1    cinq ou six <input type="checkbox"/> 2    sept à neuf <input type="checkbox"/> 3    dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
<b>3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b>  Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b>  Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b>  Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4	
<b>TOTAL</b>	

#### Interprétation :

- Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;
- Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.
- Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

## Annexe 9 :

### Score de Cushman

Score	0	1	2	3
<b>Pouls (battements par minute)</b>	< 80	81 – 100	101 – 120	> 120
<b>Pression artérielle systolique (mmHg)</b>	< 135	136 – 145	146 – 155	> 155
<b>Fréquence respiratoire (cycles par minute)</b>	<16	16 – 25	26 – 35	> 35
<b>Tremblements</b>	0	de la main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
<b>Sueurs</b>	0	paumes	paumes et front	généralisées
<b>Agitation</b>	0	discrète	généralisée / contrôlable	généralisée / incontrôlable
<b>Troubles sensoriels</b>	0	gêne par le bruit, la lumière ou prurit	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

## Annexe 10 :

### Échelle de CIWA<sup>r</sup> (échelle de symptômes de sevrage alcoolique)

<b>Point</b>	<b>NAUSÉES ET VOMISSEMENTS</b> « Avez-vous des nausées ? », « Avez-vous vomi ? »	<b>Points</b>	<b>TROUBLES DES PERCEPTIONS AUDITIVES</b> « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? », « Sont-ils stridents ? », « Vous font-ils peur ? », « Entendez-vous un son qui vous perturbe ? », « Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »
0	Ni nausées, ni vomissement	0	Absents
1	Nausées légères sans vomissement	1	Très peu stridents ou effrayants
4	Nausées intermittentes avec haut-le-cœur	2	Peu stridents ou effrayants
7	Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements	3	Modérément stridents ou effrayants
<b>Points</b>	<b>TREMBLEMENTS</b> Évaluer bras tendus et doigts en face de ceux de l'examineur	4	Hallucinations modérément sévères
0	Pas de tremblement	5	Hallucinations sévères
1	Invisibles, mais senti du bout des doigts	6	Hallucinations extrêmement sévères
4	Modérés, lorsque les bras sont tendus	7	Hallucinations continues
7	Sévères, même avec les bras non tendus	<b>Points</b>	<b>TROUBLES DES PERCEPTIONS VISUELLES</b> « La lumière vous paraît-elle trop vive ? », « Sa couleur est-elle différente ? », « Vous fait-elle mal aux yeux ? », « Est-ce-que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? », « Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »
<b>Points</b>	<b>SUEURS PAROXYSTIQUES</b>	0	Absent
0	Pas de sueur visible	1	Très peu sensible
1	Sueurs à peine perceptible, paumes moites	2	Peu sensible
4	Front perlé de sueurs	3	Moyennement sensible
7	Sueurs profuses	4	Hallucinations modérément sévères
<b>Points</b>	<b>ANXIÉTÉ</b> « Vous sentez-vous nerveux ? »	5	Hallucinations sévères
0	Pas d'anxiété, détendu	6	Hallucinations extrêmement sévères
1	Légèrement anxieux	7	Hallucinations continues
4	Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine ainsi une anxiété	<b>Points</b>	<b>CÉPHALÉES</b> « Avez-vous des sensations différentes à la tête ? », « Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étai ? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête légère, évaluer plutôt la sévérité.
7	Équivalents d'états de panique aiguë (comme dans les états délirants sévères ou les réactions schizo-phréniques aiguës)	0	Absentes
<b>Points</b>	<b>AGITATION</b> « Vous sentez-vous nerveux ? »	1	Très légères
0	Activité normale	2	Légères
1	Activité légèrement accrue par rapport à la normale	3	Modérées
4	S'agite et gigote, modérément	4	Modérément sévères
7	Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment	5	Sévères
<b>Points</b>	<b>TROUBLES DES PERCEPTIONS TACTILES</b> « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures des engourdissements ? » « Avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur/ou sous votre peau ? »	6	Très sévères
0	Aucun	7	Extrêmement sévères
1	Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de brûlures, ou d'engourdissement	<b>Points</b>	<b>TROUBLES DE L'ORIENTATION</b> « Quel jour sommes-nous ? », « Où êtes-vous ? », « Qui suis-je ? »
2	Peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur, d'engourdissement	0	Orienté(e) et peut faire des additions en série
3	Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur et d'engourdissement modérés	1	Ne peut faire des additions en séries ou est incertain pour la date
4	Hallucinations modérément sévères	2	Erreur sur la date de moins de 2 jours
5	Hallucinations sévères	3	Erreur sur la date de plus de 2 jours
6	Hallucinations extrêmement sévères	4	Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes
7	Hallucinations continues		



# Annexe 11

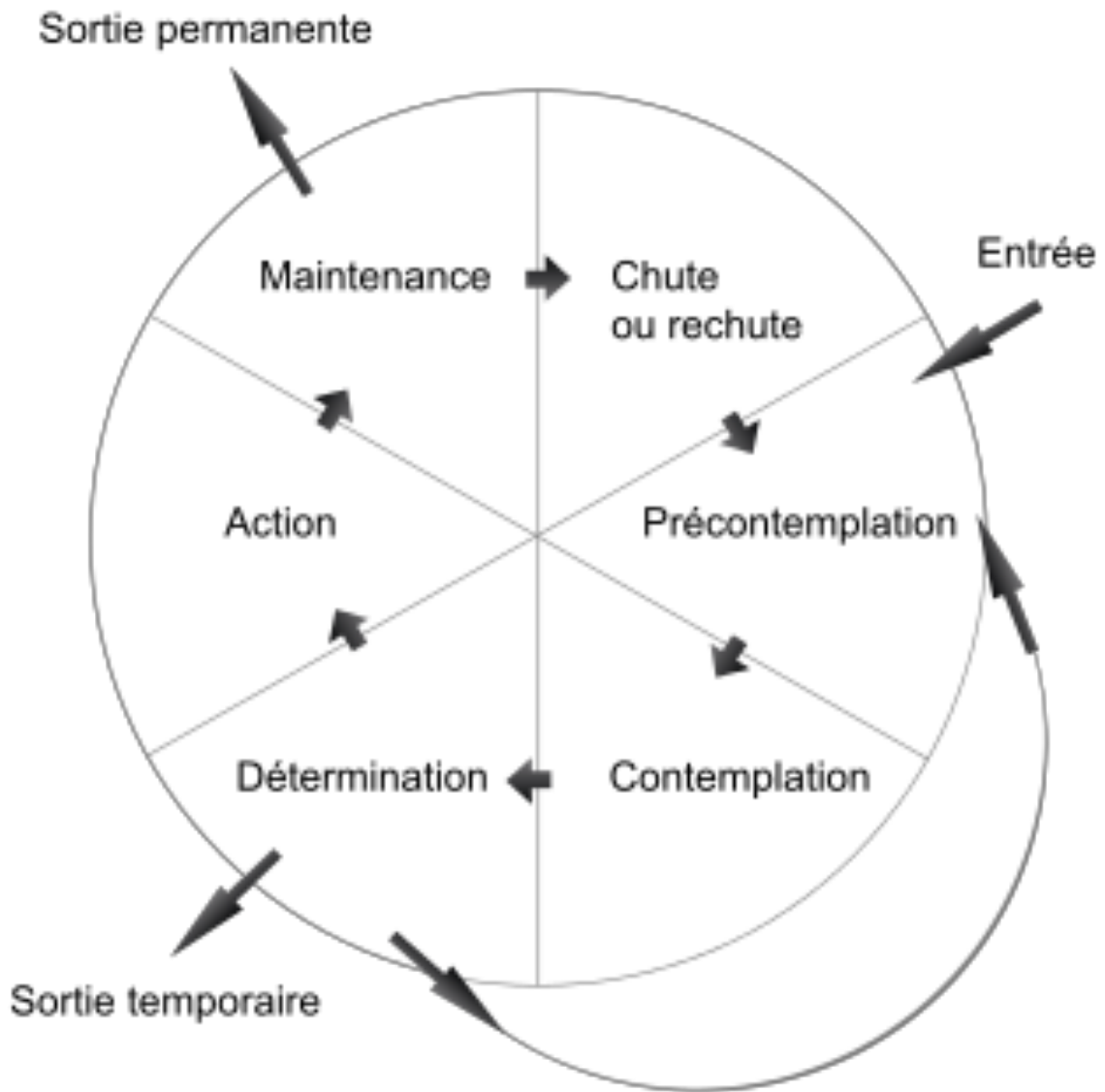
## MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM :  
Scolarité :  
Sexe :

Date de naissance :  
DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF							POINTS		
		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)					
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/5		
DÉNOMINATION									
							___/3		
[ ]	[ ]	[ ]							
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	1 <sup>er</sup> essai	2 <sup>ème</sup> essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).	Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2					___/2		
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					___/1		
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt		___/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]						___/2		
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[ ] _____ (N≥11 mots)					___/1		
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle					___/2			
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement	___/5	
Optionnel	Indice de catégorie								
	Indice choix multiples								
ORIENTATION	[ ] Date	[ ] Mois	[ ] Année	[ ] Jour	[ ] Endroit	[ ] Ville	___/6		
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par : _____		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans							

Annexe 12 :



Modèle Trans-théorique du changement de Prochaska et Di-Clemente

## 11-BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>ème</sup> édition, American Psychiatric Association.
- (2) Péliissolo A, Lépine JP. [Social phobia: historical and conceptual perspectives] *L'encephale*. 1995 Jan-Feb; 21(1):15-24.
- (3) Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *Encephale* 2005;31:182–94.
- (4) Burstein, M., He, J.-P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. Social phobia and subtypes in the National Comorbidity Survey adolescent supplement: Prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2011, 50(9), 870e880.
- (5) Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: Differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 111e120.
- (6) Kagan J, Snidman N, Zentner M, Peterson E. Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Dev Psychopathol* 1999;11:209–24.
- (7) Brockveld, K. C., Perini, S. J., & Rapee, R. M. (2014). Chapter 6-social anxiety and social anxiety disorder across cultures social anxiety (3rd ed., pp. 141e158). San Diego : Academic Press.
- (8) Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Iwasaki Y, Stein DJ. Taijin kyofusho: a form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors? *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001 Sep;4(3):231-7. doi: 10.1017/S1461145701002474.
- (9) K Beesdo-Baum, S Knappe, L Fehm, M Höfler, R Lieb, S G Hofmann, H-U Wittchen. The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Dec;126(6):411-25. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x. Epub 2012 May 26.
- (10) Lépine JP, Péliissolo A. Why take social anxiety disorder seriously? *Depress Anxiety* 2000;11:87–92.
- (11) Stein MB, Kean Y. Disability and quality of life in social phobia. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1606–13.
- (12) Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 629–40.

- (13) Ahmet Koyuncu MD, Ezgi İnce MD, Erhan Ertekin MD, Raşit Tükel MD. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context* 2019; 8: 212573. DOI: 10.7573/dic.212573. (14)
- (14) Katja Beesdo, PhD; Antje Bittner, PhD; Daniel S. Pine, MD; Murray B. Stein, MD, MPH; Michael Hofler, Dipl-Stat; Roselind Lieb, PhD; Hans-Ulrich Wittchen, PhD. Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(8):903-912.
- (15) Jessica J. Black, Duncan B. Clark, Christopher S. Martin, Kevin H. Kim, Thomas J. Blaze, Kasey G. Creswell, and Tammy Chung. Course of Alcohol Symptoms and Social Anxiety Disorder from Adolescence to Young Adulthood. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 June ; 39(6): 1008–1015. doi:10.1111/acer.12711.
- (16) Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230e239.
- (17) Annette Beatrix Brühl, Aba Delsignore, Katja Komossa, Steffi Weidt. Neuroimaging in social anxiety disorder—A meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model. *Rev*. 2014 Nov;47:260-80. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.003.
- (18) Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 650e656.
- (19) Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066e1075.e1061.
- (20) McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *JAMA Psychiatry*, 69(11), 1151e1160.
- (21) Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13. May 2014, ArtID 16, 13.
- (22) Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Blanco, C., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2012). Childhood maltreatment and social anxiety disorder: Implications for symptom severity and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 29(2), 131e138.
- (23) Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 467e473.
- (24) Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., et al. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1e2), 103e112.

- (25) Blote, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., & Westenberg, P. (2015). Social anxiety and the school environment of adolescents. In K. Ranta, A. M. La Greca, L.-J. Garcia- Lopez, & M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp 151e181) xi, 325 pp Cham, Switzerland (pp. 151e181). Switzerland: Springer International Publishing.
- (26) Blote, A. W., Bokhorst, C. L., Miers, A. C., & Westenberg, P. (2012). Why are socially anxious adolescents rejected by peers ? The role of subject-group similarity characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 22(1), 123e134.
- (27) Blote, A. W., Miers, A. C., & Westenberg, P. (2015). The role of social performance and physical attractiveness in peer rejection of socially anxious adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 189e200.
- (28) Pablo José Olivares-Olivares, Pedro Francisco Ortiz-González, José Olivares. Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2019) 19, 41-48.
- (29) Gilbert P. Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:723–51.
- (30) Moukheiber A, Rautureau G, Perez-Diaz F, Soussignan R, Dubal S, Jouvent R, et al. Gaze avoidance in social phobia: objective measure and correlates. *Behav Res Ther* 2010;48:147–51.
- (31) Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, & M. R. Liebowitz (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69e93). New York, NY, US: Guilford Press.
- (32) Blote, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., Clark, D. M., & Westenberg, P. (2014). The relation between social anxiety and audience perception: Examining Clark and Wells' (1995) model among adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(5), 555e567.
- (33) Spence S, Rapee R. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy* 86 (2016) 50e67.
- (34) Stein MaB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008;371: 1115–25.
- (35) Norton, Alice R. (04.2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*. (71)4. p.283 - 301.
- (36) Goodman A. Addiction: definition and implication. *Br J Addict* 1990;85:1403—8.
- (37) Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction* 2017;112(6):968–1001.
- (38) Kalinowski A, Humphreys K (2016) Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries, *Addiction*, 111, 1293–1298.
- (39) Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool; rapport 2016, <http://www.ccomptes.fr> – @Courdescomptes.

- (40) Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Will- eit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 2018;391:1513–23.
- (41) Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 [149 p. <http://www.santepubliquefrance.fr>].
- (42) Collège national des universitaires de psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2016. PUF
- (43) Salaspuro, M. (11.1999). Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review.. *Alcohol* (Fayetteville, N.Y.). (19)3. p.261 - 271. [10.1016/s0741-8329\(99\)00044-0](https://doi.org/10.1016/s0741-8329(99)00044-0)
- (44) Helander A. Biological markers of alcohol-use and abuse in theory and practice. In: Agarwal DP, Seitz HK, editors. *Alcohol in health and disease*. New York: Marcel Dekker; 2001. p. 177—205.
- (45) Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23(2):89–97.
- (46) Lim SS. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2224—60.
- (47) Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, et al. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend* 2005;80:105–6.
- (48) Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):807–16.
- (49) Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(7):830–42.
- (50) Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 13–22.
- (51) Batel P, Pessione F, Maitre C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction* 1995;90:977–80.
- (52) Romberger DJ, Grant K. Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother* 2004;58:77–83.
- (53) Poynard T, Mathurin P, Lai CL, Guyader D, Poupon R, Tainturier MH, et al. A comparison of fibrosis progression in chronic liver diseases. *J Hepatol* 2003;38:257–65.

- (54) Long D, Long B, Koyfman A. The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal. *Am J Emerg Med* 2017;**35**:1005–11.
- (55) Groupe de travail du collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. *Alcoologie et Addictologie* 2014;**36**:335–73.
- (56) Naassila M. Neurobiologie de l'addiction à l'alcool, *Traité d'addictologie*, 2016, Lavoisier.
- (57) Zahr NM. Structural and microstructural imaging of the brain in alcohol use disorders. *Handb Clin Neurol* 2014;**125**:275–90.
- (58) Pitel AL, Segobin SH, Ritz L, Eustache F, Beaunieux H. Thalamic abnormalities are a cardinal feature of alcohol-related brain dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;**54**: 38–45.
- (59) Verdejo-García A, Pérez-García M. Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug Alcohol Depend* 2007;**90**:48–55.
- (60) Rosenbloom JM, Rohlfing T, O'Reilly AW, Sassoon SA, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Improvement in memory and static balance with abstinence in alcoholic men and women: selective relations with change in brain structure. *Psychiatry Res* 2007;**155**: 91–102.
- (61) Taieb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, et al. Alexithymia and alcohol dependence. *Ann Med Interne* 2002;**153** (3 S):1S51–60S.
- (62) Oscar-Berman M, Valmas M, Sawyer KS, Ruiz SM, Luhar R, et al. Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychological processes in alcoholism. *Handb Clin Neurol* 2014;**125**:183–210.
- (63) Dematteis M, Pennel L, Mallaret M. Alcool et démence. In: Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, editors. *Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. p. 164–79.
- (64) Vabret F, Boudehent C, Blais AC, Lannuzel C, Eustache F, et al. Profil neuropsychologique des patients alcoolo dépendants. *Alcoologie et Addictologie* 2013;**35**:215–23.
- (65) WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2018.
- (66) Andre F Carvalho, Markus Heilig, Augusto Perez, Charlotte Probst, Jürgen Rehm. Alcohol use disorders. *Lancet* 2019; **394**: 781–92.
- (67) Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res* 2016; **38**: 83–94.
- (68) Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol attributable mortality: a systematic review and metaanalysis. *Drug Alcohol Rev* 2015; **34**: 267–77.
- (69) Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med* 2015; **45**: 1061–72.

- (70) Wall TL, Luczak SE, Hiller-Sturmhöfel S. Biology, genetics, and environment: underlying factors influencing alcohol metabolism. *Alcohol Res* 2016;38:59–68.
- (71) Helton SG, Lohoff FW. Pharmacogenetics of alcohol use disorders and comorbid psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2015;230:121–9.
- (72) Clarke TK, Adams MJ, Davies G, et al. Genomewide association study of alcohol consumption and genetic overlap with other healthrelated traits in UK Biobank (N=112 117). *Mol Psychiatry* 2017; 22: 1376–84.
- (73) Pandey SC, Kyzar EJ, Zhang H. Epigenetic basis of the dark side of alcohol addiction. *Neuropharmacology* 2017; 122: 74–84.
- (74) Casswell S, Huckle T, Wall M, et al. Policy relevant behaviours predict heavier drinking and mediate the relationship with age, gender and education status: analysis from the International Alcohol Control study. *Drug Alcohol Rev* 2018; 37 (suppl 2): S86–95.
- (75) Chartier KG, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19: 493–504.
- (76) Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *Addiction* 2017; 112: 1142–62.
- (77) Castaldelli Maia JM, Bhugra D. Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture—insights from a systematic review. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26: 352–67.
- (78) C. Dano, F. Le Geay, M. Brière. Diagnosis and management of alcohol-use disorders . *L'Encéphale* (2014) 40, 276—285.
- (79) Adamson SJ, Heather N, Morton V, et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):136—42.
- (80) Szerman N, Peris L. Precision Psychiatry and Dual Disorders. *Dual Diagnosis journal*. Oct-Dec 2018;14(4):237-246. doi: 10.1080/15504263.2018.1512727.
- (81) SAMHSA releases revised and updated treatment improvement protocol on co-occurring disorders. *Psychiatr Serv Wash DS*, 2005, 56 : 371.
- (82) D A Regier ,M E Farmer, D S Rae, B Z Locke, S J Keith, L L Judd, F K Goodwin. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511-8.
- (83) Kessler, Ronald C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. (56)10. p.730 - 737. [10.1016/j.biopsycho.2004.06.034](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.06.034)
- (84) Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE Lecture 1998. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 2-9.
- (85) Mueser, K T. (11.1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*. (23)6. p.717 - 734.



- (86) Volkow, Nora D. (11.2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological psychiatry* (1969). (56)10. p.714 - 717.
- (87) Kendler, Kenneth S. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*. (60)9. p.929 - 937.
- (88) Benyamina Amine, Boumendjel May (2016). Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge. *Traité d'addictologie*. Lavoisier.
- (89) Fédération Addiction. Repères. Addictions et troubles psychiatriques. 2019
- (90) Van Emmerik-Van Oortmerssen, Katelijne. (2013). Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial.. *BMC psychiatry*. (13)1. p.132.
- (91) Riper, Heleen. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis.. *Addiction* (Abingdon, England). (109)3. p.394 - 406.
- (92) Substance abuse and mental health services administration, SAMSAH. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders updated 2020.
- (93) Dervaux A, Laqueille X. Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance (2018) *Presse Med*. 2018 ; 47: 575–585.
- (94) Kranzler, Henry R. (2003). Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders.. *The American journal on addictions*. (12)s1. p.s26 - s40.
- (95) Kessler, R C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. (54)4. p.313 - 321.
- (96) Regier, D A. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.. *JAMA*. (264)19. p.2511 - 2518.
- (97) Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):807–16.
- (98) Schneier (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*. (40)6. p.977 - 988.
- (99) Mellentin, Angelina Isabella. (2018). Comorbid social phobia does not predict the outcome in alcohol use disorder outpatient treatment. *Drug and alcohol dependence*. (193). p.148 – 153.
- (100) Gilles, Donna M. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive behaviors*. (31)3. p.388 - 398.

- (101) Thomas, Suzanne E. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. (27)12. p.1937 – 1943.
- (102) Carrigan, Maureen H. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literature.. *Addictive behaviors*. (28)2. p.269 - 284.
- (103) Buckner, Julia D. (03.2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depression and anxiety*. (30)3. p.276 - 284.
- (104) Turner, Sarah. (09.2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and anxiety*. (35)9. p.851 - 860.
- (105) Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001;158:1693–1700.
- (106) Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, et al. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *J Psychiatr Res* 2008;42:230–239.
- (107) Buckner, Julia D. (06.2011). Social anxiety and alcohol problems: the roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *Journal of anxiety disorders*. (25)5. p.631 - 638.
- (108) Falk, Daniel E. (04.2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug and alcohol dependence*. (94)1-3. p.234 - 245.
- (109) Logrip, Marian L. (04.2011). Role of corticotropin-releasing factor in drug addiction: potential for pharmacological intervention. *CNS drugs*.(25)4. p.271 - 287.
- (110) Schadé, Annemiek(2004). Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol and alcoholism (Oxford)*. (39)3. p.241 - 246.
- (111) Yoshimi, N.T., Campos, L.M., Simão, M.O., Torresan, R.C., Torres, A.R., 2016. Social anxiety symptoms in alcohol-dependent outpatients: prevalence, severity and predictors. *J. Bras. Psiquiatr*. 65, 117–126.
- (112) Tonigan, J.S., Book, S.W., Pagano, M.E., Randall, P.K., Smith, J.P., Randall, C.L., 2010. 12-Step therapy and women with and without social phobia: a study of the effectiveness of 12-step therapy to facilitate AA engagement. *Alcohol Treat. Q*. 28 (2), 151–162.
- (113) Marquenie, L.A., Schade, A., Van Balkom, A.J.L.M., et al., 2006. Comorbid phobic disorders do not influence outcome of alcohol dependence treatment. Results of a naturalistic follow-up study. *Alcohol Alcohol* 41 (2), 168–173
- (114) Terra, M.B., Barros, H.M.T., Stein, A.T., et al., 2006. Does co-occurring social phobia interfere with alcoholism treatment adherence and relapse ? *J. Subst. Abuse Treat*. 31 (4), 403–409.

- (115) Mellentin, Angelina Isabella (2018). Comorbid social phobia does not predict the outcome in alcohol use disorder outpatient treatment. *Drug and alcohol dependence*. (193). p.148 – 153.
- (116) Kushner, M.G., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K.L., Brekke, M., Sletten, S., 2005. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 29 (8), 1432–1443.
- (117) Book, Sarah W. (2009). Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment. *Addictive behaviors*. (34)5. p.474 - 476.
- (118) Oakland, Andrew. (2014). Polysubstance use, social anxiety, and length of treatment for alcohol use disorders. *Journal of dual diagnosis*.(10)1. p.3 - 8.
- (119) Thevos, A.K., Roberts, J.S., Thomas, S.E., Randall, C.L., 2000. Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addict. Behav.* 25 (3), 333–345.
- (120) Schade, A., Marquenie, L.A., van Balkom, A.J.L.M., et al., 2005. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 29 (5), 794–800.
- (121) Thomas, S.E., Thevos, A.K, Randall, C.L., 1999. Alcoholics with and without social phobia: a comparison of substance use and psychiatric variables. *J. Stud. Alcohol* 60 (4), 472–479.
- (122) Randall, C L. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments.. *Alcoholism, clinical and experimental research*. (25)2. p.210 - 220.
- (123) Timko, Christine. (2013). Dually diagnosed patients benefits of mutual-help groups and the role of social anxiety. *Journal of substance abuse treatment*. (44)2. p.216 - 223.
- (124) Schellekens, A F A. (2015). Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. *European psychiatry*. (30)1. p.128 - 136.
- (125) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes.. *Alcoholism, clinical and experimental research*. (22)6. p.1300 - 1311.
- (126) Feske, Chambless (1995) Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior therapy*.
- (127) Sliedrecht, Wilco (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry research*. (278). p.97 - 115.
- (128) Rehm J (2015). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of family medicine*. (13)1. p.28 - 32.
- (129) Rehm, J. (2015). Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union ? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *European psychiatry*. (30)8. p.885 - 893.

- (130) Probst, Charlotte. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance abuse treatment, prevention and policy*. (10). p.32.
- (131) Richard-Devantoy, S. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *Encéphale*. (35)6. p.521 - 530.
- (132) Van Boekel, Leonieke C. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*. (131)1-2. p.23 - 35.
- (133) Schomerus, Georg. (2014). Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals : persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European addiction research*. (20)6. p.293 - 299.
- (134) Ertekin, Erhan. (2015). Predictors of early or late treatment seeking in patients with social anxiety disorder.. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. (27)4. p.236 - 241.
- (135) Zimmerman, Jacob. (2015). Social anxiety, submissiveness, and shame in men and women: a moderated mediation analysis. *British journal of clinical psychology*. (54)1. p.1 - 15.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.





## **Le double diagnostic trouble anxiété sociale - trouble de l'usage de l'alcool : Quelle influence du trouble anxieux sur l'évolution de l'addiction et son traitement ?**

### **Résumé :**

#### **Contexte :**

La coexistence d'un trouble psychiatrique et d'un trouble de l'usage des substances, appelée pathologie duelle, est un élément récurrent dans le champ des soins psychiatriques et addictologiques. Les cliniciens sont ainsi fréquemment confrontés à la comorbidité entre trouble anxieux et alcool-dépendance. La phobie sociale, caractérisée par une peur intense du regard et du jugement d'autrui associée à des comportements d'évitement des situations d'interactions sociales, est un des plus prévalent chez les patients suivis pour une addiction à l'alcool.

Plusieurs études empiriques se sont penchées sur l'impact de ce trouble psychiatrique sur la compliance, la rechute et la réponse au traitement de l'addiction chez les patients suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool.

L'objectif de ce travail, après avoir exposé chacun des troubles, leurs interactions et la problématique plus générale des doubles diagnostics en psychiatrie et addictologie, est d'analyser comment ce trouble anxieux peut affecter l'évolution du trouble addictif et son traitement chez les patients porteurs de la comorbidité, par le biais d'une revue de la littérature. Deux cas cliniques illustreront les difficultés singulières que ces patients rencontrent, en particulier dans les relations interpersonnelles et qui sont à priori susceptibles de générer un impact péjoratif sur la prise en charge de l'addiction.

#### **Méthode :**

Une recherche systématique a été réalisée sur les moteurs de recherche PubMed, ScienceDirect, PsycArticles avec les mots-clés suivants « Social anxiety disorder » OR « Social phobia » AND « Alcohol use disorder » AND « Treatment », 13 articles ont été sélectionnés en accord avec les objectifs.

#### **Résultats :**

La présence d'un trouble anxiété sociale comorbide d'un trouble de l'usage de l'alcool ne paraît pas constituer un facteur à priori défavorable sur la compliance au traitement et la rechute de l'addiction, les deux troubles semblent aussi avoir une relative indépendance sur le plan thérapeutique.

#### **Conclusion :**

Une reconnaissance de ce trouble anxieux est néanmoins nécessaire pour mener à bien les soins de cette pathologie duelle et éviter certaines erreurs, le modèle idéal de prise en charge étant celui des approches intégrées.

**Mots clés :** trouble anxiété sociale, phobie sociale, addiction à l'alcool, trouble de l'usage de l'alcool, double diagnostic, pathologies duelles, approches intégrées.