



HAL
open science

Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif

Arnaud Charpy

► **To cite this version:**

Arnaud Charpy. Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-03470444

HAL Id: dumas-03470444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470444>

Submitted on 8 Dec 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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

CHARPY, Arnaud

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2020

Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif.

Directeur de thèse : Monsieur CABÉ Julien, Docteur, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur DIONET Léo, Docteur, Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

CHARPY, Arnaud

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2020

Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif.

Directeur de thèse : Monsieur CABÉ Julien, Docteur, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur DIONET Léo, Docteur, Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



1. UFR DE MEDECINE

ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

A. PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

B. PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Étienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

À mon président de jury, le Professeur Georges BROUSSE,

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir épaulé et guidé tout au long de ce travail. Vous avez immensément contribué à l'enrichissement de mes connaissances théoriques et pratiques en psychiatrie et en addictologie. J'espère que ce travail pourra constituer un témoignage de l'estime que je vous porte.

A mon directeur de thèse, le Docteur Julien CABÉ,

Tu me fais un grand honneur en acceptant de diriger ce thèse. Je te remercie de m'avoir guidé, épaulé, soutenu et encouragé tout au long de ce travail. La confiance, la bienveillance, la patience et la disponibilité dont tu as fait preuve ont été particulièrement précieuses. Je suis très reconnaissant d'avoir pu bénéficier de tes connaissances théoriques et pratiques dans le cadre de ce travail mais également dans le cadre de mes nombreux stages. J'espère que ce travail sera à la hauteur de l'estime et de la reconnaissance que je te porte.

Au Professeur Pierre-Michel LLORCA,

Je suis particulièrement reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger au sein de ce jury. Vos apports théoriques et vos conseils bienveillants ont énormément contribué à l'enrichissement de ma pratique. J'espère que ce travail pourra témoigner de la reconnaissance et de l'estime que je vous porte.

Au Professeur Nicolas AUTHIER,

Je vous remercie de m'honorer de votre présence au sein de ce jury. Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail. Je suis très reconnaissant de la confiance et de la bienveillance que vous m'avez toujours témoigné. J'espère que ce travail sera à la hauteur de l'estime que je vous porte.

Au Docteur Léo DIONET,

Je te remercie chaleureusement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Je suis particulièrement reconnaissant d'avoir bénéficié de tes connaissances théoriques et pratiques, de ta bienveillance, de ta disponibilité, de ta gentillesse, et de ton écoute inestimables. J'espère que ce travail sera à la hauteur de la reconnaissance et de l'estime que je te porte.

Je remercie sincèrement tous les médecins psychiatres et tous les soignants qui m'ont accompagné pendant mon internat. Votre compagnonnage a été indispensable pour l'élaboration de ce travail et pour l'enrichissement de mes connaissances.

À mon père, à ma défunte mère, je vous remercie pour votre soutien et votre confiance inébranlables. Votre amour, votre bienveillance et votre tolérance ont toujours été inestimables. A ma sœur, à ma nièce, je vous adresse tout mon amour.

À tous mes amis, merci pour ces souvenirs inoubliables, pour votre soutien et votre amour, et pour tous ces merveilleux moments à venir. J'adresse des remerciements tous particuliers à Alexis pour son amour et son soutien, à mon amie Myriam pour son aide dans l'élaboration de ce travail, à mon amie Ana-Maria pour son aide précieuse au quotidien, à Claire, Marie pour l'amitié et le soutien qu'elles me témoignent ; à Achille, Charlotte, Marine, Ulysse, Julie, Emilie, Maixent, Juliette, Estelle, Nicolas, Elisa, et tant d'autres.. ; à l'équipe de l'UPSI, de l'UAEO, de SATIS, de Ste Agathe 2, et tous les autres : MERCI !

Table des matières

Introduction	14
1. Revue de la littérature.....	16
A. Concept d'alexithymie	16
1. Préalables au concept d'alexithymie	16
2. Première définition de l'alexithymie.....	17
3. Révisions du concept d'alexithymie	18
4. Alexithymie primaire et alexithymie secondaire	20
5. Hypothèses neurobiologiques autour de l'alexithymie	21
6. Intérêts et limites du concept d'alexithymie	24
B. Étude de l'alexithymie en population générale	25
1. Prévalence et score de l'alexithymie en population générale française	25
2. Prévalence de l'alexithymie en population générale internationale.....	26
3. Facteurs sociodémographiques et alexithymie.....	27
C. Alexithymie et troubles psychiatriques	30
1. Alexithymie et troubles de l'humeur.....	30
2. Alexithymie et troubles anxieux	31
3. Alexithymie et syndrome de stress-post traumatique	31
4. Alexithymie et troubles du spectre de la schizophrénie.....	32
D. Alexithymie et troubles addictologiques.....	34
1. Alexithymie et trouble de l'usage de substances	34
2. Alexithymie et trouble de l'usage d'alcool	37
3. Alexithymie et trouble de l'usage de cocaïne	39
4. Alexithymie et trouble de l'usage de cannabis.....	41
5. Alexithymie et trouble de l'usage d'opiacés	42
6. Alexithymie et sevrage d'une substance psychoactive	43
E. Échelles psychométriques mesurant l'alexithymie	45
1. Le Beth Israël Questionnaire.....	45
2. La Schalling Sifneos Personality Scale.....	45
3. La Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire	46
4. La Toronto Alexithymia Scale	47
5. Le California Q-set Alexithymia Prototype	49
6. L'Observer Alexithymia Scale.....	50

7.	Analyse comparative des échelles psychométriques de l'alexithymie.....	51
2.	Matériels et méthodes.....	52
A.	Présentation synthétique de l'étude.....	52
B.	Présentation du protocole REMOFA	53
1.	Hypothèse de recherche :	53
2.	Objectifs de l'étude	53
3.	Description de l'étude	55
4.	Population étudiée	55
5.	Méthodologie de l'étude.....	57
6.	Réalisation pratique du protocole.....	58
7.	Données recueillies	64
8.	Considérations statistiques	65
3.	Résultats	68
A.	Analyse descriptive de l'échantillon	68
1.	Données sociodémographiques	68
2.	Caractéristiques cliniques de l'échantillon.....	69
3.	Caractéristiques addictologiques de l'échantillon.....	73
4.	Caractéristiques des traitements de substitution de l'échantillon.....	76
5.	Étude de l'alexithymie dans notre échantillon	77
B.	Analyse comparative des groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques	78
1.	Analyse comparative des données sociodémographiques.....	78
2.	Analyse comparative des caractéristiques psychiatriques.....	80
3.	Analyse comparative des caractéristiques addictologiques	86
4.	Comparaison des traitements de substitution	91
5.	Comparaison des sous-dimensions à la TAS	92
6.	Autres analyses complémentaires	92
7.	Comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature	94
4.	Discussion	100
A.	Discussion autour des résultats de l'étude.....	100
1.	Discussion autour des caractéristiques de l'échantillon de sujets	100
2.	Discussion autour de l'alexithymie dans notre échantillon.....	102
3.	Discussion autour de l'analyse comparative des groupes alexithymiques et non-alexithymiques	106
B.	Discussion autour des biais méthodologiques et des limites de notre étude.....	109
1.	Biais de sélection.....	109
2.	Biais de passation	110

3. Biais d'attrition.....	110
4. Biais inhérents aux questionnaires utilisés.....	111
5. Limites de notre étude	113
Conclusion	114
Références bibliographiques.....	116
Annexe I. MoCA	124
Annexe II. Critères de sévérité de la dépendance à une substance (DSM-5).....	125
Annexe III. Résultats de l'étude LITTE (Guilbaud et al.).....	126

Liste des tableaux et figures

TABLEAU 1 - DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	69
TABLEAU 2 - DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES PSYCHIATRIQUES ET NEUROCOGNITIVES DE L'ECHANTILLON.....	72
TABLEAU 3 - DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES ADDICTOLOGIQUES DE LA POPULATION	75
TABLEAU 4 - DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES DES TSO DE NOTRE POPULATION	76
TABLEAU 5 - MESURE DE L'ALEXITHYMIE DANS LA POPULATION (PREVALENCE, SCORE MOYEN)	77
TABLEAU 6 - ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ENTRE LES GROUPES NA ET A.....	80
TABLEAU 7 - ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTERISTIQUES PSYCHIATRIQUES ENTRE LES GROUPES NA ET A.....	85
TABLEAU 8 - ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTERISTIQUES ADDICTOLOGIQUES ENTRE LES GROUPES NA ET A	90
TABLEAU 9 - ANALYSE COMPARATIVE DES CARACTERISTIQUES THERAPEUTIQUES ENTRE LES 2 GROUPES	91
TABLEAU 10 - ANALYSE COMPARATIVES DES SCORES AUX SOUS-DIMENSIONS DE LA TAS-20 ENTRE LE GROUPE NA ET A..	92
TABLEAU 11 - ANALYSE COMPARATIVE DE LA PREVALENCE DE L'ALEXITHYMIE ENTRE NOTRE ECHANTILLON ET LA POPULATION TEMOIN DE L'ETUDE LITTE	97
TABLEAU 12 - ANALYSE COMPARATIVE DU SCORE A LA TAS-20 DE NOTRE ECHANTILLON AVEC LA POPULATION TEMOIN...	97
TABLEAU 13 - ANALYSE COMPARATIVE DE LA PREVALENCE DE L'ALEXITHYMIE ENTRE NOTRE ECHANTILLON ET UN ECHANTILLON DE TOXICOMANES DE L'ETUDE LITTE.....	99
TABLEAU 14 - ANALYSE COMPARATIVE DES SCORES A LA TAS-20 ENTRE NOTRE POPULATION ET L'ECHANTILLON DE TOXICOMANES DE L'ETUDE LITTE	99

Liste des abréviations

A : Alexithymiques

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDI : *Beck Depression Inventory* ou Échelle de dépression de Beck

BIQ : *Beth Israël Questionnaire*

BVAQ : *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*

CAQ-AP : *California Q-set Alexithymia Prototype*

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11^e version

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIF : *Difficulties Identifying Feelings* ou Difficultés à identifier ses émotions

DDF : *Difficulties Describing Feelings* ou Difficultés à décrire ses émotions

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e version

EDM : Épisode dépressif majeur

EOT : *External Oriented Thinking* ou Pensées orientées vers l'extérieur

IV : Intraveineux

MINI : *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

MoCA : *Montreal Cognitive Assessment*

NA : Non-alexithymiques

OAS : Observer Alexithymia Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSPS : *Schalling-Sifneos Personality Scale*

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

TAS : *Toronto Alexithymia Scale*

TAS-20 : *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items

TAS-26 : *Toronto Alexithymia Scale* à 26 items

TP : Trouble Panique

TREF : Test de Reconnaissance des Émotions Faciales

TSO : Traitement substitutif aux opiacés

TUA : Trouble de l'usage d'alcool

TUO : Trouble de l'usage d'opiacés

TUS : Trouble de l'usage de substances

UHR : Ultra-haut risque

Introduction

La dépendance aux opiacés et aux opioïdes, dont le diagnostic est actuellement référencé dans le DSM-5 (1) en tant que « trouble de l'usage d'opiacés », est un problème de santé publique majeur. En effet, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité liées aux consommations d'opiacés et d'opioïdes depuis une quinzaine d'années sont décrites comme préoccupantes, notamment par l'OMS (2).

L'alexithymie est un terme inventé par Sifneos désignant l'absence de mots pour qualifier ses émotions (3). De nombreuses données de la littérature suggèrent que l'alexithymie constituerait un facteur de risque de nombreuses pathologies, notamment psychiatriques et addictologiques. L'analyse des relations entre troubles psychiatriques et alexithymie ont fait l'objet de nombreuses publications. Cependant, l'étude des liens avec les troubles addictologiques ont été moins étudiés, particulièrement en ce qui concerne le trouble de l'usage d'opiacés. Pourtant, quelques études suggèrent que les sujets souffrant de ce trouble seraient plus alexithymiques que la population générale, et que l'alexithymie constituerait un facteur de risque de développer une dépendance aux opiacés, à l'instar des données existantes sur la dépendance à l'alcool.

Après une brève revue des connaissances actuelles sur le concept d'alexithymie et de ses relations avec les troubles psychiatriques et addictologiques, nous présenterons notre étude de l'alexithymie au sein d'un échantillon de patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif oral ou sublingual.

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence de l'alexithymie et le score moyen à la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items au sein de notre échantillon de patient. Nous procéderons également à une comparaison des groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques de notre échantillon, puis à une comparaison de nos résultats avec des données récentes de la littérature sur le sujet (population témoin, échantillon de toxicomanes).

Nous prendrons en considération l'influence des caractéristiques sociodémographiques, cognitives, psychiatriques et addictologiques de nos sujets sur nos résultats.

1. Revue de la littérature

A. Concept d'alexithymie

Le concept de l'alexithymie a été inventé en 1973 par P.E. Sifneos (3), psychanalyste américain exerçant à Boston, et fût présenté pour la première fois par ce dernier lors de la IX^{ème} conférence européenne de psychosomatique à Vienne.

Au sens étymologique, l'alexithymie correspond à une « absence de mots pour décrire les émotions » (3,4). Ce terme est issu du grec : le « a » ayant un sens privatif ; « lexis » signifiant les mots ; et « thymos » les émotions, l'humeur (4). L'alexithymie correspond donc à « la difficulté ou l'incapacité à exprimer verbalement ses émotions » (3).

Ce concept dérive des travaux de recherche menés antérieurement par J. Ruesch (5) puis par P. Marty (6) autour de l'observation clinique de patients présentant des symptômes psychosomatiques. Les travaux de Sifneos ont mis en évidence une prépondérance de particularités cognitives et affectives chez des patients souffrant de symptômes psychosomatiques ne répondant à une prise en charge psychothérapique (3).

1. Préalables au concept d'alexithymie

En 1948, J. Ruesch observe des perturbations de l'expression verbale et symbolique chez des patients souffrant de troubles psychosomatiques. Il décrit ces patients comme souffrant de « personnalités infantiles », suggérant l'hypothèse d'un défaut de développement émotionnel chez ces derniers (5).

En 1963, Marty et al. décrivent chez des patients souffrant de pathologies psychosomatiques « un mode de pensée utilitaire » et une « absence manifeste de vie imaginaire et fantasmatique ». Ils qualifient ce mode de pensée comme une « *pensée opératoire* » (6).

En 1970, Krystal et al. rapportent des caractéristiques semblables chez des patients souffrant de syndromes de stress post-traumatiques graves ou de toxicomanie (7). La même année, P.E. Sifneos décrit au sein d'une population de patients présentant des troubles psychosomatiques, une difficulté marquée à exprimer leurs sentiments, une vie imaginaire et fantasmatique pauvre, et un mode spécifique de pensée correspondant au concept de *pensée opératoire* précédemment élaboré (8).

2. Première définition de l'alexithymie

En 1972, au cours de la IX^{ème} conférence européenne de psychosomatique, P.E. Sifneos propose d'employer le néologisme « alexithymie » pour qualifier des « *patients se plaignant sans fin et en termes vagues de symptômes physiques divers, sans activité fantasmatique notable, ayant des difficultés à trouver les mots appropriés pour décrire leurs émotions, un discours caractérisé par des détails répétitifs, peu d'activité onirique, et des relations interpersonnelles marquées par une forte dépendance sous une apparence de détachement...* » (3).

Selon Sifneos, l'alexithymie se construit autour de quatre sous-dimensions prédominantes (3) :

- une incapacité à identifier et à exprimer ses émotions
- une vie fantasmatique pauvre
- une grande difficulté à distinguer les mouvements affectifs de ses sensations corporelles
- des pensées essentiellement orientées vers des préoccupations concrètes (*pensées à contenu pragmatique*)

3. Révisions du concept d'alexithymie

De nombreux travaux ont eu lieu depuis la première conceptualisation de l'alexithymie. Ces révisions ont permis de caractériser ce concept multidimensionnel comme s'organisant autour de quatre axes majeurs (9) :

- Difficultés ou incapacité à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui

L'alexithymie correspond d'abord à une incapacité à exprimer verbalement ses émotions. L'élément déterminant retenu en faveur de l'alexithymie est la relation entre l'émotion et le langage, par la limitation de son expression. Cette caractéristique est indispensable afin d'évoquer une alexithymie (4).

- Incapacité à identifier ses sentiments et à les distinguer de ses sensations corporelles

La description de patients « se plaignant sans fin des symptômes physiques » (3) a été associée à l'impossibilité de caractériser leurs sensations corporelles. La description de ces symptômes physiques peut donc être interprétée comme une tentative d'expression d'émotions que le sujet ne peut élaborer (4).

- Pauvreté de la vie imaginaire

La limitation de la vie imaginaire s'articule autour de l'étude des rêves. De nombreux auteurs décrivent une limitation de l'accès des sujets alexithymiques au contenu de leurs rêves ; suggérant qu'ils rêvent peu, et / ou que le contenu de leurs rêves est « pauvre, factuel et réaliste » (4). De même, les productions oniriques diurnes, comme les fantasmes, seraient peu fréquents (4). Le souvenir, le récit, ou la fréquence des rêves paraissent nettement perturbés.

L'impossibilité de raconter un rêve pourrait correspondre à la difficulté à exprimer ses émotions. Selon J.L. Pedinielli, il est difficile de conclure si ce symptôme est imputable à un défaut de production imaginaire ou à un défaut d'expression verbale d'une activité imaginaire normale (10).

- Pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures

Le schéma narratif employé par des sujets alexithymiques est caractérisé par son aspect factuel, réaliste, articulé autour de l'accumulation de descriptions détaillées des faits à l'origine d'un événement émotionnel plutôt que par l'expression de l'émotion elle-même. Il existe une description détaillée de faits, d'événements, de symptômes physiques, qui contraste avec l'évidement affectif de leur discours (4).

- Le recours à l'action

Le recours à l'action, décrit comme récurrent devant des situations de conflit ou comme substitution à l'expression d'une émotion, est une sous-dimension secondaire de l'alexithymie (4).

Les quatre premières sous-dimensions cliniques précédemment citées constituent le noyau central du concept d'alexithymie. Ces sous-dimensions ont été regroupées ultérieurement en deux catégories distinctes, à savoir la composante affective et la composante cognitive de l'alexithymie (4).

La composante affective est caractérisée par l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles, alors que la composante cognitive est caractérisée par la limitation de la vie imaginaire, la présence de pensées à contenu pragmatique et le recours à l'action afin de gérer des conflits ou exprimer ses émotions (4).

Les données issues de la psychopathologie quantitative ont montré que la composante affective de l'alexithymie était particulièrement sensible aux facteurs de détresse émotionnelle (anxiété, stress chronique, dépression..) tandis que la composante cognitive était plus indépendante (11,12). Ce constat étaye l'hypothèse d'une distinction entre deux formes d'alexithymie : une alexithymie primaire ou trait, décrit comme une dimension stable de la personnalité d'un sujet, et une alexithymie secondaire ou état, définie comme réactionnelle à un événement (11).

4. Alexithymie primaire et alexithymie secondaire

Suite aux travaux menés par Freyberger et al. en 1977 (11), puis par Sifneos et al. en 1988 (12), on distingue actuellement deux formes d'alexithymies : une forme primaire, et une forme secondaire.

- L'alexithymie primaire désigne une dimension clinique considérée comme innée, stable dans le temps et résistante aux thérapeutiques (11–13). Dans cette perspective, l'alexithymie primaire est apparentée à un trait de personnalité, dont l'origine neurobiologique est avancée par certains auteurs (12,14). En élargissant le concept, l'alexithymie pourrait-être considérée non seulement comme un trait mais également un type de personnalité autonome et ainsi rejoindre le spectre des personnalités pathologiques (15). Elle aurait une dimension structurale.
- L'alexithymie secondaire désigne une dimension clinique réactionnelle à la survenue de facteurs de stress. Cet état peut être transitoire ou permanent. Elle peut être la conséquence d'une pathologie organique grave, ou d'autres facteurs de stress (traumatismes psychiques, catastrophes, carences de soins maternels) (16–19).

Certaines études rapportent d'ailleurs un lien entre dysfonctionnement des interactions de l'enfant avec sa famille et alexithymie (17).

Selon Freyberger et al., on peut distinguer deux formes d'alexithymie secondaire : une forme transitoire qui cède lorsque le sujet guérit ; une forme permanente en cas de maladie chronique ou de syndrome de stress post-traumatique (11).

Selon d'autres auteurs, l'alexithymie secondaire serait un « mécanisme de défense » qui protégerait contre l'effet déstructurant d'un événement dépassant les capacités d'adaptation habituelles d'un sujet. D'après M. Montreuil, elle « représenterait un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité » (20).

S. Jacob propose de considérer l'alexithymie comme une « adaptation du système cognitif d'un individu aux contraintes de la situation vécue » (21). À la différence de l'alexithymie primaire qui est décrite comme structurale, la forme secondaire aurait une dimension adaptative, donc fonctionnelle (21).

5. Hypothèses neurobiologiques autour de l'alexithymie

a. L'alexithymie selon un modèle cognitiviste

Selon un paradigme cognitiviste, l'alexithymie s'inscrirait dans le spectre des déficits émotionnels. Selon Sifneos, l'alexithymie serait comparable à une aphasie émotionnelle puisque les sujets alexithymiques seraient incapables de mettre en lien leurs pensées avec leurs émotions (3). Chez ces sujets, les manifestations neurovégétatives de l'émotion seraient préservées, mais ils ne pourraient ni les identifier, ni les verbaliser.

Selon Lane et al., l'alexithymie serait assimilable à une « cécité émotionnelle » (22). D'après eux, les sujets alexithymiques éprouveraient « les manifestations neurovégétatives secondaires à des stimulations émotionnelles, mais en auraient une conscience appauvrie » (22).

Enfin, Bermond et al. distinguent l'alexithymie de type I et l'alexithymie de type II (23). Le type I se caractérise par une difficulté à éprouver des affects, et par conséquent, par l'impossibilité à mentaliser et à élaborer les cognitions qui y sont associées, tandis le type II se définit par la préservation des affects, mais par l'altération de sa composante cognitive (23).

b. L'alexithymie selon un modèle neuro-anatomique

Deux grands modèles neurophysiologiques ont été décrits autour de l'alexithymie : le modèle vertical et le modèle transversal de l'alexithymie.

Modèle vertical du concept d'alexithymie

Le premier modèle dit « vertical » a été élaboré par l'école des psychanalystes de Boston autour d'une étiologie organique de l'alexithymie. Ils suggèrent notamment l'hypothèse d'une altération de la connexion entre les régions limbiques (émotions) et néocorticales (langage) (13). Sifneos définit alors le trouble comme « associatif » à travers l'hypothèse d'une déconnexion entre l'expérience émotionnelle et les représentations psychiques qui lui sont habituellement associées (12). Dans ce paradigme, les réponses neurovégétatives et comportementales engendrées par une expérience émotionnelle seraient prédominantes, au détriment des composantes subjectives (12). Lane et al. ont également suggéré l'hypothèse d'un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur comme substrat neuro-anatomique à l'alexithymie (22).

Modèle transversal du concept d'alexithymie

Selon le modèle dit « transversal » qui prédomine actuellement, un trouble de la communication entre les deux hémisphères cérébraux serait impliqué dans l'alexithymie (16,23–27). Ce postulat s'appuie sur l'observation de symptômes alexithymiques chez des patients commissurotomisés ou présentant une agénésie du corps calleux (26).

Deux sous-modèles « transversaux » coexistent actuellement.

1. Le premier modèle s'appuie sur le concept d'hémisphéricité cérébrale qui est défini par la prépondérance d'un sujet à solliciter son hémisphère cérébral mineur (droit pour un droitier) ou majeur (gauche pour un droitier) lors de l'exécution de fonctions psychologiques. Selon Taylor et al., l'alexithymie d'un sujet droitier serait corrélée à un hyperfonctionnement de l'hémisphère gauche (24), tandis que selon Berenbaum et al., elle serait corrélée à un hypofonctionnement de l'hémisphère droit (16). D'autres auteurs considèrent que l'hémisphère mineur permet une vision globale de l'information émotionnelle, et notamment la reconnaissance des émotions faciales ; alors que l'hémisphère majeur permet une vision analytique (23). Les travaux de Montreuil et al., suggèrent par ailleurs que les sujets alexithymiques privilégient le traitement analytique d'une information émotionnelle (hémisphère majeur) à défaut d'un traitement global de l'information (hémisphère mineur) (25).

2. En parallèle, un second modèle neuro-anatomique a été élaboré en 1977 par K.D. Hoppe, à travers l'observation de symptômes psychosomatiques chez de patients commissurotomisés (26). Il a suggéré l'hypothèse d'une « commissurotomie fonctionnelle » chez ces patients, résultant d'une altération de la communication inter-hémisphérique. Dans ce modèle, les émotions perçues par l'hémisphère droit ne pourraient être relayées à l'hémisphère gauche (langage), ce qui conduit à leur somatisation.

Ces hypothèses ont été confortées par les résultats d'une étude électro-encéphalographique qui suggère une association entre l'altération de la communication inter-commissurale et la présence de symptômes alexithymiques (27).

6. Intérêts et limites du concept d'alexithymie

Selon F. Farges, « le concept d'alexithymie se distingue par son souci d'objectivité, ses possibilités de mesure et ses essais de validation mais aussi par sa compatibilité avec les modèles neuropsychologiques et cognitifs actuels » (4). En effet, les différentes descriptions et conceptualisations de l'alexithymie (Krystal, Sifneos, Némiah, Taylor) reprennent les principaux aspects du concept psychanalytique de *pensée opératoire*, tout en se distinguant par leurs validités aux égards des exigences de la psychopathologie quantitative (4) par le biais de modélisations psychopathologiques et des tentatives d'objectivations psychométriques.

Cependant, bien que de nombreuses modélisations et outils de mesure cliniques de l'alexithymie aient été développés, il est impossible de distinguer à ce jour par le biais d'une échelle psychométrique de l'alexithymie, une dimension alexithymique primaire d'une dimension secondaire (4).

Par ailleurs, le concept d'alexithymie reste controversé, puisqu'il n'a toujours pas été intégré au sein des nomenclatures psychiatriques internationales (DSM-5, CIM-11). Si pour certains auteurs l'alexithymie pourrait appartenir au spectre des personnalités pathologiques, et constituerait ainsi un facteur de vulnérabilité pour certaines pathologies, elle reste une dimension peu étudiée dans la littérature, et n'est pas l'objet d'un consensus sur le plan théorique (4).

B. Étude de l'alexithymie en population générale

Comme nous l'avons vu précédemment, malgré l'antériorité du concept d'alexithymie et la multiplicité des travaux autour de ce dernier, celui-ci demeure absent des nosographies psychiatriques usuelles. Par ailleurs, l'alexithymie n'est ni considérée comme une pathologie ni comme entité appartenant au spectre des personnalités pathologiques. A ce jour, l'alexithymie est plutôt conceptualisée comme une « dimension clinique transnosographique allant du normal au pathologique » (28). Selon de nombreux auteurs, cette dimension semble influencée par différents facteurs (origine géographique, caractéristiques sociodémographiques) que nous allons développer dans cette partie.

1. Prévalence et score de l'alexithymie en population générale française

C. Jouanne rappelle que cette dimension clinique se retrouve fréquemment en population générale, « avec des taux de prévalence très variables d'une étude à l'autre et selon l'instrument utilisé pour évaluer cette dimension » (28).

La prévalence de l'alexithymie au sein d'une population témoin de sujets français tout venants a été mesurée par la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items (TAS-20) et serait de l'ordre de 20,7 % (N=767) selon la dernière étude réalisée par Guilbaud et al. dans le cadre du Réseau Dépendance (29).

Ces résultats semblent coïncider avec ceux obtenus précédemment par Loas et al. en population générale française, où la prévalence d'alexithymie était estimée à 18,7% (30) et 23% (31).

Par ailleurs, Guilbaud et al. ont retrouvé un score moyen à la TAS-20 de 46,2 dans leur population témoin (dont 45,9 pour les femmes et 46,7 pour les hommes). Les sous scores aux 3 sous-dimensions évaluées par la TAS-20 sont (29):

- Difficultés à identifier ses émotions (DIF) : 14,8
- Difficultés à verbaliser ses émotions (DDF) : 13,7
- Pensées à contenu pragmatique (EOT) : 17,7

Loas et al. ont d'ailleurs établi une valeur seuil de l'alexithymie pour la version française de la TAS-20, définie par un score supérieur ou égal à 56 (32).

2. Prévalence de l'alexithymie en population générale internationale

De nombreux auteurs ont souligné l'hétérogénéité des prévalences de l'alexithymie selon les pays étudiés (33–40). Ils suggèrent ainsi une forte influence de facteurs culturels sur la prévalence de l'alexithymie en population générale.

En effet, si plusieurs données de la littérature retrouvent une prévalence d'environ 20% de sujets alexithymiques en population générale française (29,31,32), cette prévalence serait estimée entre 9,4% (33) et 12,8% (34) au sein de la population générale finlandaise ; entre 10% (36) et 38,9% (37) en Allemagne ; de 18,8% au Canada (38) ; et de 48,3% au Japon auprès d'une population adulte diplômée de l'enseignement supérieur (39).

On observe effectivement des variations significatives des prévalences d'alexithymie d'un pays à l'autre. Comme le souligne F. Farges, il paraît donc indispensable d'adapter la valeur seuil de l'alexithymie (TAS-20) en fonction des données issues de l'analyse de la population générale auquel le sujet appartient (4).

3. Facteurs sociodémographiques et alexithymie

a. Genre et alexithymie

Différents auteurs ont retrouvé une association positive entre la prévalence de l'alexithymie et le genre masculin. On retrouve dans la littérature internationale au moins cinq études objectivant des scores à la TAS significativement supérieurs chez les sujets masculins comparativement aux sujets féminins (33,34,36,40,41). Quatre autres études de la littérature ne retrouvent aucune différence significative entre les sujets masculins et féminins (38,39,42,43). L'absence d'association a également été confirmée par l'étude d'une population témoin française (29). Cependant, selon deux autres études internationales, la prévalence de l'alexithymie était significativement plus élevée chez les sujets féminins (44,45). On observe donc une grande hétérogénéité de résultats quant aux liens potentiels entre genre et alexithymie qui ne permettent pas de conclure quant à une association entre ces deux caractéristiques.

b. Âge et alexithymie

Plusieurs données de la littérature suggèrent également une association positive entre alexithymie et âge avancé. Tout d'abord, Noël et al. ont retrouvé une association positive entre alexithymie et âge au sein d'un échantillon de sujets français, ce qui signifiait que les sujets les plus âgés étaient plus alexithymiques (46). Ce constat a été corroboré par quatre études internationales en population générale (34,40,41,47). Néanmoins, deux autres études ne font état d'aucune association entre les niveaux d'alexithymie et l'âge des sujets (36,38), conformément aux observations de Guilbaud et al. dans leur étude auprès d'une population témoin française (29). Enfin, contrairement, deux études observent une association négative entre alexithymie et âge (39,43).

Compte tenu de l'hétérogénéité de ces résultats, il n'est pas possible de conclure qu'il existe une association entre l'alexithymie et l'âge des sujets.

c. Niveau éducatif et alexithymie

De nombreuses données de la littérature suggèrent également un lien entre alexithymie et niveau éducatif. En effet, six études concluent que l'alexithymie était associée positivement à un faible niveau éducatif (33,34,36,40–43). Néanmoins, deux études internationales n'ont objectivé aucune association entre niveau éducatif et prévalence de l'alexithymie (37,38). Une étude française a également confirmé cette absence de association (29).

Malgré l'hétérogénéité de ces résultats, il pourrait y avoir une association positive entre faible niveau éducatif et alexithymie.

d. Niveau socio-économique et alexithymie

Les liens statistiques entre niveau socio-économiques et alexithymie ont également été étudiés. D'après deux études internationales, l'alexithymie n'était pas associée au statut socio-économique ou au statut social (38,42). Cependant, l'alexithymie a été associée à un statut socio-économique inférieur dans huit autres études (29,33,34,36,40,48,49) dont une en population française. Ces résultats semblent suggérer l'existence d'une probable association positive entre alexithymie et faible niveau socio-économique.

e. Statut marital et alexithymie

De nombreuses études dans la littérature se sont également intéressées aux liens statistiques entre alexithymie et statut marital des sujets. Dans trois études en population générale on ne retrouve aucune association entre statut marital et alexithymie (34,40,42). A l'inverse, d'après trois autres études, l'alexithymie était associée positivement au fait d'être célibataire, divorcé ou de vivre seul (33,36,48). Ces résultats pourraient suggérer l'existence d'un lien entre alexithymie et statut marital.

En conclusion, malgré l'hétérogénéité des résultats, les associations entre l'alexithymie et le statut marital, le niveau d'éducation et le statut socio-économique semblent plus claires que celles entre l'alexithymie et le sexe ou l'âge. Il semble donc indispensable de considérer ces différentes caractéristiques dans l'évaluation de l'alexithymie d'une population donnée (4).

Outre ces facteurs de confusion sociodémographiques, de nombreuses études de la littérature ont également souligné la prévalence considérable de l'alexithymie parmi les patients souffrant de troubles psychiatriques, qu'il s'agisse de troubles anxieux, de troubles paniques, de troubles dépressifs, d'états de stress post-traumatiques, ainsi que lors des périodes inter-critiques des troubles mentaux sévères. Notre prochaine partie permettra de faire l'état des lieux des connaissances sur ce sujet.

C. Alexithymie et troubles psychiatriques

1. Alexithymie et troubles de l'humeur

De nombreuses études ont établi que les troubles dépressifs entretenaient des relations étroites avec l'alexithymie (50–54). Elles ont mis en évidence une association positive et significative entre alexithymie et dépression.

De plus, Bamonti et al. ont mis en évidence une association positive et significative entre la sévérité de l'alexithymie et la sévérité des symptômes dépressifs au sein d'un échantillon de sujets dépressifs (55). D'autres études ont également confirmé que plus un sujet dépressif est alexithymique, plus la dépression est sévère (52,56). D'autres études montrent que les symptômes alexithymiques régressent conjointement avec l'amélioration des symptômes dépressifs (52,57).

Ces différents résultats ont conduit à un questionnement sur la nature psychopathologique de l'alexithymie et sur ses relations à la dépression. L'analyse des relations entre ces deux dimensions est émaillée par des biais conceptuels et méthodologiques. Comme le souligne C. Jouanne, il paraît en effet difficile d'évaluer l'alexithymie chez des patients souffrant de troubles dépressifs, notamment lorsqu'ils présentent un ralentissement idéo-verbal. Inversement, l'alexithymie altère la reconnaissance par le sujet de ses propres mouvements affectifs ce qui rend difficile l'évaluation de son humeur par un observateur externe (28).

Il est donc difficile de conclure quant à la nature primaire ou secondaire de l'alexithymie dans sa relation avec la dépression. Si l'alexithymie est souvent considérée comme un facteur de vulnérabilité de développer un épisode dépressif, elle pourrait également résulter ou être aggravée par les symptômes dépressifs.

2. Alexithymie et troubles anxieux

De nombreuses études ont également retrouvé un lien significatif entre l'alexithymie et les troubles anxieux (54), plus particulièrement avec le trouble panique (19,58–60) et la phobie sociale (19,59). D'après ces études, cette association positive et significative semble démontrée tant sur le plan de la prévalence de ces troubles, que sur la sévérité de l'alexithymie chez les patients souffrant de troubles anxieux. D'après Cox et al., 33% des patients atteints de troubles panique et 28,3% des patients atteints de phobie sociale seraient alexithymiques (TAS-20) (59).

Si l'alexithymie est souvent considérée comme un facteur de vulnérabilité pour les troubles anxieux, l'hypothèse d'une alexithymie secondaire aux troubles anxieux est également évoquée.

Fukunishi et al. ont montré une diminution significative de la prévalence de l'alexithymie au sein d'une population de patients souffrant de trouble panique et de phobie sociale, après 6 mois de traitement bien conduit (19). Ces résultats suggèrent également l'existence d'une alexithymie secondaire, considérée comme un « état » induit par les symptômes anxieux.

3. Alexithymie et syndrome de stress-post traumatique

Différentes études ont également retrouvé une association positive et significative entre alexithymie et syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Selon Passardi et al., les sujets souffrant d'un SSPT auraient une prévalence d'alexithymie plus élevée que les sujets contrôles (61). Brady et al. suggèrent eux que l'alexithymie aurait un rôle médiateur dans la « sur-déclaration » de symptômes caractéristiques du SSPT, plus particulièrement chez les patients présentant une atteinte de la sous-dimension correspondant à la difficulté à décrire leurs émotions (62).

D'après Slanbekova et al., l'alexithymie aurait un rôle médiateur entre le SSPT et le développement de comorbidités psychiatriques. Les auteurs suggèrent que l'incidence de comorbidités psychiatriques chez les sujets souffrant de SSPT serait corrélée à la sévérité de l'alexithymie de ces sujets (63). Enfin, selon Wang et al., la présence d'une alexithymie chez des patients après un accident vasculaire cérébral (AVC), en particulier la difficulté à identifier les sentiments, a été associée à la gravité du SSPT post-AVC et à la survenue d'une comorbidité psychiatrique dans les 3 premiers mois post-AVC (64).

Si la présence de symptômes alexithymiques semble être un facteur de vulnérabilité de SSPT chez des patients exposés à un événement traumatique, ainsi qu'un facteur de risque de développer des comorbidités psychiatriques chez des patients souffrant de SSPT, ces conclusions sont biaisées par le fait que le SSPT pourrait être le moteur du développement des symptômes alexithymiques chez ces patients (64). La nature primaire et/ou secondaire de l'alexithymie vis à vis de sujets souffrant de SSPT n'est donc pas encore élucidée.

4. Alexithymie et troubles du spectre de la schizophrénie

L'observation de similarités entre les symptômes négatifs de la schizophrénie et les caractéristiques de l'alexithymie ont suscité un intérêt pour l'étude de cette dernière chez les sujets atteints de troubles du spectre de la schizophrénie (65). En effet, la difficulté à reconnaître et à identifier ses émotions, ainsi que la limitation de l'expression des émotions qui sont au centre de la définition de l'alexithymie semblent coïncider avec l'émoussement affectif qui est décrit dans les symptômes négatifs de la schizophrénie (66–69).

D'après Van Der Velde et al., les patients souffrant de schizophrénie ainsi que les patients à ultra-haut risque de transition psychotique (UHR) présentent une atteinte de la composante cognitive de l'alexithymie significativement plus sévère que les patients témoins (70). Néanmoins, ces patients présentent des niveaux de composante affective de l'alexithymie comparables aux sujets témoins. Ces résultats semblent indiquer que l'alexithymie serait corrélée au risque de transition psychotique. Plus spécifiquement, l'alexithymie de type II qui est définie par une atteinte de la composante cognitive de l'alexithymie sans altération de la composante affective pourrait être un facteur de vulnérabilité de schizophrénie (70).

Inversement, selon Mascha van't Wout et al., la présence de symptômes alexithymiques, et plus particulièrement l'atteinte de la dimension affective de l'alexithymie pourrait représenter un facteur de vulnérabilité de développer une schizophrénie (71).

En synthèse, de nombreuses données de la littérature suggèrent l'existence d'une association positive entre alexithymie et troubles psychiatriques. Si la nature primaire et/ou secondaire de cette relation n'est pas clairement élucidée, de nombreux auteurs suggèrent que l'alexithymie (trait) serait un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique. En parallèle, de nombreuses études se sont intéressées aux liens entre l'alexithymie et les dépendances aux différentes substances psychoactives (28).

D. Alexithymie et troubles addictologiques

Sifneos fût l'un des premiers auteurs à envisager l'alexithymie comme un « style cognitif » particulier, qui pourrait se manifester en dehors du cadre restreint des maladies psychosomatiques (12). Outre l'existence de liens étroits entre alexithymie et troubles psychiatriques dont nous avons discuté précédemment, de nombreux auteurs ont décrit une association entre l'alexithymie et les conduites addictives au sens large. Des caractéristiques alexithymiques ont d'ailleurs été décrites dès les années 1970 chez des patients présentant des pratiques addictives (72,73). Ces hypothèses n'ont cependant été confirmées qu'à l'aube des années 90, d'abord à travers l'étude de symptômes alexithymiques chez des patients présentant une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives, puis auprès de patients présentant une dépendance à l'alcool.

1. Alexithymie et trouble de l'usage de substances

De nombreuses études suggèrent une association positive entre alexithymie et trouble de l'usage de substances psychoactives (TUS) (29,45,74–78).

Haviland et al., puis Taylor et al., ont tout d'abord observé respectivement une prévalence de 50,4% et de 50% d'alexithymie (TAS-26) au sein d'une population de patients masculins souffrant d'un abus ou d'une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives (74,75). Ces résultats suggéraient déjà une forte prévalence d'alexithymie chez ces sujets. Taylor et al. énoncent même que l'alexithymie pourrait être un facteur prédisposant aux conduites addictives (75).

Plus tardivement, Haviland et al., observent également une forte prévalence d'alexithymie (41,7%) parmi une population mixte de sujets dépendants à une substance psychoactive (DSM-III-R) (45).

Farges et al., confirment ultérieurement ces résultats à travers l'étude d'une population de sujets mixtes présentant un abus ou une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives excepté l'alcool (opiacés, cocaïne, cannabis ; DSM-IV) comparativement à un échantillon de témoins appariés (76). Les résultats de cette étude confirment l'existence d'une prévalence élevée de sujets alexithymiques (40,8% - TAS-20) parmi les sujets toxicomanes, décrite comme significativement supérieure à la prévalence observée chez les sujets témoins (17,2%). Cette différence significative est également confirmée par le biais d'une analyse dimensionnelle du score d'alexithymie dans ces deux échantillons (score moyen 52,5 dans la population de patients toxicomanes vs 44,9 dans la population témoin). Par le biais d'une analyse sous-factorielle, ils remarquent que cette différence semble due à la composante émotionnelle de l'alexithymie (DIF, DDF), alors que la composante cognitive (EOT) était préservée. Cependant la recherche de symptômes dépressifs par l'échelle de dépression de Beck (BDI à 13 items) montre que 65,7% des toxicomanes de cette étude présentent des symptômes dépressifs, contre 23,6% des témoins, et qu'il existe une association significative entre la DIF et le score au BDI. La composante émotionnelle de l'alexithymie serait donc « thymodépendante » alors que la composante cognitive de l'alexithymie serait indépendante et pourrait correspondre à un trait clinique stable. Selon Farges, « ces résultats suggèrent que l'alexithymie dans sa part affective est favorisée par la dépression » (76).

Guilbaud et al. confirment ces résultats en population française par le biais d'une étude multicentrique au sein d'un échantillon de 654 sujets présentant une dépendance à une ou plusieurs substance psychoactives (DSM-IV). Ils réalisent parallèlement une analyse de l'alexithymie en population témoin française afin d'effectuer une comparaison de leur échantillon (N=767) (29). Cette étude retrouvait une prévalence d'alexithymie en population générale de 20,7%. La prévalence de l'alexithymie était significativement supérieure (41%) chez les patients souffrant d'un abus de substances psychoactives et plus particulièrement l'alcool où elle était évaluée à 63%. Les auteurs confirment que cette différence était particulièrement corrélée à la composante émotionnelle de l'alexithymie (DIF et DDF) tandis que la composante cognitive était plutôt préservée (EOT) (29).

Sellami et al. ont confirmé ces résultats auprès d'une population de sujets présentant un trouble de l'usage de substances, avec une prévalence de 62,8% d'alexithymie. Ils ont également retrouvé que les patients présentant une alexithymie sévère étaient significativement plus polyconsommateurs de substances psychoactives comparativement aux sujets non-alexithymiques (77).

Selon Haan et al., l'analyse prospective de l'évolution des symptômes alexithymiques chez des patients présentant un trouble de l'usage de substances au cours de 3 semaines d'abstinence mettrait en évidence que ces symptômes ne présenteraient pas une stabilité absolue dans le temps. Ils remarquent notamment une légère réduction des niveaux moyens des scores totaux du TAS-20, sans association avec les paramètres d'anxiété et de dépression. Ces résultats pourraient suggérer que l'alexithymie chez les patients atteints d'un TUS est à la fois un phénomène d'état et de trait et ne semble pas être liée à des changements de symptômes de type anxiété et dépression (78).

En synthèse, on retrouve donc au sein de la littérature un ensemble de résultats homogènes en faveur d'une association positive significative entre alexithymie et abus ou dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives. Plus spécifiquement, la dimension affective de l'alexithymie serait particulièrement corrélée à l'existence d'une dépendance vis à vis d'une ou plusieurs substances psychoactives, alors que la dimension cognitive serait préservée chez ces patients. Ces données de la littérature suggèrent également que l'alexithymie constituerait un facteur prédisposant aux conduites addictives au sens large. Une analyse plus spécifique des liens entre alexithymie et chaque substance psychoactive semble donc pertinente.

2. Alexithymie et trouble de l'usage d'alcool

De nombreux auteurs se sont intéressés de manière plus spécifique au lien entre alexithymie et trouble de l'usage d'alcool (TUA) (29,32,79–84).

En 1987, Finn et al. suggéraient déjà un lien entre alexithymie et alcool par l'étude de sujets abstinents en alcool mais prédisposés à un fort risque génétique d'alcoolisme (apparentés familiaux souffrant d'une dépendance à l'alcool). Ils ont observé une différence significative de score d'alexithymie à la *Schalling-Sifneos Personality Scale* (SSPS) entre les sujets à faible et à fort risque génétique d'alcoolisme. Ces résultats semblaient montrer un lien entre alexithymie et développement d'une dépendance à l'alcool (79). Haviland et al. ont d'ailleurs retrouvé une prévalence de 54,5% de sujets alexithymiques parmi un échantillon de sujets présentant une dépendance à l'alcool (80).

Kauhanen et al., au sein de leur étude en population générale, mettent en évidence une association positive entre alexithymie et fréquence et quantités des consommations d'alcool. Dans une analyse en sous-groupes de sujets présentant des scores croissants d'alexithymie ils montrent également que la durée de l'usage et le nombre d'intoxications éthyliques augmentent linéairement avec la sévérité de l'alexithymie (81).

Rybakowski et al. retrouvent une prévalence de 78% d'alexithymie au sein d'un échantillon de sujets masculins présentant une dépendance à l'alcool. Ils mettent en évidence un âge moyen plus jeune au sein des sujets alexithymiques, ce qui l'a amené à suggérer que l'alexithymie serait donc de nature primaire chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool, et par conséquent, qu'il s'agirait d'un facteur de vulnérabilité de trouble de l'usage d'alcool (82).

Ziolkowski et al. retrouvent une prévalence de 48% de sujets alexithymiques parmi un échantillon de sujets dépendants à l'alcool abstinents depuis au moins un mois (83). Ils remarquent également une différence significative concernant la durée de maintien de l'abstinence : les sujets alexithymiques rechutent significativement plus rapidement (15 mois) que les sujets qui ne présentent pas d'alexithymie (30 mois). Cela se confirme également si l'on étudie la prévalence des sujets alexithymiques dans le sous-groupe des patients abstinents pendant moins d'une année qui est évaluée à 63%, contre 33% pour les abstinents de plus d'un an. Les auteurs concluent qu'il existe une association négative entre alexithymie et maintien de l'abstinence éthylique. Cela conforterait leur hypothèse que la présence d'une alexithymie chez des patients souffrant d'une dépendance à l'alcool serait un facteur prédictif de rechute. L'alexithymie chez les patients alcoolodépendants serait donc pour eux de nature primaire, et serait un facteur de vulnérabilité de développer une dépendance à l'alcool (83).

Loas et al. retrouvent également une prévalence de 66% d'alexithymie au sein d'un échantillon de sujets hospitalisés pour un sevrage éthylique et présentant une dépendance ou un abus d'alcool (DSM III-R) (32). Ils constatent également que 60% des sujets non-alexithymiques demeurent abstinents en alcool 15 mois plus tard tandis que seuls 19,35% des sujets alexithymiques n'ont pas rechuté. De même, par le biais d'une analyse en sous-groupe, ils objectivent une association négative entre alexithymie et maintien de l'abstinence éthylique puisque la prévalence des sujets alexithymiques est de 40% chez les sujets abstinents et 80,6% chez les sujets non-abstinents. Cette différence significative n'est pas expliquée par d'autres variables (sexe, niveau éducatif, âge, dépression) (84).

Enfin, Guilbaud et al. avaient retrouvé une prévalence de 63% d'alexithymie (TAS-20) au sein d'un sous-groupe de sujets français présentant une dépendance à l'alcool. Cette différence était significativement supérieure à celle de la population témoin de l'étude (20,7%). La différence significative de la prévalence d'alexithymie entre ces deux populations était particulièrement corrélée à la composante émotionnelle de l'alexithymie (DIF, DDF) tandis que la composante cognitive était plutôt préservée (EOT) (29).

En synthèse, de nombreuses données de la littérature ont retrouvé une association positive et significative entre alexithymie et trouble de l'usage d'alcool, mais également une association positive entre consommations d'alcool et alexithymie. Ces données suggèrent également une association négative entre alexithymie et maintien de l'abstinence éthylique. Ces études semblent démontrer que l'alexithymie serait un facteur de vulnérabilité de développer un abus ou une dépendance à l'alcool, et un facteur de risque de rechute de dépendance à l'alcool. Cette relation semble particulièrement liée à une atteinte de la composante émotionnelle de l'alexithymie.

3. Alexithymie et trouble de l'usage de cocaïne

Il existe peu de données de la littérature concernant les liens statistiques entre alexithymie et trouble de l'usage de cocaïne (TLUC).

Une des premières études a été menée en 1995 par Keller et al. auprès d'une population de patients dépendant à la cocaïne (DSM III-R). Ils retrouvent une prévalence de 39% de sujets alexithymiques (TAS-26) au sein de cet échantillon. L'analyse comparative des groupes alexithymiques et non-alexithymiques a montré une différence significative concernant le score au BDI, suggérant une association positive entre les scores de dépression et d'alexithymie. Après une période de 12 semaines de traitement (pharmacologique et/ou médicamenteux) le score moyen à la TAS est resté similaire alors que le score au BDI a diminué de manière significative. Ces résultats suggèrent l'existence de traits alexithymiques (primaire) chez les patients développant une relation de dépendance à la cocaïne (85).

Palma-Alvarez et al. (2008) ont mis en évidence une prévalence de 43,6% de sujets alexithymiques dans le sous-groupe des patients présentant un trouble de l'usage de cocaïne (56,91% des sujets) (86).

Ces résultats ont été corroborés par une étude française de Lillaz et al. sur les consommateurs de psychostimulants en rave-party (cocaïne et ecstasy). Les auteurs ont retrouvé que ces sujets présentent des scores d'alexithymie accrus comparativement aux non-consommateurs de psychostimulants. L'augmentation du score d'alexithymie chez ces sujets n'est pas corrélée au score de dépression (BDI) qui est pourtant significativement supérieure chez ces sujets. Ces résultats suggèrent que les sujets présentant une alexithymie seraient plus vulnérables de consommer des psychostimulants (87).

Plus récemment, Morie et al. ont suggéré qu'une exposition prénatale à la cocaïne (EPNC) pourrait être un facteur prédictif de développer une alexithymie. Dans leur échantillon de jeunes adultes (témoins et EPNC), il existe une association positive entre exposition prénatale à la cocaïne et alexithymie. Ces données semblent suggérer que l'exposition à des traumatismes prénataux tels qu'une exposition à la cocaïne pourrait être un facteur de risque de développer des symptômes alexithymiques (88).

Malgré la pauvreté de la littérature sur ce sujet, il semble possible d'émettre l'hypothèse qu'il existe une association positive entre alexithymie et la présence d'un trouble de l'usage de cocaïne. Si la nature de cette relation semble encore mal déterminée, les auteurs précédemment cités suggèrent que l'alexithymie constituerait un facteur de risque de consommation de cocaïne / psychostimulants, ainsi qu'un facteur de risque de développer un trouble de l'usage de cocaïne (89).

4. Alexithymie et trouble de l'usage de cannabis

Il n'existe que quelques études concernant les liens spécifiques entre alexithymie et trouble de l'usage de cannabis.

Tout d'abord, Haviland et al. (1994) ont retrouvé une prévalence de 35,8% de sujets alexithymiques dans le sous-groupe des sujets présentant une dépendance au cannabis (DSM-III-R) (45).

Troisi et al. (1998) ont mis en évidence une prévalence de 30% de sujets alexithymiques au sein d'un échantillon de sujets masculins consommateurs exclusifs de cannabis, dont 41% de sujets alexithymiques parmi ceux présentant une dépendance au cannabis (DSM-III-R), 19% parmi les sujets présentant un mésusage du cannabis, et 11% parmi les usagers de cannabis. Les auteurs observent une différence de prévalence significative entre les sujets souffrant d'un abus et d'une dépendance au cannabis. Selon une approche dimensionnelle, l'écart de score moyen est significatif entre l'usage et l'abus ainsi qu'entre l'abus et la dépendance. Ces résultats pourraient suggérer que la présence de symptômes alexithymiques constitue un facteur de vulnérabilité de développer une relation de mésusage et de dépendance vis à vis du cannabis (90).

En 2008, Dorard et al. mettent également en évidence une forte prévalence d'alexithymie au sein d'une population de jeunes consommateurs français de cannabis. Selon les normes de la TAS-20, 35,6% des patients étaient alexithymiques et 43,7% subalexithymiques (91).

Les données de la littérature semblent donc converger vers l'hypothèse que l'alexithymie constitue un facteur de vulnérabilité de consommation de cannabis, et plus spécifiquement de développer un trouble de l'usage de cannabis.

5. Alexithymie et trouble de l'usage d'opiacés

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe de nombreuses publications autour des liens entre alexithymie et trouble de l'usage de substances. Farges et al. ont notamment objectivé une forte prévalence (40,8%) d'alexithymie chez un échantillon de sujets présentant une toxicomanie (majoritairement opiacés et cocaïne, alcool exclu) (76). Néanmoins, à ce jour, il les liens spécifiques entre alexithymie et dépendance aux opiacés ont été nettement moins étudiés.

Tout d'abord Palma-Alvarez et al. (2008) ont mis en évidence une prévalence de 41,67% de sujets alexithymiques dans le sous-groupe des patients présentant un trouble de l'usage d'opiacés (29,27%) au sein de leur étude de cohorte auprès de sujets toxicomanes (86). Ils ne retrouvaient pas d'association entre alexithymie et trouble de l'usage d'opiacés.

El Rasheed et al. (2009) ont quant à eux retrouvé une prévalence supérieure d'usagers d'opiacés (autres que l'héroïne en IV) dans le sous-groupe de patients toxicomanes présentant des symptômes alexithymiques, comparativement au sous-groupe de patients toxicomanes ne présentant pas de symptômes alexithymiques ($p=0,003$) (92).

Torrado Torrado et al. (2017) ont confirmé ces résultats par le biais d'une analyse de l'alexithymie (TAS-20) au sein d'un échantillon de sujets présentant une dépendance aux opiacés, sous traitement substitutif. Ils auraient retrouvé une prévalence significativement supérieure de sujets alexithymiques chez les sujets présentant un trouble de l'usage d'opiacés comparativement à la population témoin (93). Malheureusement le détail de leurs résultats n'est pas disponible à ce jour.

En synthèse, il n'existe que de très rares données sur les liens spécifiques entre alexithymie et trouble de l'usage d'opiacés. Ces quelques données semblent confirmer l'hypothèse d'une forte prévalence de l'alexithymie chez ces sujets, conformément aux résultats obtenus chez les patients présentant un trouble de l'usage de substances. Une analyse plus approfondie de ces liens semble donc pertinente.

6. Alexithymie et sevrage d'une substance psychoactive

Deux études se sont intéressées aux effets du sevrage d'une substance psychoactive sur l'alexithymie.

Tout d'abord Haviland et al. ont mesuré l'alexithymie au sein d'un échantillon de patients souffrant d'une dépendance à l'alcool au cours de leur première semaine de sevrage puis trois semaines plus tard (80). Ils constatent, selon une approche dimensionnelle, que le score à la TAS ne varie pas de façon significative entre ces deux mesures. Cependant, selon une approche catégorielle, la prévalence de sujets alexithymiques diminue significativement au cours de leur hospitalisation (54,5% à 29%). Ces résultats pourraient suggérer une résolution de symptômes alexithymiques secondaires (état) au cours du sevrage en alcool. Néanmoins, la discordance de ces résultats éclaire particulièrement les difficultés inhérentes à l'évaluation de l'alexithymie, et à l'interprétation de ses résultats.

A contrario, Pinard et al. ont également exploré les effets du sevrage sur l'alexithymie auprès d'un échantillon de patients présentant une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, cocaïne, opiacés, cannabis...) (94). Dans cette étude, il n'est observé ni variation significative du score d'alexithymie ni variation significative de la prévalence de l'alexithymie chez ces sujets au cours de leur sevrage ambulatoire (1^e semaine et 4-6^e semaine). Selon ces auteurs, ces résultats suggèrent que l'alexithymie serait plutôt de nature primaire et correspondrait plutôt à un trait de personnalité qui ne serait pas corrélé à l'abstinence.

Selon De Haan et al., l'analyse prospective de l'évolution des symptômes alexithymiques chez des patients présentant un trouble de l'usage de substances au début et à 3 semaines d'abstinence mettrait en évidence que ces symptômes ne présenteraient pas une stabilité absolue dans le temps (78). Ils remarquent notamment une légère réduction des niveaux moyens des scores totaux du TAS-20 et particulièrement de ceux d'une sous-échelle, sans association avec les paramètres d'anxiété et de dépression. Ces résultats pourraient suggérer que l'alexithymie chez les patients atteints de TLUS est à la fois un phénomène d'état et de trait et ne semble pas être liée à des changements de symptômes de type anxiété et dépression.

Malgré la rareté de la littérature sur ce sujet et les discordances de leurs résultats, il semble néanmoins pertinent de considérer l'impact hypothétique des effets du sevrage sur l'alexithymie.

E. Échelles psychométriques mesurant l'alexithymie

Comme nous l'avons précisé précédemment, le concept d'alexithymie est le fruit d'une conceptualisation neuropsychologique de la pensée opératoire, caractérisée par sa validité scientifique aux égards de la psychopathologie quantitative (4). L'étude de l'alexithymie a donc nécessité la création d'instruments psychométriques fiables afin de la quantifier, et de permettre la reproductibilité de ce concept. De nombreuses échelles psychométriques ont été élaborées à cette fin.

1. Le Beth Israël Questionnaire

Cette échelle psychométrique inventée par Sifneos en 1973 (3) est la première à avoir été conceptualisée pour repérer l'alexithymie chez les sujets étudiés. Il s'agit toujours actuellement de l'unique échelle d'évaluation externe, d'où son intérêt. Le BIQ consiste en une hétéro-évaluation cotée par l'investigateur après un entretien semi-structuré d'une demi-heure environ. Elle a été traduite en version française en 1992 par Smith et al. (95), mais les paramètres métrologiques n'ont toujours pas été publiés à ce jour, notamment la validité de la reproductibilité inter-juges de cette échelle.

2. La Schalling Sifneos Personality Scale

Cette échelle psychométrique a été proposée en 1979 par Sifneos et Schalling. Il s'agit du premier questionnaire d'auto-évaluation de l'alexithymie. La *Schalling Sifneos Personality Scale* (SSPS) a connu trois versions successives. La version revisitée (SSPS-R) datant de 1986 (96) ne justifierait pas d'une validité métrologique satisfaisante (97).

3. La Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

Il s'agit d'un auto-questionnaire élaboré par Bermondet Vorst (98). Cette échelle est constituée de 40 items dans sa forme complète, et propose également une forme abrégée en 20 items. Leurs analyses factorielles ont montré la présence de cinq facteurs relativement stables et indépendants afin d'évaluer l'alexithymie (98), à savoir :

- 1- la capacité à identifier ses états émotionnels
- 2- la capacité de verbalisation des affects
- 3- la vie fantasmatique
- 4- le style de pensée concret et opératoire
- 5- la réactivité émotionnelle.

L'échelle BVAQ semble montrer des qualités métrologiques satisfaisantes notamment une bonne consistance interne et une relative stabilité factorielle. Elle ainsi qu'une bonne association avec la TAS-20 (98). Les facteurs de la BVAQ sont peu influencés par la détresse émotionnelle.

4. La Toronto Alexithymia Scale

a. Première version : la TAS

La Toronto Alexithymia Scale (TAS) est issue des travaux de Taylor et de son équipe (99). Il s'agit d'un outil psychométrique rigoureux créé afin d'étudier la répartition de l'alexithymie et ses relations avec d'autres variables psychologiques. Cette échelle d'auto-évaluation est composée de 26 assertions (99). Elle est décrite comme l'échelle qui présente la meilleure valeur métrologique dans de nombreux pays, ce qui semble attester de sa bonne validité transculturelle (4). Après plusieurs étapes, les auteurs ont sélectionné 26 items regroupés autour de cinq sous-dimensions principales de l'alexithymie, à savoir :

1. la difficulté à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer de ses sensations corporelles
2. la difficulté à décrire ses sentiments à autrui
3. la limitation de la vie imaginaire / rêverie
4. les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures
5. conformisme social

Afin d'améliorer la validité métrologique de leur échelle, les auteurs ont proposé en 1994 une version modifiée de la Toronto Alexithymia Scale à 20 items (TAS-20) (100). Les items de la dimension rêverie (facteur III) ont été identifiés comme ayant une faible association avec le score total, il est donc apparu pertinent de les exclure (100). De même, les analyses factorielles ont montré que la dimension du conformisme social n'était pas un facteur indépendant, ce qui a conduit à son élimination. Bagby a suggéré que la dimension des rêveries fragilisait la validité interne du questionnaire. Cependant, la suppression de ces items est critiquée par certains auteurs, dont Sifneos (101).

b. 2^e version : la TAS-20

La TAS-20 est une échelle psychométrique d'auto-évaluation de l'alexithymie, constituée de 20 items. La traduction, l'adaptation et la validation de la TAS-20 en français ont été réalisées par Loas en 1995 (102). Contrairement à la TAS, cette révision ne contient pas d'item évaluant les rêveries diurnes. De ce fait, cette dernière révision est décrite comme ayant un caractère plus catégoriel que la TAS (4).

Tout comme la version antérieure (TAS), cette échelle définit une valeur seuil à partir de laquelle on peut considérer le sujet étudié comme présentant une alexithymie. Cette valeur seuil permet de catégoriser les sujets en différents groupes « sains » ou « alexithymiques ». Pourtant l'alexithymie peut être également conceptualisée comme une dimension continue, ce qui ne correspond pas à l'approche théorique de cette échelle. La valeur seuil de l'alexithymie dans la TAS-20 a été définie comme étant supérieure ou égale à 56 par Loas et al (32).

Sur le plan métrologique, la valeur prédictive positive de la TAS-20 est estimée à environ 60%. Cette valeur est notamment influencée par les caractéristiques de la population générale témoin qui a été étudiée pour définir la valeur seuil de l'alexithymie. Selon F. Farges, « la sensibilité et la spécificité de la TAS-20 ont été déterminées dans des populations où la prévalence de l'alexithymie était élevée (>50%) ce qui influe sur la valeur prédictive positive » (4). Il serait donc important d'adapter la valeur seuil définissant un sujet comme alexithymique en fonction des caractéristiques de la population générale auquel appartient le patient malgré la bonne validité transculturelle de la TAS-20 (4). Néanmoins il a été démontré que les différents facteurs et le score global de cette échelle sont « peu corrélés avec l'âge, le niveau d'instruction, la désirabilité sociale et le statut socioéconomique » (4).

5. Le California Q-set Alexithymia Prototype

Il s'agit d'une échelle psychométrique développée par Haviland et Reise en 1996 (103). Cette dernière comporte à la fois une dimension d'auto et d'hétéro-observation basée sur la comparaison d'attributs pour chaque individu donné. L'objectif de cet instrument était de construire un prototype basé sur des « jugements d'experts à propos des processus affectifs, cognitifs et comportementaux impliqués dans l'alexithymie » (104). Les auteurs ont sollicité 13 experts de l'alexithymie afin de hiérarchiser 100 affirmations parmi 9 catégories allant des aspects les moins au plus caractéristiques de l'alexithymie.

D'après ces experts les items les plus caractéristiques concernaient (103) :

- une difficulté à ressentir et à exprimer les états émotionnels
- un défaut d'activité fantasmatique
- un manque d'introspection
- une pensée utilitariste
- un manque d'humour
- un vécu expérientiel dénué de sens

Comme le souligne Luminet dans son analyse comparative des instruments de l'alexithymie (104), « peu d'études de validité ont été menées avec cette échelle ». Il ajoute également que « d'autres études sont nécessaires pour établir la validité concourante de cet instrument » (104). Une des limites est représentée par le nombre élevé d'items de cette échelle, ce qui empêche une évaluation rapide de l'alexithymie et constitue une limite dans son utilisation en pratique clinique courante.

6. L'Observer Alexithymia Scale

Il s'agit d'un instrument d'hétéro-évaluation construit par l'équipe d'Haviland en 2000 (105). L'un des avantages de cet instrument est représenté par la réduction du nombre d'items (33 au lieu de 100) permettant un temps de passage significativement raccourci par rapport au CAQ-AP. La majorité des items dérivent du CAQ-AP avec une formulation simplifiée permettant à des connaissances proches du sujet de réaliser l'évaluation. 5 facteurs principaux ont été discriminés suite à l'analyse factorielle (106), à savoir :

- La distance
- Le manque d'introspection
- Le manque d'humour
- La somatisation
- La rigidité

La consistance interne de ces facteurs a été décrite comme satisfaisante (alpha de Cronbach $>.70$) (106). Quelques études récentes ont montré que cette échelle bénéficiait de paramètres métrologiques satisfaisants, mais le nombre d'études reste insuffisant pour recommander l'utilisation de cet instrument dans le cadre de l'hétéro-évaluation de l'alexithymie comme le souligne Luminet dans son analyse comparative (104). Ce dernier souligne notamment l'absence de données sur la validité convergente et discriminante de cette échelle, ainsi que sur la reproductibilité inter-observateurs qui est primordiale pour recommander l'utilisation de cette échelle (104).

7. Analyse comparative des échelles psychométriques de l'alexithymie

D'autres échelles psychométriques ont également été construites pour l'évaluation de l'alexithymie mais n'ont pas été retenues du fait de paramètres métrologiques insatisfaisants.

D'après une étude comparative de ces différentes échelles psychométriques de Bagby et al., la TAS semble répondre d'une meilleure consistance interne ainsi que d'une meilleure sensibilité ; comparativement à la SSPS et la *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-1) qui présenteraient des biais liés au genre, ainsi qu'une faible consistance interne. Les résultats de cette étude de 1988 indiquent que la TAS est l'échelle psychométrique la plus fiable pour évaluer l'alexithymie (107).

Selon une étude comparative de 2003 de Luminet et al., la TAS-20 est actuellement l'instrument de mesure de l'alexithymie « le plus valide et le plus concluant » sur le plan métrologique (104). Cette échelle peut être recommandée à la fois pour l'étude de populations normatives et pour l'étude de populations cliniques (104).

2. Matériels et méthodes

A. Présentation synthétique de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses études de la littérature ont retrouvé une association positive entre alexithymie et trouble de l'usage de substances. Diverses études ont suggéré que l'alexithymie serait un facteur de risque de développer un trouble de l'usage de substances. Par ailleurs, d'autres études ont également suggéré que l'alexithymie serait corrélée à la sévérité de la dépendance, et qu'elle pourrait être un facteur prédictif de rechute, plus particulièrement dans le cas de la dépendance à l'alcool.

Néanmoins, nous ne retrouvons à ce jour qu'une seule publication étudiant spécifiquement l'alexithymie chez des patients souffrant d'une dépendance aux opiacés, et aucune chez des patients sous traitement substitutif aux opiacés.

Nous avons donc choisi de recruter des sujets souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés sous traitement substitutif (oral ou sublingual) à posologie stable depuis au moins 3 mois.

Ce travail est issu du protocole de recherche clinique REMOFA dont l'objectif était d'évaluer l'alexithymie et la reconnaissance des émotions faciales au sein de cette population de patients. Il s'agit d'une étude observationnelle unicentrique. Dans ce travail de thèse, nous avons choisi de développer spécifiquement les aspects liés à l'étude de l'alexithymie chez ces patients.

Conformément aux analyses métrologiques des échelles psychométriques de l'alexithymie, nous avons choisi d'utiliser la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items pour mesurer l'alexithymie au sein de notre population.

B. Présentation du protocole REMOFA

Le protocole REMOFA a pour objectif d'analyser deux dimensions appartenant au champ des cognitions sociales, l'alexithymie et la reconnaissance des émotions faciales, au sein d'un échantillon de patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés sous traitement substitutif à posologie stable depuis 3 mois. Nous détaillerons ici ce qui concerne l'étude de l'alexithymie au sein de cet échantillon.

1. Hypothèse de recherche :

La prévalence de l'alexithymie chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés est supérieure à celle de la population générale.

2. Objectifs de l'étude

a. Objectif principal :

- Mesurer la prévalence de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif.

b. Objectifs secondaires :

- Mesurer le score moyen à la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items de notre échantillon de patients.
- Mesurer les sous-scores aux 3 sous-dimensions principales de la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items
- Étudier le profil sociodémographique et clinique des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés.
- Comparer les profils sociodémographiques et cliniques des sous-groupes de patients alexithymiques et non-alexithymiques.
- Rechercher une association entre alexithymie et caractéristiques sociodémographiques, cliniques ou addictologiques.
- Comparer nos résultats (prévalence, score moyen à la TAS-20, score aux sous- dimensions) avec ceux d'une étude récente sur l'alexithymie auprès d'une population de témoins français tout venants, et auprès d'un échantillon de sujets toxicomanes non stabilisés.

3. Description de l'étude

a. Type d'essai

Type d'étude : Étude observationnelle exploratoire, non invasive, de physiopathologie, basée sur des tests cognitifs et des questionnaires, chez des patients vus en consultation spécialisée.

b. Justification de la qualification :

Risques minimes au regard de la liste fixée par l'arrêté du 03/05/2017 car la contrainte principale réside dans le fait de revenir sur une seconde visite pour la réalisation des tests.

4. Population étudiée

a. Critères d'inclusion

- Patient, homme ou femme, âgé de plus de 18 ans, souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés, sous traitement substitutif oral ou sublingual, à posologie stable depuis au moins 3 mois.
- Capable de donner son consentement éclairé à participer à la recherche.
- Capable de remplir un questionnaire en langue française.
- Affiliation à un régime de Sécurité Sociale.

b. Critères de non inclusion

- Population protégée : incapables majeurs, sujets privés de libertés.
- Patient en période de sevrage d'une ou plusieurs substances psychoactive(s).
- Symptomatologie psychiatrique aiguë ne permettant pas de remplir les formulaires.
- Troubles visuels empêchant la reconnaissance des couleurs.
- Refus de participation.

c. Procédure d'arrêt prématuré de traitement

Dans la mesure du possible, chaque patient sortant prématurément de l'étude devrait être remplacé par l'inclusion d'un nouveau patient ; ceci n'étant réalisable dans les faits que si le patient se retire de l'étude avant la séance d'évaluation. Néanmoins les deux entretiens étant séparés au maximum d'une semaine, le nombre de perdus de vue devrait être négligeable.

d. Période d'exclusion et participation à une autre recherche

Il n'y a pas de période d'exclusion ni d'interdiction de participer à une autre recherche.

e. Indemnisation des volontaires

Aucune indemnisation n'est prévue.

f. Modalités de recrutement

Le recrutement des patients doit répondre aux critères d'inclusion et de non-inclusion. Les patients doivent être suivis dans le Service d'Addictologie du Pôle de psychiatrie B du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand. Les patients seront informés par les médecins de l'unité d'addictologie du CHU Gabriel Montpied. Il y aura au moins une semaine de délai entre l'information et le recueil du consentement.

5. Méthodologie de l'étude

a. Critères d'évaluation

Critère d'évaluation principal

- Mesure de la prévalence de l'alexithymie (TAS-20) dans notre échantillon de 42 patients.

Critères d'évaluation secondaires

- Mesure du score moyen à la TAS-20 de notre échantillon de patients.
- Mesure des scores aux sous-dimensions de la TAS-20 (DIF, DDF, EOT).
- Description des caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques et addictologiques de notre échantillon de patients.
- Analyse comparative de nos résultats (prévalence, score moyen à la TAS-20 et score aux sous-dimensions) avec une population témoin française et un échantillon de patients toxicomanes non stabilisés d'une autre étude de la littérature.

b. Description de la méthodologie de la recherche

Il s'agit d'une étude observationnelle. L'évaluation est réalisée au cours de 2 rendez-vous, sans visite post-étude.

c. Description des mesures prises pour réduire et éviter les biais

Les traitements substitutifs aux opiacés ont pour but de saturer les récepteurs Mu. L'effet pharmacologique de tous ces traitements (Méthadone, Buprénorphine, Subutex, Suboxone, Orobupré) est d'environ 25h. Le mode d'administration est en une prise par jour, les récepteurs Mu sont saturés de manière stable entre 2 prises. Il n'y aura donc pas de biais par effet pic ou fin de dose chez des patients à posologie stable depuis 3 mois, sans symptôme de sevrage. Compte tenu du faible délai entre les 2 rendez-vous, il n'y a pas de pertes de vue envisagées.

6. Réalisation pratique du protocole

a. Description détaillée des actes et des échelles pratiqués sur les personnes

L'évaluation est réalisée au cours de 2 rendez-vous d'environ 1h chacun.

Déroulement du 1^{er} rendez-vous

Le 1^{er} rendez-vous est dédié au recueil des données sociodémographiques, de l'histoire, de l'évolution et de la sévérité de la maladie addictologique, au dépistage des pathologies psychiatriques actuelles ou passées et des troubles cognitifs associés.

Le dépistage des pathologies psychiatriques actuelles et passées est réalisé à l'aide du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI, version française issue du DSM-IV).

Le dépistage des troubles neurocognitifs est réalisé à l'aide du *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

L'histoire de la maladie addictologique et l'évaluation de la sévérité de la dépendance aux substances psychoactives est réalisé grâce aux critères de dépendance du DSM-V.

Échelle employée pour l'évaluation neurocognitive

Le MoCA (108) est un questionnaire à réponses courtes incluant quelques tâches que doit accomplir le sujet. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : mémoire à court terme, habiletés visuospatiales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage et orientation dans le temps et l'espace. Le MoCA est un outil de dépistage de l'atteinte neurocognitive.

La cotation de l'évaluation se fait directement sur la grille et simultanément à la passation (annexe 1).

L'évaluateur doit inscrire les réponses de la personne et les coter, 1 point en cas de réponse correcte et 0 point en cas de réponse incorrecte. Un score maximal de 30 points sera ainsi obtenu. Le score peut être interprété de la manière suivante (109):

- 27/30 = absence d'atteinte neurocognitive
- 18-26/30 = atteinte neurocognitive légère
- 10-17 = atteinte neurocognitive modérée
- Moins de 10 = atteinte neurocognitive sévère

Échelle employée pour le diagnostic des troubles psychiatriques actuels et passés

Le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) est un outil d'aide au diagnostic des principaux troubles psychiatriques. Nous avons utilisé la version la plus récente en langue française, à savoir le MINI issu du DSM-4 (110).

Le MINI est divisé en modules (annexe 2). Chaque module peut être administré séparément. Le MINI permet de repérer les troubles suivants :

- épisode dépressif majeur, dysthymie,
- risque suicidaire,
- épisode (hypo-)maniaque / trouble bipolaire,
- trouble panique,
- agoraphobie,
- phobie sociale,
- trouble obsessionnel compulsif,
- état de stress post-traumatique,
- alcool (dépendance / abus),
- drogues (dépendance / abus),
- troubles psychotiques,
- anorexie mentale,
- boulimie mentale,
- anxiété généralisée,
- troubles de la personnalité antisociale.

Le MINI est prévu pour être conduit par un clinicien lors d'un entretien en face à face. La période explorée concerne la vie entière et/ou la période actuelle (2 dernières semaines, mois écoulé, 3 derniers mois, 6 derniers mois ou 12 derniers mois selon les modules). Chaque module commence par une ou plusieurs questions filtres correspondant aux critères principaux du trouble présenté, puis une série de symptômes secondaires. Les modalités de réponse à l'ensemble des questions du MINI sont « oui » ou « non », ou un nombre (nombre d'épisodes, âge de début du trouble). Si les réponses à ces questions filtres s'avèrent positives, les suivantes sont posées, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné.

Critères utilisés pour mesurer le niveau de sévérité de la dépendance à une substance

Concernant l'évaluation de la dépendance aux substances psychoactives de nos sujets, nous avons choisi d'utiliser les critères les plus récents en langue française, à savoir ceux du DSM-5. Celui-ci propose un ensemble de critères diagnostiques pour le trouble de l'usage d'alcool ainsi que pour d'autres substances basé sur 11 critères (annexe 3), avec trois niveaux de sévérité : faible (au moins 2 critères présents sur 11), modéré (au moins 4) et sévère (au moins 6).

Déroulement du 2^{ème} rendez-vous

Un 2^{ème} rendez-vous à une semaine d'intervalle est réalisé pour la passation des autres tests, à savoir le *Test de Reconnaissances des Émotions Faciales* (TREF) et la *Toronto Alexithymia Scale à 20 items* (TAS-20).

Évaluation de la reconnaissance des émotions faciales

Le TREF est réalisé sur un fichier PowerPoint. Un diaporama de 54 images de visages est lancé et chaque image s'affiche automatiquement 10 secondes puis s'affiche une diapositive avec les 6 émotions et le patient a le temps qu'il souhaite pour choisir l'émotion présentée. Sa réponse sera orale, elle sera ensuite répertoriée dans un fichier Excel prévu avec le test par le créateur du test. Chaque image est une photo de visage avec une des 6 émotions présentée dans ce test : colère, tristesse, dégoût, peur, joie, mépris.

Évaluation de l'alexithymie

Nous avons retenu la *Toronto Alexithymia Scale* à 20 items pour mesurer l'alexithymie dans notre échantillon de patients. La TAS-20 est un auto-questionnaire sur format papier. Le patient entoure directement sur la feuille chaque réponse à chaque item. L'auto-questionnaire est composé de 20 items cotés selon une échelle de type Likert de 1 à 5 (1, désaccord complet ; 5 accord complet). Cette échelle évalue trois sous-dimensions centrales de l'alexithymie : la difficulté à identifier les émotions (*Difficulties Identifying Feelings* ou DIF), la difficulté à décrire les émotions (*Difficulties Describing Feelings* ou DDF) et le mode de pensée concret ou orienté vers l'extérieur (*Externally Oriented concrete Thinking* ou EOT).

Les notes seuils validées en population française permettent de dépister les sujets alexithymiques des autres sont rangées de la sorte (32) :

- Alexithymiques, score supérieur ou égal à 56
- Subalexithymiques, score compris entre 45 et 55
- Non-alexithymiques, score inférieur ou égal à 44

b. Description de l'organisation logistique générale de l'essai

Les rendez-vous ont lieu dans le service d'addictologie du CHU Montpied. Le recrutement des patients est réalisé par le Dr Julien CABÉ, Praticien hospitalier dans le service d'Addictologie et de pathologies duelles au CHU Montpied à Clermont Ferrand. La passation des tests est réalisée par Mr CHARPY Arnaud et Mlle MENNETRIER Myriam, internes en psychiatrie 4^e et 3^e années, sous la responsabilité du Professeur Georges BROUSSE

L'analyse et le traitement des données recueillies sont réalisées par Mr Arnaud CHARPY et Mlle Myriam MENNETRIER, avec l'aide de Mme Ingrid de CHAZERON, assistante de recherche clinique et de Mme Céline LAMBERT, biostatisticienne.

c. Durée prévue de participation et description de la chronologie de l'essai

La durée de l'étude est estimée à 1 an.

La date de début de l'étude (premier patient inclus) est Mai 2020.

La date de fin de l'étude (fin de suivi du dernier patient de l'étude) est prévue en Mai 2021.

La durée totale de participation à l'étude pour le patient est fixée à 1 semaine.

La date de fin d'étude sera transmise à l'autorité compétente et au Comité de Protection des Personnes (CPP). dans un délai de 90 jours. En cas d'arrêt prématuré de l'étude, l'information sera transmise dans un délai de 15 jours à l'autorité compétente et au CPP.

d. Accord du comité de protection des personnes

Le protocole de recherche intitulé « RBHP 2019 BROUSSE 3 – REMOFA » ayant pour objet l'évaluation de la reconnaissance des émotions faciales et de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés sous traitement substitutif oral. Ce protocole a été promu par le CHU de Clermont-Ferrand, et a pour investigateur principal le Professeur Georges BROUSSE. Le protocole REMOFA a obtenu un avis favorable à la recherche par le Comité de Protection des Personnes lors de la séance du 17 mars 2020.

7. Données recueillies

Les données recueillies au cours de ces entretiens sont les suivantes :

- Données sociodémographiques :

Genre, âge, statut marital, nombre d'enfants, situation professionnelle, catégorie socio-professionnelle.

- Histoire de la maladie addictologique, et sévérité de la dépendance :

Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ou en addictologie.

Produits consommés au cours des 3 derniers mois : fréquence des consommations, voie d'administration, critères de sévérité des dépendances actuelles (DSM-5).

Pour les opiacés uniquement : critères de sévérité de la dépendance passée aux opiacés (avant la substitution), quantité d'opiacés consommés antérieurement par jour,

- Données thérapeutiques :

Traitement substitutif actuel avec posologie et nombre de prise par jour, existence d'un mésusage. Autres traitements psychotropes en cours.

- MINI pour le dépistage des pathologies psychiatriques associées.
- MoCA pour le dépistage de troubles neurocognitifs.
- TREF pour mesurer la capacité de reconnaissance des émotions faciales.
- TAS-20 pour mesurer l'alexithymie.

8. Considérations statistiques

a. Nombre de sujets à inclure

Le nombre de sujets à inclure au sein du protocole REMOFA a été calculé selon le score au TREF dans la population générale puisqu'il s'agit de la dimension statistique la plus limitante, avec 76.45% de bonnes réponses dans le groupe sain et 61.28% dans le groupe schizophrène (111). La proportion théorique est de 0.76 et la proportion observée de 0.60. Le risque de 1^{ère} espèce est de 0.05 et la puissance de 0.80.

Au total, le nombre de sujets à inclure est de 49 patients dépendants aux opiacés. Néanmoins et dans le but de tenir compte d'une éventuelle hétérogénéité des types de patients selon le type de substitution, il semble préférable de doubler l'effectif calculé et arrondi à 50, ce qui amène le nombre de sujet à inclure à 100 patients. Une analyse intermédiaire à mi-parcours (50 sujets), dans l'objectif d'effectuer une ré-estimation de la puissance est envisagée.

b. Analyse de données : généralités

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

La population a été décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne \pm écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. La prévalence de l'alexithymie a été présentée sous forme de taux et intervalle de confiance (IC) à 95%. Les patients alexithymiques et non alexithymiques ont été comparés par des tests statistiques usuels : test du khi-2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et test t de Student ou test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives.

Les données de l'étude REMOFA ont par ailleurs été comparées à celles de l'étude LITTE, par le test du Khi-2 ou le test exact de Fisher pour la prévalence de l'alexithymie, et par le test t de Student pour les différents scores de l'échelle TAS-20.

c. Analyse principale

L'analyse principale de notre étude correspond à la mesure de la prévalence de l'alexithymie (score à la TAS-20 supérieur ou égal à 56) dans notre échantillon de patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois.

d. Analyses secondaires

Une analyse secondaire sera effectuée pour mesurer le score moyen à la TAS-20 de notre échantillon, ainsi que les scores aux différentes sous-dimensions de la TAS-20

Nous réaliserons également une analyse comparative du profil sociodémographique et clinique des groupes de patients alexithymiques avec le groupe des patients non-alexithymiques, afin de rechercher des différences significatives entre ces 2 groupes.

Nous effectuerons ensuite une analyse comparative de nos résultats (prévalence, score moyen et score aux sous-dimensions de la TAS-20) avec des données issues d'une population témoin française (sujets tout venants), et d'un échantillon de sujets toxicomanes non stabilisés (29).

e. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou invalides

Pas de données manquantes, inutilisées ou invalides.

f. Responsables de l'analyse

Ingrid de CHAZERON, Assistante de Recherche Clinique, Psychiatrie B, CHU Montpied, Clermont-Ferrand.

Céline LAMBERT, Biostatisticienne, Secteur Biométrie et Médico-économie, Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, CHU Montpied, Clermont-Ferrand.

3. Résultats

A. Analyse descriptive de l'échantillon

L'analyse descriptive a pour objectif de décrire le profil sociodémographique, clinique et thérapeutique des sujets de l'échantillon.

1. Données sociodémographiques

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon. Parmi les 42 sujets inclus dans notre étude, 29 sont de genre masculin (69,1 %) et 13 sont de genre féminin (30,9%). L'âge moyen de notre échantillon est 40,9 ans (\pm 8,1 ans). Parmi nos sujets, 16 (38,1%) ont une situation professionnelle stable (Contrat à Durée Indéterminée), 5 (11,9%) ont une situation professionnelle précaire (Contrat à Durée Déterminée) et 21 (50%) sont inactifs dont 1 est étudiant. D'un point de vue socio-professionnel, 3 sujets (7,1%) sont artisans ou commerçants, 26 (61,9%) sont employés, 5 sont ouvriers (11,9%) et 8 sont sans profession (19,1%). Sur le plan familial, 15 sujets sont célibataires (35,7%), 19 sont en couple (45,2%) et 8 sont séparés ou divorcés (19,1%). Par ailleurs, 19 sujets n'ont pas d'enfants (45,2%), 15 sujets ont 1 enfant (35,7%), 4 sujets ont 2 enfants (9,5%) et 4 sujets ont 3 enfants (9,5%). Le nombre médian d'enfants de notre échantillon est 1 (0-1)

Tableau 1- Description des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Paramètre sociodémographique (N ; %)	Caractéristiques de l'échantillon (N=42)
Genre	
Masculin	29 (69,1)
Age	40,9 ± 8,1
Situation professionnelle	
CDI	16 (38,1)
CDD	5 (11,9)
Inactif et étudiants	21 (50)
Catégorie socio-professionnelle	
Artisan, commerçant	3 (7,1)
Employé	26 (61,9)
Ouvrier	5 (11,9)
Sans profession	8 (19,1)
Situation familiale	
Célibataire	15 (35,7)
En couple	19 (45,2)
Séparé / divorcé	8 (19,1)
Nombre d'enfants	
Médiane	1 (0 – 1)

2. Caractéristiques cliniques de l'échantillon

a. Caractéristiques psychiatriques

Les caractéristiques psychiatriques et neurocognitives de notre échantillon de sujets sont présentées dans le tableau II.

Tout d'abord, parmi nos 42 sujets, 12 ont au moins un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (28,6%). Par ailleurs, 2 sujets (4,8%) souffrent d'un épisode dépressif majeur actuel, 30 d'un épisode dépressif majeur passé (71,4%) et 12 sujets n'ont aucun antécédent d'épisode dépressif (28,6%). Le nombre médian d'épisodes dépressifs majeurs de notre échantillon est de 1 épisode (1-3). L'âge moyen du premier épisode dépressif majeur de notre échantillon est de 26,1 ans ($\pm 12,1$). Un seul sujet parmi les 42 de notre étude souffre d'une dysthymie actuelle (2,4%).

En outre 28 sujets n'ont pas de risque suicidaire actuel (66,7%), 13 ont un risque suicidaire léger (30,9%) et 1 sujet a un risque suicidaire moyen (2,4%).

Parmi notre échantillon, aucun sujet ne souffre d'un épisode maniaque actuel mais 1 sujet souffre d'un épisode hypomaniaque actuel (2,4%). 4 sujets ont un antécédent d'épisode maniaque (9,5%) et 2 sujets ont un antécédent d'épisode hypomaniaque (4,8%). Le nombre médian d'épisodes maniaques et hypomaniaques de notre échantillon est de 0 (0-0). L'âge moyen du premier épisode maniaque et hypomaniaque de notre échantillon est de 23,5 ans (\pm 9,2 ans).

Concernant l'évaluation du trouble panique et de l'agoraphobie dans notre étude, 5 patients ont un trouble panique vie entière (11,9%), et un sujet souffre d'un trouble panique actuel sans agoraphobie (2,4%). Un sujet a un antécédent d'attaques pauci-symptomatiques vie entière (2,4%). Six sujets souffrent d'une agoraphobie actuelle sans trouble panique (14,3%). 6 sujets souffrent d'une phobie sociale actuelle (14,3%) et 15 sujets ont un antécédent de phobie sociale (35,7%). Aucun sujet ne souffre ou n'a souffert de troubles obsessionnels compulsifs.

A propos de l'évaluation du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans notre échantillon, aucun sujet ne souffre d'un SSPT actuel mais 11 sujets ont un antécédent de SSPT (26,2%).

Par ailleurs, 2 sujets souffrent d'un syndrome psychotique vie entière (4,8%), mais aucun sujet ne souffre d'un syndrome psychotique actuel, ni d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel ou passé.

Concernant l'évaluation des troubles du comportement alimentaire dans notre étude, nous n'avons retrouvé aucun sujet souffrant ou ayant souffert d'anorexie mentale ni de boulimie.

Par ailleurs, 5 sujets de notre étude souffrent d'une anxiété généralisée actuelle (11,9%) et 12 ont un antécédent d'anxiété généralisée (28,6%).

Enfin, 3 sujets souffrent d'un trouble de la personnalité de type antisocial (7,1%).

b. Caractéristiques neurocognitives de l'échantillon

Enfin, l'évaluation neurocognitive de notre échantillon a montré que le score total moyen de notre échantillon est de 25,8 ($\pm 2,8$), avec un score moyen à la dimension visuo-spatiale de 4 ($\pm 1,0$) ; à la dénomination de 3 ; à l'attention de 4,8 ($\pm 1,2$) ; au langage de 2,9 ($\pm 0,4$) ; à l'abstraction de 1,5 ($\pm 0,6$) ; au rappel de 3,7 ($\pm 1,3$) ; et à l'orientation de 6. Aucun sujet ne souffrait de troubles cognitifs sévères mais 1 sujet souffrait de troubles cognitifs modérés (2,4%) et 20 sujets souffraient de troubles cognitifs légers (50,0%).

Tableau 2 - Description des caractéristiques psychiatriques et neurocognitives de l'échantillon

Troubles psychiatriques et neurocognitifs (N ;%)	Caractéristiques de l'échantillon (N=42)
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie : Oui	12 (28,6)
Épisode dépressif majeur (EDM)	
Actuel	2 (4,8)
Passé	30 (71,4)
Nombre d'EDM	1 (1-3)
Age du premier EDM (P50 ; ET)	26,1 ± 12,1
Dysthymie	
Actuelle	1 (2,4)
Risque suicidaire actuel	
Aucun	28 (66,7)
Léger	13 (30,9)
Moyen	1 (2,4)
Épisode maniaque (EM)	
Actuel	0
Passé	4 (9,5)
Épisode hypomaniaque (EH)	
Actuel	1 (2,4)
Passé	2 (4,8)
Nombre d'EM et d'EH	0 (0-0)
Age du premier EM ou EH	23,5 ± 9,2
Trouble panique	
Vie entière	5 (11,9)
Actuel	1 (2,4)
Attaques pauci-symptomatiques	
Vie entière	1 (2,4)
Trouble panique actuel	
Sans agoraphobie	1 (2,4)
Avec agoraphobie	0
Agoraphobie sans trouble panique	
Actuel	6 (14,3)
Phobie sociale	
Actuelle	6 (14,3)
Passée	15 (35,7)
Troubles obsessionnels compulsifs	
Actuels, Passés	0
Syndrome de stress post-traumatique	
Actuel	0
Passé	11 (26,2)
Syndrome psychotique	
Vie entière	2 (4,8)
Actuel	0
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques : Actuel, Passé	0
Anorexie mentale et Boulimie : Actuelle, passée	0
Anxiété généralisée	
Actuelle	5 (11,9)
Passée	12 (28,6)
Trouble de la personnalité antisociale	
Vie entière	3 (7,1)
MoCA : Score total	25,8 ± 2,8
Troubles neurocognitifs	
Légers	21 (50,0)
Modérés	1 (2,4)
Sévères	0
Sous-dimensions à la MoCA	
Visuo-spatial et exécutif	4,0 ± 1,0
Dénomination	3 ± 0,0
Attention	4,8 ± 1,2
Langage	2,9 ± 0,4
Abstraction	1,5 ± 0,6
Rappel	3,7 ± 1,3
Orientation	6 ± 0

3. Caractéristiques addictologiques de l'échantillon

Les caractéristiques addictologiques de notre échantillon de sujets sont présentées dans le tableau III.

Parmi nos 42 sujets, 40 consomment du tabac fumé (95,2%) et 35 sujets consomment de l'alcool par ingestion (83,3%). Parmi les consommateurs d'alcool, 13 sujets consomment 1 fois par mois ou moins (37,1%), 9 consomment de l'alcool 1 fois par semaine (25,7%), 8 sujets consomment 2 à 3 fois par semaine (22,9%) et 5 sujets consomment quotidiennement (14,3%). Parmi les consommateurs, 30 n'ont pas de dépendance à l'alcool (85,7%), 2 sujets ont une dépendance modérée (5,7%) et 3 sujets ont une dépendance sévère (8,6%).

Concernant les consommations de cannabis dans notre échantillon, 24 sujets déclarent des consommations au cours des 3 derniers mois (57,1%). Parmi ces consommateurs, 9 sujets consomment du cannabis à raison d'1 fois par mois ou moins (37,5%), 4 sujets consomment du cannabis à raison d'1 fois par semaine (16,7%), 2 sujets consomment 4 à 6 fois par semaine (8,3%) et 9 sujets consomment quotidiennement (37,5%). Parmi eux, 14 sujets n'ont pas de dépendance au cannabis (58,3%), 2 sujets ont une dépendance légère (8,3%), 3 sujets ont une dépendance modérée (12,5%) et 5 sujets ont une dépendance sévère au cannabis (20,8%).

Du point de vue des consommations de cocaïne de notre échantillon de sujets, 12 sujets déclarent des consommations au cours des 3 derniers mois (28,6%). Par ces derniers, 9 sujets consomment de la cocaïne fumée (75%) et 8 sujets consomment de la cocaïne sniffée (66,7%).

Parmi eux, 5 sujets consomment de la cocaïne à raison d'1 fois par mois ou moins (41,7%), 4 sujets consomment 1 fois par semaine (33,3%) et 3 sujets consomment 2 à 3 fois par semaine (25%). Au sein du sous-groupe des consommateurs, 6 sujets n'ont pas de dépendance à la cocaïne (50,0%), 2 sujets ont une dépendance légère (16,7%), 2 sujets ont une dépendance modérée (16,7%) et 2 sujets ont une dépendance sévère (16,7%).

Concernant les consommations d'opiacés (héroïne uniquement) de notre échantillon, 8 sujets déclarent des consommations d'héroïne au cours des 3 derniers mois (19,1%). Parmi ces consommateurs, 2 sujets consomment de l'héroïne fumée (25%) et 7 sujets consomment de l'héroïne sniffée (87,5%). Parmi eux, 4 sujets consomment de l'héroïne à raison d'1 fois par mois ou moins (50%), 2 sujets consomment 1 fois par semaine (25%), 1 sujet consomme 4 à 6 fois par semaine (12,5%), et 1 sujet consomme quotidiennement (12,5%).

Au sein du sous-groupe des consommateurs d'opiacés, 2 sujets n'ont aucune dépendance actuelle aux opiacés (25%), 3 sujets souffrent d'une dépendance légère (37,5%), 1 sujet d'une dépendance modérée (12,5%), et 2 sujets d'une dépendance sévère (25%).

Nous nous sommes également intéressés aux consommations d'opiacés passées de notre échantillon de patient, c'est à dire avant l'instauration d'un traitement substitutif aux opiacés. Dans notre échantillon, 17 sujets consommaient de l'héroïne fumée (40,5%), 39 sujets consommaient de l'héroïne en sniff (92,9%), et 8 sujets consommaient de l'héroïne en injection intraveineuse (19,1%). Par ailleurs au sein de notre échantillon, tous les sujets ont souffert d'une dépendance passée au moins modérée aux opiacés. 1 sujet souffrait d'une dépendance modérée aux opiacés (2,4%) et 41 sujets souffraient d'une dépendance sévère (97,6%). La consommation antérieure moyenne d'héroïne de ces sujets était de 3,3 grammes par jour ($\pm 2,7$).

Tableau 3 - Description des caractéristiques addictologiques de la population

Substances, mode et fréquence des consommations, sévérité de la dépendance	Caractéristiques de l'échantillon (N=42)
Tabac : Oui (N ; %)	40 (95,2)
Alcool : Oui	35 (83,3)
Fréquence de consommation	
1 fois par mois ou moins	13 (37,1)
1 fois par semaine	9 (25,7)
2 à 3 fois par semaine	8 (22,9)
Quotidien	5 (14,3)
Sévérité de la dépendance	
Pas de dépendance	30 (85,7)
Légère	0 (0,0)
Modérée	2 (5,7)
Sévère	3 (8,6)
Cannabis : Oui	24 (57,1)
Fréquence de consommation	
1 fois par mois ou moins	9 (37,5)
1 fois par semaine	4 (16,7)
4 à 6 fois par semaine	2 (8,3)
Quotidien	9 (37,5)
Sévérité de la dépendance	
Pas de dépendance	14 (58,3)
Légère	2 (8,3)
Modérée	3 (12,5)
Sévère	5 (20,8)
Cocaïne : Oui	12 (28,6)
Mode de consommation actuel	
Fumée / inhalée	9 (75,0)
Sniffée	8 (66,7)
Fréquence de consommation	
1 fois par mois ou moins	5 (41,7)
1 fois par semaine	4 (33,3)
2 à 3 fois par semaine	3 (25,0)
Sévérité de la dépendance	
Pas de dépendance	6 (50,0)
Légère	2 (16,7)
Modérée	2 (16,7)
Sévère	2 (16,7)
Opiacés, actuellement : Oui	8 (19,1)
Mode de consommation actuel	
Fumée / inhalé	2 (25,0)
Sniffé	7 (87,5)
Injecté	0 (0,0)
Fréquence de consommation	
1 fois par mois ou moins	4 (50,0)
1 fois par semaine	2 (25,0)
4 à 6 fois par semaine	1 (12,5)
Quotidien	1 (12,5)
Sévérité de la dépendance actuelle	
Aucune	2 (25,0)
Légère	3 (37,5)
Modérée	1 (12,5)
Sévère	2 (25,0)
Opiacés (antérieurement)	
Mode de consommation passé	
Fumé / inhalé	17 (40,5)
Sniffé	39 (92,9)
Injecté	8 (19,1)
Sévérité de la dépendance passée	
Aucune, Légère	0
Modérée	1 (2,4)
Sévère	41 (97,6)
Quantité d'héroïne (grammes/jour) (Moy ; ET)	3,3 ± 2,7

4. Caractéristiques des traitements de substitution de l'échantillon

Les caractéristiques des traitements de substitution de notre échantillon sont présentées dans le tableau 4. Concernant le type de traitement substitutif aux opiacés (TSO), 18 sujets bénéficient actuellement d'un traitement substitutif par Buprénorphine (42,9%), et 24 sujets d'un traitement par Méthadone (57,1%).

Au sein de notre échantillon, 37 sujets observent leur traitement à raison d'1 prise par jour (88,1%), 4 sujets prennent leur traitement en 2 prises par jour (9,5%), et 1 sujet en 3 prises par jour (2,4%).

Par ailleurs, 3 sujets surconsomment leur TSO (7,1%) et 2 sujets mésusent leur TSO en le sniffant (4,8%).

Tableau 4 - Description des caractéristiques des TSO de notre population

Traitement substitutif aux opiacés (N ; %)	Caractéristiques de l'échantillon (N=42)
Type de TSO Buprénorphine Méthadone	18 (42,9) 24 (57,1)
Nombre de prises par jour du TSO 1 prise par jour 2 prises par jour 3 prises par jour	37 (88,1) 4 (9,5) 1 (2,4)
Surconsommation du TSO Oui Non	3 (7,1) 39 (92,9)
Mésusage du TSO Sniff	2 (4,8)

5. Étude de l'alexithymie dans notre échantillon

Le score moyen à la TAS-20 et la prévalence de l'alexithymie dans notre échantillon de sujets sont présentées dans le tableau 5.

Le score moyen total à la TAS-20 de notre échantillon est 49,7 (\pm 12,6), ce qui correspond à un score subalexithymique.

Le score moyen au facteur 1 ou *Difficulties Identifying Feelings* (DIF) est 17,1 (\pm 6,6) sur 35. Le score moyen au facteur 2 ou *Difficulties Describing Feelings* (DDF) est de 14,6 (\pm 4,0) sur 25. Le score moyen au facteur 3 ou *External Oriented Thinkings* (EOT) est de 18,0 (\pm 4,9) sur 40.

En termes de prévalence, selon la valeur seuil de l'alexithymie déterminée en population générale française par Loas et al. (32), 15 sujets sur 42 sont alexithymiques soit 35,7% ; 18 sujets sont subalexithymiques soit 42,9% et 9 sujets ne sont pas alexithymiques (21,4%).

Conformément à la majorité des données de la littérature, les sujets subalexithymiques sont considérés comme non-alexithymiques. On peut donc considérer que 27 sujets sont non-alexithymiques (64,3%).

Tableau 5 - Mesure de l'alexithymie dans la population (prévalence, score moyen)

Alexithymie (TAS-20)	Caractéristiques de l'échantillon
Score total (<i>Moy ; ET</i>)	49,7 \pm 12,6
Score à la DIF (facteur 1)	17,1 \pm 6,6
Score à la DDF (facteur 2)	14,6 \pm 4,9
Score à l'EOT (facteur 3)	18,0 \pm 4,9
Alexithymie (% ; N)	
Oui	35,7 (15)
Subalexithymie	42,9 (18)
Non	21,4 (9)

B. Analyse comparative des groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques

Nous avons procédé à une analyse comparative des différentes caractéristiques précédemment étudiées, à savoir sociodémographiques, psychiatriques, addictologique, thérapeutiques, entre le groupe des sujets alexithymiques et le groupe des sujets non-alexithymiques. Ces données sont présentées dans le tableau 6.

1. Analyse comparative des données sociodémographiques

Nous avons tout d'abord procédé à l'analyse comparative des données sociodémographiques entre le groupe des sujets non-alexithymiques (NA) et le groupe des sujets alexithymiques (A).

Il y a 27 sujets dans le groupe des sujets non-alexithymiques, dont 10 femmes (37%) et 17 hommes (63%). Il y a 15 sujets dans le groupe des sujets alexithymiques, dont 3 femmes (20%) et 12 hommes (80%).

On observe que 76,9% des femmes de notre étude ne sont pas alexithymiques alors que 41,4% des hommes sont alexithymiques. Il n'existe cependant aucune différence significative entre ces groupes selon leur genre, et donc aucune association entre genre et alexithymie dans notre étude.

Par ailleurs, l'âge moyen des sujets non-alexithymiques est de 39,9 ans ($\pm 7,4$). Il est de 42,5 ans ($\pm 9,2$) dans le groupe des sujets alexithymiques. Cette différence ne s'avère pas significative.

Concernant la situation professionnelle de sujets non-alexithymiques, 11 sujets sont en CDI (40,7%), 3 sujets sont en CDD (11,1%) et 13 sujets sont inactifs (48,1%). Parmi les sujets alexithymiques, 5 sont en CDI (33,3%), 2 sont en CDD (13,3%) et 8 sont inactifs (53,3%).

Concernant la catégorie socio-professionnelle des sujets non-alexithymiques de notre étude, 2 sont artisans ou commerçants (7,4%), 19 sont employés (70,4%), 2 sont ouvriers (7,4%) et 4 sont sans profession (14,8%). Parmi les sujets alexithymiques, 1 est artisan ou commerçant (6,7%), 7 sont employés (46,7%), 3 sont ouvriers (20,0%) et 4 sont sans profession (26,7%).

Il n'existe pas de différence significative entre ces groupes, tant du point de vue de leur situation professionnelle que de leur catégorie socio-professionnelle.

Au sujet de la situation familiale des sujets non-alexithymiques, 10 sont célibataires (37,0%), 13 sont en couple (48,1%) et 5 sont séparés ou divorcés (14,8%). Parmi les sujets alexithymiques, 5 sujets sont célibataires (33,3%), 6 sujets sont en couple (40,0%) et 4 sujets sont séparés ou divorcés (26,7%). Il n'existe pas de différence significative concernant la situation familiale de ces groupes.

Par ailleurs, les sujets non-alexithymiques et alexithymiques ont 1 enfant en valeur médiane. Néanmoins, 25% des sujets non-alexithymiques ont au moins 2 enfants, contrairement aux sujets alexithymiques qui n'en ont qu'un.

En synthèse, il n'existe pas de différence significative concernant les caractéristiques sociodémographiques des groupes non-alexithymiques et alexithymiques.

Tableau 6 - Analyse comparative des caractéristiques sociodémographiques entre les groupes NA et A

Caractéristique sociodémographique	Non-alexithymiques	Alexithymiques	Total	p
Genre (N ; %)				
Féminin	10 (37,0)	3 (20,0)	13	0,31
Masculin	17 (63,0)	12 (80,0)	29	
Age	39,9 ± 7,4	42,5 ± 9,2		0,36
Situation professionnelle				
CDI	11 (40,7)	5 (33,3)	16	0,91
CDD	3 (11,1)	2 (13,3)	5	
Inactif	13 (48,1)	8 (53,3)	21	
Catégorie socio-professionnelle				
Artisan, commerçant	2 (7,4)	1 (6,7)	3	0,42
Employé	19 (70,4)	7 (46,7)	26	
Ouvrier	2 (7,4)	3 (20,0)	5	
Sans profession	4 (14,8)	4 (26,7)	8	
Situation familiale				
Célibataire	10 (37,0)	5 (33,3)	15	0,64
En couple	13 (48,1)	6 (40,0)	19	
Séparé / divorcé	4 (14,8)	4 (26,7)	8	
Nombre d'enfants (<i>Med ; quartiles</i>)	1 (0-2)	1 (0-1)		0,44

2. Analyse comparative des caractéristiques psychiatriques

L'analyse comparative des caractéristiques psychiatriques entre nos groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques est présentée dans le tableau 7.

a. Comparaison des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

Parmi les sujets non-alexithymiques, 6 ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (22,2%) contre 6 chez les sujets alexithymiques (40%). Cette différence ne s'avère cependant pas significative.

b. Comparaison des épisodes dépressifs majeurs

Parmi les sujets non-alexithymiques, aucun ne souffre d'un épisode dépressif majeur actuel (EDM), et 18 sujets ont au moins un antécédent d'EDM (66,7%). Le nombre médian d'EDM chez ces sujets est de 1 (0-2).

Parmi les sujets alexithymiques, 2 souffrent d'un EDM actuel (13,3%), et 12 ont au moins un antécédent d'EDM (80%). Le nombre médian d'EDM chez ces sujets est de 2 (1-5).

Parmi ces caractéristiques psychiatriques, seul le nombre d'épisodes dépressifs majeurs s'avère significativement supérieur dans le groupe des sujets alexithymiques comparativement au groupe des sujets non-alexithymiques ($p=0,012$)

c. Comparaison de la dysthymie

Aucun sujet du groupe des sujets non-alexithymiques ne souffre de dysthymie actuelle. Dans le groupe des sujets alexithymiques on recense un sujet souffrant de dysthymie actuelle (2,4%). Cette différence ne s'avère pas significative

d. Comparaison du risque suicidaire

Parmi les sujets non-alexithymiques, 8 sujets ont un risque suicidaire léger (29,6%) et 1 sujet a un risque suicidaire moyen (3,7%). Parmi les sujets alexithymiques, 5 ont un risque suicidaire léger (33,3%) mais aucun n'a un risque suicidaire moyen. Il n'existe aucune différence significative entre les groupes concernant leur risque suicidaire actuel.

c. Comparaison des épisodes maniaques et hypomaniaques

On retrouve 2 sujets présentant au moins un antécédent d'épisode maniaque (7,4%) et 1 sujet ayant un antécédent d'épisode hypomaniaque (3,7%) parmi les sujets non-alexithymiques. Au sein du groupe des alexithymiques il y a 2 sujets qui ont au moins un antécédent d'épisode maniaque (13,3%), un sujet qui présente un état hypomaniaque actuel (6,7%) et un sujet qui a au moins un antécédent d'épisode hypomaniaque (6,7%).

Le nombre médian d'épisodes maniaques et hypomaniaques dans les 2 sous-groupes est 0 (0-0).

On ne retrouve pas de différences significatives entre ces groupes concernant ces caractéristiques.

d. Comparaison des troubles paniques, de l'agoraphobie, de la phobie sociale et des troubles obsessionnels compulsifs

Au sein du groupe des non-alexithymiques, 2 sujets souffrent de trouble panique (TP) vie entière (7,4%), 1 sujet souffre de TP actuel sans agoraphobie (3,7%), 6 sujets souffrent d'agoraphobie actuelle sans TP (22,2%), 5 sujets souffrent de phobie sociale actuelle (18,5%) et 9 sujets ont un antécédent de phobie sociale (33,3%).

Dans le groupe des alexithymiques, 3 sujets souffrent de TP vie entière (20,0%) mais aucun sujet ne souffre de TP actuel ni d'agoraphobie actuelle, 1 sujet souffre d'attaques pauci-symptomatiques vie entière (6,7%), 1 sujet souffre de phobie sociale actuelle (6,7%) et 6 sujets de phobie sociale passée (40,0%).

Aucune de ces différences entre les groupes de sujets ne s'avère significative.

e. Comparaison du syndrome de stress post-traumatique

Parmi les sujets non-alexithymiques, 1 sujet souffre de SSPT actuel (3,7) et 7 sujets ont un antécédent de SSPT (25,9%). Parmi les sujets alexithymiques, aucun ne souffre de SSPT actuel et 4 ont un antécédent de SSPT (26,7%). Ces différences ne sont pas significatives.

f. Comparaison du syndrome psychotique

Dans le groupe des sujets non-alexithymiques, il n'existe pas de sujet ayant un antécédent de syndrome psychotique ni de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.

Dans le groupe des sujets alexithymiques, on retrouve 2 sujets souffrant d'un syndrome psychotique vie entière (13,3%). Il n'existe pas de différences significatives entre les groupes.

g. Comparaison des troubles du comportement alimentaire

Il n'existe aucun sujet souffrant d'un trouble du comportement alimentaire actuel ou passé dans notre étude.

h. Comparaison de l'anxiété généralisée

Parmi les sujets non-alexithymiques, 3 sujets souffrent d'une anxiété généralisée actuelle (11,1%) et 10 ont un antécédent d'anxiété généralisée (37,0%).

Parmi les sujets alexithymiques, 2 souffrent d'une anxiété généralisée actuelle (13,3%) et 2 ont un antécédent d'anxiété généralisée (13,3%). Aucune de ces différences entre ces groupes ne s'avère significative.

i. Comparaison du trouble de la personnalité antisociale

Dans le groupe des sujets non-alexithymiques, on retrouve 2 sujets souffrant d'un trouble de la personnalité de type antisociale (7,4%). Dans le groupe des sujets alexithymiques il y a 1 sujet qui souffre de ce trouble (6,7%). Cette différence n'est pas significative.

j. Comparaison des scores à la MoCA

Les sujets non-alexithymiques ont un score moyen à la MoCA évalué à 25,9 ($\pm 2,9$) avec des sous-scores de 4,0 ($\pm 1,1$) en capacités visuo-spatiales et exécutives ; 3 en dénomination ; 4,7 ($\pm 0,3$) en attention ; 2,9 ($\pm 0,3$) en langage ; 1,5 en abstraction ($\pm 0,6$) ; 3,7 ($\pm 1,2$) en rappel et 6 en orientation. Au sein de ce groupe, 14 sujets présentent une atteinte neurocognitive au moins légère (51,9%).

Les sujets alexithymiques ont un score moyen à la MoCA évalué à 25,7 ($\pm 2,7$) avec des sous-scores de 3,8 ($\pm 0,8$) en capacités visuo-spatiales et exécutives ; 3 en dénomination ; 4,9 ($\pm 1,4$) en attention ; 2,8 en langage ($\pm 0,4$) ; 1,5 ($\pm 0,6$) en abstraction ; 3,5 ($\pm 1,6$) en rappel et 6 en orientation. Parmi eux, 8 sujets présentent une atteinte neurocognitive au moins légère (53,3%). Il n'existe aucune différence significative entre ces 2 groupes.

Tableau 7 - Analyse comparative des caractéristiques psychiatriques entre les groupes NA et A

Troubles psychiatriques / MoCA	Non-alexithymiques	Alexithymiques	Total	p
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie : Oui (N ; %)	6 (22,2)	6 (40,0)	12	0,29
Épisode dépressif majeur (EDM)				
Actuel	0	2 (13,3)	2	0,49 0,012 0,62
Passé	18 (66,7)	12 (80,0)	30	
Nombre d'EDM (Med ; quartiles)	1 (0-2)	2 (1-5)		
Age du premier EDM (Moy ; ET)	25,1 ± 10,6	27,4 ± 14,1		
Dysthymie				
Actuelle	0	1 (2,4)	1	
Risque suicidaire actuel				
Aucun	18 (66,7)	10 (66,7)	28	1,00
Léger	8 (29,6)	5 (33,3)	13	
Moyen	1 (3,7)	0	1	
Épisode maniaque (EM)				
Passé	2 (7,4)	2 (13,3)	4	0,61
Épisode hypomaniaque (EH)				
Actuel	0	1 (6,7)	1	0,28
Passé	1 (3,7)	1 (6,7)	1	
Nombre d'EM et d'EH	0 (0-0)	0 (0-0)		
Age du premier EM ou EH (Moy ; ET)	27,0 ± 7,9	20,1 ± 10,6		
Trouble panique				
Vie entière	2 (7,4)	3 (20,0)	5	0,33
Actuel	1 (3,7)	0	1	
Attaques pauci-symptomatiques				
Vie entière	0	1 (6,7)	1	
Trouble panique actuel				
Sans agoraphobie	1	0	1	
Agoraphobie sans trouble panique				
Actuel	6 (22,2)	0	6	0,07
Phobie sociale				
Actuelle	5 (18,5)	1 (6,7)	6	0,40
Passée	9 (33,3)	6 (40,0)	15	0,67
Syndrome de stress post-traumatique				
Actuel	1 (3,7)	0	1	1,00
Passé	7 (25,9)	4 (26,7)	11	
Syndrome psychotique				
Vie entière	0	2 (13,3)	2	
Anxiété généralisée				
Actuelle	3 (11,1)	2 (13,3)	5	1,00
Passée	10 (37,0)	2 (13,3)	12	0,16
Trouble de la personnalité antisociale				
Vie entière	2 (7,4)	1 (6,7)	3	1,00
MoCA : Score total (Moy ; ET)	25,9 ± 2,9	25,7 ± 2,7	25,8 ± 2,8	0,86
Visuo-spatial et exécutif	4,0 ± 1,1	3,8 ± 0,8	4,0 ± 1,0	0,53
Dénomination	3 ± 0,0	3 ± 0,0	3 ± 0,0	
Attention	4,7 ± 1,1	4,9 ± 1,4	4,8 ± 1,2	0,30
Langage	2,9 ± 0,3	2,8 ± 0,4	2,9 ± 0,4	0,44
Abstraction	1,5 ± 0,6	1,5 ± 0,6	1,5 ± 0,6	0,75
Rappel	3,7 ± 1,2	3,5 ± 1,6	3,7 ± 1,3	0,86
Orientation	6 ± 0,0	6 ± 0,0	6 ± 0,0	
Troubles neurocognitifs au moins légers	14 (51,9)	8 (53,3)	22	0,93

3. Analyse comparative des caractéristiques addictologiques

Nous avons ensuite réalisé une analyse comparative des données addictologiques entre les 2 groupes, dont les résultats sont présentés dans le tableau 8.

a. Comparaison des consommations de tabac

Parmi les sujets non-alexithymiques, 25 sont des consommateurs de tabac (92,6%) alors que tous les sujets alexithymiques consomment du tabac (N=15, 100%). Cependant cette différence n'est pas significative.

b. Comparaison des consommations d'alcool

Au sein du groupe des sujets non-alexithymiques, 23 sujets consomment de l'alcool (85,2%) dont 10 consomment de l'alcool 1 fois par mois ou moins (23,1%), 5 en consomment 1 fois par semaine (18,5%), 5 en consomment 2 à 3 fois par semaine (18,5%) et 3 consomment de l'alcool quotidiennement (11,1%). Parmi ces sujets, 26 sujets ne présentent aucune dépendance à l'alcool (moins de 2 critères au questionnaire DSM-V), et 1 sujet présente une dépendance au moins légère à l'alcool (dépendance modérée). Aucun sujet ne présente une dépendance sévère à l'alcool.

Parmi les sujets alexithymiques, 12 sujets consomment de l'alcool (80%) dont 3 consomment 1 fois par mois ou moins (20%), 4 consomment 1 fois par semaine (26,7%), 3 consomment 2 à 3 fois par semaine (20%) et 2 consomment quotidiennement (13,3%). Parmi ces sujets, 11 ne présentent aucune dépendance à l'alcool, 4 sujets présentent une dépendance au moins légère, et 3 sujets présentent une dépendance sévère à l'alcool.

En comparant ces groupes vis à vis de leurs consommations d'alcool, on remarque que la sévérité de la dépendance à l'alcool est significativement supérieure dans le groupe alexithymiques. En effet, on remarque au sein du groupe alexithymiques qu'il y a significativement plus de sujets présentant une dépendance à l'alcool, qu'il s'agisse d'une dépendance au moins légère ($p=0,047$), au moins modérée ($p=0,047$), ou sévère (0,04). Les autres paramètres ne sont pas significativement différents entre ces 2 groupes.

c. Comparaison des consommations de cannabis

Parmi les sujets non-alexithymiques, 14 sujets consomment du cannabis (51,9%), 7 présentent une dépendance au moins légère au cannabis (25,9%), 6 sujets présentent une dépendance au moins modérée (22,2%) et 3 sujets présentent une dépendance sévère (11,1%).

Dans le groupe des sujets alexithymiques, 10 sujets consomment du cannabis (66,7%), 3 sujets présentent une dépendance au moins légère au cannabis (20,0%), et 2 sujets présentent une dépendance sévère au cannabis (13,3%).

Ces différences entre ces 2 groupes ne s'avèrent pas significatives.

d. Comparaison des consommations de cocaïne

Parmi les sujets non-alexithymiques, 7 consomment de la cocaïne (25,9%), dont 3 en consomment à raison d'1 fois par mois ou moins (11,1%), 2 en consomment 1 fois par semaine (7,4%), 2 en consomment à raison de 2 à 3 fois par semaine (7,4%). Parmi ces sujets, 6 consomment de la cocaïne en sniff (22,2%) et 4 consomment de la cocaïne fumée (14,8%). Au sein de ce groupe, 2 sujets présentent une dépendance au moins légère à la cocaïne (7,4%), et 1 sujet présente une dépendance au moins modérée (3,7%).

Parmi les sujets alexithymiques, 5 consomment de la cocaïne (33,3%), dont 2 consomment à raison d'1 fois par mois ou moins (13,3%), 2 en consomment 1 fois par semaine (13,3%), et 1 consomme à raison de 2 à 3 fois par semaine (6,7%). Parmi ces sujets, 2 consomment de la cocaïne en sniff (13,3%) et 5 consomment de la cocaïne fumée (33,3%). Au sein de ce groupe, 4 sujets présentent une dépendance au moins légère à la cocaïne (26,7%), 3 sujets présentent une dépendance au moins modérée (20,0%) et 2 sujets présentent une dépendance sévère (13,3%).

Aucune de ces différences entre ces 2 groupes ne s'avère significative.

e. Comparaison des consommations d'opiacés

Concernant les consommations actuelles d'opiacés des sujets non-alexithymiques, 4 consomment actuellement de l'héroïne (14,8%), dont 3 en consomment à raison d'1 fois par mois ou moins (11,1%), et 1 en consomme quotidiennement (3,7%). Parmi ces sujets, 3 consomment de l'héroïne en sniff (11,1%) et 1 sujet consomme de l'héroïne fumée (3,7%). Au sein de ce groupe, 3 sujets ont une dépendance actuelle au moins légère aux opiacés (11,1%), 2 sujets ont une dépendance actuelle au moins modérée (7,4%) et 1 sujet a une dépendance actuelle sévère (3,7%). Concernant leurs modes de consommations antérieurs, 24 sujets consommaient de l'héroïne sniffée (88,9%), 12 de l'héroïne fumée (44,4%) et 5 de l'héroïne injectée (18,5%). La valeur médiane de consommation d'héroïne de ces sujets était de 3 grammes par jour (2-5).

Parmi les sujets alexithymiques, 4 consomment de l'héroïne (26,7%), dont 1 consomme à raison d'1 fois par mois ou moins (6,7%), 2 en consomment 1 fois par semaine (13,3%), et 1 consomme à raison de 4 à 6 fois par semaine (6,7%). Parmi ces sujets, 5 consomment actuellement de l'héroïne en sniff (33,3%) et 1 consomme de l'héroïne fumée (6,7%).

Au sein de ce groupe, 3 sujets ont une dépendance actuelle au moins légère aux opiacés (20,0%), et 1 sujet a une dépendance sévère aux opiacés (6,7%).

Concernant leurs modes de consommations antérieurs, 15 sujets consommaient de l'héroïne sniffée (100%), 12 de l'héroïne fumée (33,3%) et 3 de l'héroïne injectée (20,0%). La valeur médiane de consommation d'héroïne de ces sujets était de 2 grammes par jour (2-4).

Aucune des différences concernant les consommations d'opiacés actuelles ou passées entre ces 2 groupes ne s'avère significative.

Tableau 8 - Analyse comparative des caractéristiques addictologiques entre les groupes NA et A

Caractéristiques addictologiques	Non-alexithymiques	Alexithymiques	p
Tabac (N ;%) : Oui	25 (92,6)	15 (100,0)	
Alcool : Oui	23 (85,2)	12 (80,0)	0,69
Fréquence de consommation			
1 fois par mois ou moins	10 (23,1)	3 (20,0)	
1 fois par semaine	5 (18,5)	4 (26,7)	0,84
2 à 3 fois par semaine	5 (18,5)	3 (20,0)	
Quotidien	3 (11,1)	2 (13,3)	
Sévérité de la dépendance actuelle			
Aucune	26 (29,7)	11 (73,3)	0,047
Au moins légère (≥ 2)	1 (3,7)	4 (26,7)	0,047
Au moins modérée (≥ 4)	1 (3,7)	4 (26,7)	0,047
Sévère (≥ 6)	0	3 (20,0)	0,04
Cannabis : Oui	14 (51,9)	10 (66,7)	0,35
Sévérité de la dépendance actuelle			
Aucune	20 (62,5)	12 (80,0)	1,00
Au moins légère (≥ 2)	7 (25,9)	3 (20,0)	1,00
Au moins modérée (≥ 4)	6 (22,2)	2 (13,3)	0,69
Sévère (≥ 6)	3 (11,1)	2 (13,3)	1,00
Cocaïne : Oui	7 (25,9)	5 (33,3)	0,73
Mode de consommation			
Sniffé	6 (22,2)	2 (13,3)	1,00
Fumé	4 (14,8)	5 (33,3)	0,24
Fréquence de consommation			
1 fois par mois ou moins	3 (11,1)	2 (13,3)	
1 fois par semaine	2 (7,4)	2 (13,3)	0,93
2 à 3 fois par semaine	2 (7,4)	1 (6,7)	
Sévérité de la dépendance actuelle			
Aucune	25 (92,6)	11 (73,3)	0,16
Au moins légère (≥ 2)	2 (7,4)	4 (26,7)	0,16
Au moins modérée (≥ 4)	1 (3,7)	3 (20,0)	0,12
Sévère (≥ 6)	0	2 (13,3)	
Opiacés : Oui	4 (14,8)	4 (26,7)	0,43
Mode de consommation actuel			
Sniffé	3 (11,1)	5 (33,3)	0,11
Fumé	1 (3,7)	1 (6,7)	
Fréquence de consommation			
1 fois par mois ou moins	3 (11,1)	1 (6,7)	
1 fois par semaine	0	2 (13,3)	0,17
4 à 6 fois par semaine	0	1 (6,7)	
Quotidien	1 (3,7)	0	
Sévérité de la dépendance actuelle			
Aucune	24 (88,9)	12 (80,0)	0,65
Au moins légère (≥ 2)	3 (11,1)	3 (20,0)	0,65
Au moins modérée (≥ 4)	2 (7,4)	1 (6,7)	1,00
Sévère (≥ 6)	1 (3,7)	1 (6,7)	
Mode de consommation passé			
Sniffé	24 (88,9)	15 (100,0)	0,54
Fumé	12 (44,4)	5 (33,3)	0,48
Injecté	5 (18,5)	3 (20,0)	1,00
Quantité d'héroïne consommée g/jour (Moy ; ET)	3,6 \pm 2,8	2,8 \pm 2,5	0,28

4. Comparaison des traitements de substitution

L'analyse comparative des données thérapeutiques entre nos groupes est présentée dans le tableau 9. Dans le groupe des sujets non-alexithymiques, 13 sujets bénéficient d'un traitement substitutif par Buprénorphine (48,2%) et 14 sujets bénéficient d'un traitement par Méthadone (51,9%). Par ailleurs, 23 sujets prennent leur traitement substitutif en 1 prise par jour (85,2%), 4 sujets en 2 prises par jour (14,8%). Par ailleurs, dans ce groupe, 2 sujets surconsomment leur traitement substitutif (7,4%) et 1 sujet mésuse son traitement en le sniffant (3,7%).

Dans le groupe des sujets alexithymiques, 5 sujets bénéficient d'un traitement substitutif par Buprénorphine et 10 sujets par Méthadone. 14 sujets prennent leur traitement substitutif en 1 prise par jour (93,3%) et 1 sujet prend son traitement en 3 prises ou plus (6,7%). Par ailleurs, 1 sujet alexithymique surconsomme son traitement substitutif (6,7%) et 1 sujet mésuse son traitement en le sniffant (6,7%).

Cependant, aucune de ces différences entre ces 2 groupes ne s'avère significative.

Tableau 9 - Analyse comparative des caractéristiques thérapeutiques entre les groupes NA et A

Traitement substitutif aux opiacés (N ; %)	Non-alexithymiques	Alexithymiques	Total	p
Type de TSO Buprénorphine Méthadone	13 (48,2) 14 (51,9)	5 (33,3) 10 (66,7)	18 24	0,35
Nombre de prises par jour du TSO 1 prise par jour 2 prises par jour 3 prises par jour ou plus	23 (85,2) 4 (14,8) 0	14 (93,3) 0 1 (6,7)	37 4 1	0,11
Surconsommation du TSO Oui	2 (7,4)	1 (6,7)	3	1,00
Mésusage du TSO Sniff	1 (3,7)	1 (6,7)	2	

5. Comparaison des sous-dimensions à la TAS

Nous avons également calculé le score aux différentes sous-dimensions de la TAS-20 dans le groupe alexithymiques et non-alexithymiques, qui sont présentés dans le tableau 10.

Dans le groupe des sujets non-alexithymiques, le score moyen à la DIF est de 13,3 (\pm 4,1) ; de 12,4 (\pm 4,3) à la DDF et de 16,1 (\pm 4,1) à l'EOT. Dans le groupe des sujets alexithymiques, on retrouve un score moyen à la DIF de 23,9 (\pm 4,2) ; de 18,5 (\pm 3,1) à la DDF et de 21,5 (\pm 4,5) à l'EOT.

En comparant les scores aux 3 sous-dimensions de la TAS-20 (DIF, DDF, EOT) entre le groupe des sujets alexithymiques et non-alexithymiques, on trouve que ces 3 scores sont significativement supérieurs dans le groupe alexithymiques comparativement au groupe non-alexithymiques ($p < 0,001$).

Tableau 10 - Analyse comparatives des scores aux sous-dimensions de la TAS-20 entre le groupe NA et A

TAS-20 (Moy ; ET)	Non-alexithymiques	Alexithymiques	p
DIF	13,3 \pm 4,1	23,9 \pm 4,2	0,001
DDF	12,4 \pm 4,3	18,5 \pm 3,1	0,001
EOT	16,1 \pm 4,1	21,5 \pm 4,5	0,001

6. Autres analyses complémentaires

Comparaison des groupes au moins subalexithymiques (alexithymiques et subalexithymiques) vs non-alexithymiques

Nous avons également réalisé une comparaison des groupes de sujets au moins subalexithymiques (SA ; score à la TAS supérieur ou égal à 45) avec le groupe des sujets non-alexithymiques (NA ; score TAS inférieur ou égal à 44) afin de rechercher des différences entre ces deux groupes.

Concernant l'analyse des caractéristiques sociodémographiques entre ces deux groupes, nous retrouvons qu'il y a significativement plus de sujets masculins dans le groupe des sujets au moins subalexithymiques (20 sujets sur 24 soit 83,3%) comparativement au groupe non-alexithymiques (9 sujets sur 18 soit 50%) ($p=0,021$). A contrario, il y a significativement plus de sujets féminins dans le groupe non-alexithymiques (9 sujets sur 18 ; 50%) comparativement au groupe au moins subalexithymiques (4 sujets sur 24 soit 16,7%).

Concernant l'analyse des caractéristiques addictologiques entre ces deux groupes, il ressort qu'il y a significativement plus de consommateurs de cocaïne dans le groupe des sujets au moins subalexithymiques comparativement au groupe non-alexithymiques ($p=0,03$). Nous ne retrouvons pas d'autres différences significatives concernant les caractéristiques addictologiques de ces groupes.

Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre ces deux groupes concernant leurs comorbidités ou antécédents psychiatriques, ni concernant leurs capacités neurocognitives.

Analyse dimensionnelle de l'alexithymie

Nous avons également procédé à une analyse dimensionnelle de l'alexithymie, par le biais d'une comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques (psychiatriques, addictologiques) en fonction du score à la TAS-20.

Nous n'avons retrouvé aucune différence significative par le biais de cette analyse.

7. Comparaison des résultats de notre étude avec les données de la littérature

Nous avons choisi de comparer les résultats de notre étude avec une étude récente de Guilbaud et al. qui mesure l'alexithymie au sein d'une population de témoins français tout venants ainsi qu'auprès d'un échantillon de sujets toxicomanes (cocaïne, opiacés, cannabis ; étude LITTE) (29). Nous avons retenu cette étude car il s'agit de l'une des rares publications où l'on retrouve une mesure de l'alexithymie au sein d'une population témoin française et auprès d'un échantillon de sujets toxicomanes non-stabilisés. Dans cette étude, l'alexithymie a également été évaluée par le biais de la TAS-20, avec une analyse des scores aux 3 sous-dimensions de cette échelle (DIF, DDF, EOT).

a. Comparaison des résultats de notre étude avec les données de la population témoin

Une analyse comparative de notre échantillon de patients (prévalence de l'alexithymie, score moyen à la TAS, score moyen à la DIF, DDF et EOT) a d'abord été réalisée vis à vis de la population témoin de l'étude de Guilbaud et al. qui comporte 767 sujets témoins tout venants (29). Une analyse en sous-groupes a été faite en distinguant sujets de genre masculin et féminin.

Tout d'abord, la prévalence de l'alexithymie au sein de la population témoin de l'étude de Guilbaud et al. est de 20,7% alors que nous retrouvons une prévalence de 35,7% dans notre population. Cette différence s'avère significative ($p=0,02$). La prévalence de l'alexithymie dans le groupe des sujets masculins de notre étude est de 41,4% alors qu'elle est de 22,3% dans l'étude LITTE. Cette différence est également significative ($p=0,04$). La comparaison du groupe des sujets féminins ne met pas en évidence de différence significative, avec des prévalences estimées à 23,1% dans notre étude et 17,9% dans l'étude de Guilbaud et al. Ces résultats signifient que nos sujets sont plus alexithymiques que la population témoin selon une approche catégorielle, ainsi que notre groupe de sujets masculins.

Par ailleurs, on retrouve dans notre étude un score moyen à la TAS-20 de 49,7 (\pm 12,6) alors qu'il est de 46,2 (\pm 10,5) en population témoin d'après l'étude de Guilbaud et al. Cette différence ne s'avère pas significative.

L'analyse en sous-groupes selon le genre montre que le score moyen à la TAS-20 chez les sujets masculins de notre étude est de 52,1 (\pm 12,3), alors qu'il est de 46,7 (\pm 10,2) dans l'étude LITTE.

Cette différence est significative ce qui signifie que les sujets masculins de notre étude sont plus alexithymiques que la population témoin française de l'étude de Guilbaud et al. selon une approche dimensionnelle.

Concernant le sous-groupe des sujets féminins, le score moyen à la TAS-20 est de 44,2 (\pm 12,1) dans notre étude, alors qu'il est de 45,9 (\pm 10,7) en population témoin. Cette différence n'est pas significative. Les sujets féminins de notre étude ne sont donc pas plus alexithymiques que la population témoin de l'étude de Guilbaud et al.

Concernant l'analyse des sous-dimensions de la TAS-20, on retrouve dans notre étude un score moyen à la DIF de 17,1 (\pm 6,6) contre 14,8 (\pm 5,2) en population témoin. Cette différence est significative. Les sujets de notre étude ont donc une dimension « difficultés à identifier leurs émotions » plus altérée que la population témoin.

D'après l'analyse en sous-groupes par genre, les sujets masculins ont un score moyen à la DIF de 17,7 (\pm 6,1) alors qu'il est de 14,4 (\pm 5,1) en population témoin masculine. Cette différence est significative. Les sujets masculins de notre étude ont donc une dimension « difficultés à identifier leurs émotions » plus altérée que la population témoin masculine de référence.

Les sujets féminins de notre étude obtiennent un score moyen à la DIF de 15,6 (\pm 7,7) contre 15,1 (\pm 5,4) en population témoin féminine. Cette différence n'est pas significative. Les sujets féminins de notre étude ont une dimension « difficultés à identifier leurs émotions » comparable à celle de la population témoin féminine à laquelle nous nous référons.

Concernant l'analyse des scores moyens à la sous-dimension « difficultés à décrire leurs émotions », les sujets de notre étude obtiennent un score moyen de 14,6 (\pm 4,9) contre 13,7 (\pm 4,3) pour la population témoin de référence. Cette différence ne s'avère pas significative.

L'analyse en sous-groupes par genre montre que les sujets masculins de notre étude obtiennent un score moyen à la DDF de 15,3 (\pm 4,7) contre 13,7 (\pm 4,0) en population témoin masculine. Cette différence ne s'avère pas significative.

Les sujets féminins de notre étude obtiennent un score moyen à la DDF de 12,8 (\pm 5,1) contre 13,7 (\pm 4,6) pour la population témoin féminine de référence. Cette différence est également non-significative.

Enfin, l'analyse des scores moyens à la sous dimension « pensées orientées vers l'extérieur » (EOT) montre que les sujets de notre étude obtiennent un score de 18,0 (\pm 4,9) contre 17,7 (\pm 4,5) en population témoin. Cette différence n'est pas significative.

Les sujets masculins de notre étude obtiennent un score moyen à l'EOT de 19,1 (\pm 5,2) contre 18,6 (\pm 4,4) en population témoin masculine et les sujets féminins de notre étude obtiennent un score moyen à l'EOT de 15,8 (\pm 3,5) contre 17,1 (\pm 4,5) en population témoin féminine. Ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 11- Analyse comparative de la prévalence de l'alexithymie de notre échantillon avec la population témoin de l'étude LITTE

Alexithymie (% ; N)	REMOFA (N=42)	Population témoin (N=767)	p
Tous les sujets	35,7 (15)	20,7 (159)	0,02
Femmes	23,1 (3)	19,7 (90)	0,74
Hommes	41,4 (12)	22,3 (69)	0,04

Tableau 12 - Analyse comparative du score à la TAS-20 de notre échantillon avec la population témoin

Caractéristique étudiée (Moy ; ET)	REMOFA (N=42)	Population témoin (N=767)	p
Score moyen TAS-20	49,7 ± 12,6	46,2 ± 10,5	0,09
Hommes	52,1 ± 12,3	46,7 ± 10,2	0,028
Femmes	44,2 ± 12,1	45,9 ± 10,7	0,63
Score moyen DIF	17,1 ± 6,6	14,8 ± 5,2	0,034
Hommes	17,7 ± 6,1	14,4 ± 5,1	0,008
Femmes	15,6 ± 7,7	15,1 ± 5,4	0,81
Score moyen DDF	14,6 ± 4,9	13,7 ± 4,3	0,27
Hommes	15,3 ± 4,7	13,7 ± 4,0	0,08
Femmes	12,8 ± 5,1	13,7 ± 4,6	0,56
Score moyen EOT	18,0 ± 4,9	17,7 ± 4,5	0,66
Hommes	19,1 ± 5,2	18,6 ± 4,4	0,64
Femmes	15,8 ± 3,5	17,1 ± 4,5	0,20

b. Comparaison des résultats de notre étude avec les données d'un échantillon de toxicomanes

Nous avons ensuite procédé à une comparaison de la prévalence de l'alexithymie, du score moyen à la TAS-20 de notre échantillon de patients, ainsi que des 3 sous-dimensions de cette échelle (DIF, DDF, EOT), vis à vis d'un échantillon de patients toxicomanes français non-stabilisés issus de l'étude de Guilbaud et al.

Tout d'abord, la prévalence de l'alexithymie dans notre étude est de 35,7%, de 23,1% pour les sujets féminins et de 41,4% pour les sujets masculins. Dans l'étude de Guilbaud et al. (étude LITTE), la prévalence de l'alexithymie est de 42,8% pour l'ensemble des sujets, de 41,9% pour les sujets féminins et de 43,3% pour les sujets masculins. Aucune de ces différences ne s'avère significative.

Néanmoins, on peut remarquer que la prévalence de l'alexithymie dans notre échantillon de sujets masculins est proche de celle de l'échantillon de sujets toxicomanes non-stabilisés de l'étude LITTE, contrairement à la prévalence de l'alexithymie chez nos sujets féminins qui est inférieure à celle de l'échantillon de sujets féminins de l'étude de Guilbaud et al., malgré une absence de significativité ($p=0,20$).

Le score moyen à la TAS-20 de notre population est de 49,7 contre 53,1 pour la population de toxicomanes de l'étude de Guilbaud et al. Cette différence ne s'avère pas significative.

Le score moyen à la TAS-20 des sujets masculins de notre étude est de 52,1 ($\pm 12,3$) contre 53,4 ($\pm 10,8$) pour les sujets masculins toxicomanes de l'étude LITTE. Cette différence ne s'avère pas significative.

Le score moyen à la TAS-20 des sujets féminins de notre étude est de 44,2 ($\pm 12,1$) contre 52,7 ($\pm 11,6$) pour les sujets féminins toxicomanes de l'étude LITTE. Cette différence s'avère significative.

Selon une approche dimensionnelle, les sujets féminins de notre étude sont donc moins alexithymiques que les sujets féminins toxicomanes non-stabilisés auxquels nous nous comparons.

Concernant l'analyse des scores aux sous-dimensions de la TAS-20, on retrouve un score moyen à la DIF dans notre échantillon de 17,1 ($\pm 6,6$) contre 20,0 ($\pm 6,3$) pour la population toxicomane de référence. Cette différence est significative, ce qui suggère que nos sujets ont une dimension DIF moins altérée que la population toxicomane non-stabilisée de l'étude de Guilbaud et al.

Néanmoins, le score à la DIF des sujets masculins de notre étude de 17,7 ($\pm 6,1$) contre 19,9 ($\pm 6,0$) pour les sujets masculins toxicomanes de l'étude LITTE ; et un score moyen à la DIF pour les sujets féminins de notre étude de 15,6 ($\pm 7,7$) contre 20,2 ($\pm 6,9$) pour les sujets féminins toxicomanes de l'étude LITTE. Ces différences ne sont pas significatives.

L'analyse des scores à la DDF montre que les sujets masculins de notre étude obtiennent un score de 15,3 (\pm 4,7) contre 15,5 (\pm 4,0) pour l'étude LITTE, et que les sujets féminins de notre étude obtiennent un score moyen de 12,8 (\pm 5,1) contre 15,7 (\pm 4,6) pour l'étude LITTE. Ces différences ne sont pas significatives.

L'analyse des scores moyens à l'EOT montre que les sujets masculins de notre étude obtiennent un score de 19,1 (\pm 5,2) contre 17,9 (\pm 4,5) dans l'étude LITTE ; et que les sujets féminins de notre étude obtiennent un score moyen de 15,8 (\pm 3,5) contre 16,8 (\pm 4,3) dans l'étude LITTE. Ces différences ne s'avèrent pas significatives.

Tableau 13 - Analyse comparative de la prévalence de l'alexithymie entre notre échantillon et un échantillon de toxicomanes de l'étude LITTE

Alexithymie (% ; N)	REMOFA (N=42)	Echantillon de toxicomanes (N=159)	p
Tous les sujets	35,7 (15)	42,8 (68)	0,41
Femmes	23,1 (3)	41,9 (26)	0,20
Hommes	41,4 (12)	43,3 (42)	0,86

Tableau 14 - Analyse comparative des scores à la TAS-20 entre notre population et l'échantillon de toxicomanes de l'étude LITTE

Caractéristique étudiée (Moy ; ET)	REMOFA (N=42)	Échantillon de toxicomanes (N=159)	p
Score moyen TAS-20	49,7 \pm 12,6	53,1 \pm 11,1	0,11
Hommes	52,1 \pm 12,3	53,4 \pm 10,8	0,62
Femmes	44,2 \pm 12,1	52,7 \pm 11,6	0,033
Score moyen DIF	17,1 \pm 6,6	20,0 \pm 6,3	0,01
Hommes	17,7 \pm 6,1	19,9 \pm 6,0	0,10
Femmes	15,6 \pm 7,7	20,2 \pm 6,9	0,06
Score moyen DDF	14,6 \pm 4,9	15,6 \pm 4,2	0,23
Hommes	15,3 \pm 4,7	15,5 \pm 4,0	0,87
Femmes	12,8 \pm 5,1	15,7 \pm 4,6	0,08
Score moyen EOT	18,0 \pm 4,9	17,5 \pm 4,5	0,50
Hommes	19,1 \pm 5,2	17,9 \pm 4,5	0,28
Femmes	15,8 \pm 3,5	16,8 \pm 4,3	0,36

4. Discussion

A. Discussion autour des résultats de l'étude

1. Discussion autour des caractéristiques de l'échantillon de sujets

Dans notre échantillon de sujets souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés, nous observons une prédominance de sujets masculins, ce qui s'accorde avec d'autres données de la littérature (29).

Sur le plan psychiatrique, on remarque que 2 sujets souffrent d'un épisode dépressif majeur actuel (4,8%), et 1 sujet d'un épisode hypomaniaque (2,4%). La prévalence de la dépression actuelle dans notre échantillon semble inférieure aux données de la littérature concernant les troubles de l'usage de substances (76,78). Cette différence est probablement liée au fait que nous avons recruté des sujets stabilisés depuis au moins 3 mois sur le plan de leur TUO. La moindre prévalence de la dépression dans notre échantillon peut être liée aux effets anti-dépresseurs des traitements substitutifs aux opiacés, mais également à la prise en charge des comorbidités psychiatriques de nos sujets dans le cadre de leur suivi médical, à la différence de nombreuses études sur les TUS qui étudient des sujets non-stabilisés (76,78). Néanmoins, on observe qu'une large majorité de sujets au sein de notre échantillon a au moins un antécédent d'épisode dépressif majeur (71,4%), ce qui concorde avec les données de la littérature sur l'association entre TUO et dépression (116). De même, on retrouve une prévalence non négligeable de troubles anxieux au sein de notre échantillon de sujets, avec notamment 11,9% pour le trouble panique vie entière et l'anxiété généralisée actuelle, 14,3% pour l'agoraphobie et la phobie sociale actuelles et 28,6% pour l'anxiété généralisée passée, à l'instar des données de la littérature auprès de sujets souffrant d'addiction(s) (117). Par ailleurs, on retrouve une prévalence importante de sujets ayant un antécédent de syndrome de stress post-traumatique, conformément aux données de la littérature sur les TUS et le SSPT (118).

Enfin, 21 sujets (50%) souffrent de troubles neurocognitifs légers et 1 sujet de troubles modérés au moment de leur évaluation, ce qui peut représenter un biais dans nos résultats.

Sur le plan addictologique, la quasi-totalité des sujets consomme du tabac (95,2%). Une grande majorité de sujets consomment de l'alcool (83,3%) dont 8,6% souffrent d'une dépendance sévère à l'alcool. Une majorité de sujets consomment du cannabis (57,1%), dont 37,5% sont des consommateurs quotidiens, et 20,8% des consommateurs ont une dépendance sévère au cannabis. Par ailleurs, 28,6% de nos sujets consomment de la cocaïne dont 50% ont une dépendance au moins légère à la cocaïne. Enfin, 19,1% de nos sujets sont des consommateurs actifs d'opiacés (héroïne uniquement) dont 25% consomment plus d'une fois par semaine, et 25% présentent une dépendance sévère aux opiacés. Cependant aucun sujet ne présente de conduites actuelles d'injection d'opiacés alors que 19,1% des sujets déclarent des conduites d'injection passées. Concernant la sévérité de leur dépendance passée aux opiacés (avant l'instauration d'un traitement substitutif), 97,6% des sujets souffraient d'une dépendance sévère aux opiacés, contre 4,8% actuellement.

On observe donc parmi notre échantillon un nombre important de polyconsommateurs de substances psychoactives, principalement de tabac, d'alcool et de cannabis, avec des niveaux de prévalence importants de consommateurs réguliers et de patients présentant une dépendance actuelle à une ou plusieurs substances psychoactives. La quasi-totalité de nos patients ne présente plus de dépendance sévère aux opiacés suite à la mise en place d'un traitement substitutif à posologie stable depuis au moins 3 mois, et aucun des patients de notre échantillon ne déclare des conduites d'injection au cours des 3 derniers mois, ce qui confirme l'efficacité des traitements substitutifs aux opiacés sur le plan de la sévérité de la dépendance aux opiacés, ainsi que vis à vis des modes de consommations à risques.

2. Discussion autour de l'alexithymie dans notre échantillon

a. L'alexithymie selon une approche catégorielle

Selon une approche catégorielle, la prévalence de l'alexithymie dans notre échantillon (35,7%) s'avère significativement supérieure à celle d'une population témoin française où elle est estimée à 20,7% d'après Guilbaud et al. (29), et supérieure à la population générale française selon Loas et al. (23% et 18,7%) (30,31). A l'instar des données de la littérature sur les substances psychoactives, les sujets souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé seraient donc plus alexithymiques que la population générale et qu'une population témoin. Conformément aux données actuelles de la littérature, ces résultats pourraient suggérer l'existence d'une alexithymie primaire (trait) chez ces sujets, qui constituerait un facteur de risque de développer un trouble de l'usage d'opiacés. Cette hypothèse devrait néanmoins être validée par le biais d'une étude longitudinale de l'alexithymie.

Malgré une prévalence inférieure d'alexithymie dans notre échantillon, celle-ci s'avère comparable à celle de l'échantillon de sujets toxicomanes (cannabis, cocaïne, opiacés) de l'étude de Guilbaud et al. où elle est estimée à 42,8% (29). Cela pourrait être lié à un défaut de puissance de notre étude.

Prévalence de l'alexithymie selon le genre

On observe que la prévalence de l'alexithymie des sujets masculins de notre étude est proche de celle des sujets toxicomanes masculins de l'étude de Guilbaud et al. (43,3% ; $p=0,86$), et qu'elle est significativement supérieure à celle des sujets masculins de la population témoin ($p=0,04$). Ces résultats confortent l'hypothèse d'une alexithymie primaire chez ces sujets. A contrario, celle des sujets féminins de notre étude n'est pas différente de celle de la population témoin de l'étude Guilbaud (19,7% ; $p=0,74$) (29).

Cependant, on retrouve qu'il n'existe pas de différences significatives de prévalences de l'alexithymie dans notre échantillon comparativement à l'échantillon de sujets toxicomanes de l'étude de Guilbaud et al., qu'il s'agisse du groupe de sujets masculins ($p=0,86$) ou féminins ($p=0,20$).

Cette absence de différence peut également être expliquée par un biais de sélection de nos sujets féminins au sein de notre étude, et par la faiblesse de l'échantillon de sujets féminin (13 sujets).

a. L'alexithymie selon une approche dimensionnelle

Si l'on considère l'alexithymie selon une approche dimensionnelle, le score moyen à la TAS-20 de notre échantillon de sujets est de 49,7. Ce score n'est pas significativement supérieur à celui de la population témoin de l'étude de Guilbaud et al. (46,2), ni significativement inférieur à celui de la population de sujets toxicomanes de cette étude (53,1).

Néanmoins, le score moyen à la TAS-20 des sujets masculins de notre étude (52,1) est significativement supérieur à celui des témoins masculins de cette étude (46,7). Cette différence significative n'est pas retrouvée concernant les sujets féminins. Ces résultats semblent montrer que selon une approche dimensionnelle, les sujets masculins de notre étude seraient significativement plus alexithymiques que les sujets témoins de l'étude de Guilbaud et al., contrairement aux sujets féminins.

Par ailleurs, en comparant le score à la TAS-20 entre notre échantillon et l'échantillon de toxicomanes non-stabilisés de l'étude de Guilbaud et al., on observe que les sujets féminins de notre étude sont significativement moins alexithymiques que les femmes toxicomanes de cette étude (44,2 versus 52,7, $p=0,033$). Cette différence n'est pas retrouvée pour les sujets masculins, ni pour l'ensemble des sujets ($p=0,11$).

Ces résultats pourraient suggérer que nos sujets souffrant d'un TUO stabilisé depuis au moins 3 mois pourraient être moins alexithymiques que des sujets toxicomanes non-stabilisés. Cela pourrait corroborer l'hypothèse d'une alexithymie secondaire (état) chez les patients toxicomanes non stabilisés, qui pourrait être un état réversible induit par leur dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives. La stabilisation du trouble de l'usage de substances de ces sujets pourrait donc permettre une résolution de leur alexithymie secondaire. Il ne faut cependant pas négliger l'impact de la faible prévalence de la dépression actuelle dans notre échantillon, ce qui peut constituer un biais dans l'évaluation de l'alexithymie au sein de notre population.

Ces résultats pourraient également signifier que les femmes souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis au moins 3 mois pourraient être moins alexithymiques que des femmes toxicomanes non-stabilisées. Cette différence pourrait correspondre à une résolution plus rapide de l'alexithymie chez les sujets féminins stabilisés, comparativement aux sujets masculins. Cette différence pourrait également être liée à un biais de sélection de nos sujets, et à la faiblesse de l'échantillon des sujets féminins (13 sujets).

Analyse des scores aux 3 sous-dimensions de l'alexithymie

Concernant l'analyse des résultats aux 3 principales sous-dimensions de l'alexithymie, nos sujets obtiennent un score moyen de 17,1 à la dimension DIF ; de 14,6 à la dimension DDF et de 18,0 à la dimension EOT.

Parmi ces 3 sous-dimensions, seule la dimension DIF s'avère significativement différente chez les sujets de notre étude comparativement à l'échantillon de témoins de l'étude LITTE ($p=0,034$).

Cette différence est principalement due aux sujets masculins de notre étude qui présentent un score à la DIF significativement supérieur à la population témoin de l'étude LITTE ($p=0,008$) alors qu'il n'existe pas de différence significative pour les sujets féminins. Ces résultats indiquent que la dimension DIF est significativement plus altérée chez nos sujets comparativement aux sujets témoins.

Concernant les autres sous-dimensions de l'alexithymie (DDF et EOT) on ne retrouve pas de différences significatives entre notre échantillon et la population témoin qui nous sert de référence.

A l'instar des données de la littérature sur les TUS, ces résultats pourraient suggérer que la différence de niveau d'alexithymie entre les sujets souffrant d'un trouble d'usage d'opiacés et la population témoin serait liée à une atteinte spécifique de la dimension affective de l'alexithymie (29,76), et plus spécifiquement l'atteinte de la dimension « difficultés à identifier ses émotions ».

En comparant les scores aux 3 sous-dimensions de l'alexithymie de notre étude et auprès de l'échantillon de sujets toxicomanes de l'étude LITTE, on remarque que le score à la DIF est significativement supérieur dans l'échantillon de sujets toxicomanes de l'étude LITTE comparativement à notre échantillon ($p=0,01$).

Ce résultat suggère que les sujets toxicomanes non-stabilisés ont une dimension affective plus altérée que des sujets souffrant d'un TUO stabilisé. Ce résultat pourrait suggérer que la différence d'alexithymie observée entre nos sujets stabilisés et des sujets toxicomanes non-stabilisés pourrait être due à la dimension affective de cette dernière. On pourrait également émettre l'hypothèse que l'atteinte de la dimension affective de l'alexithymie pourrait régresser suite à la stabilisation du TUO.

Par ailleurs on observe que les scores à la DIF et à la DDF des sujets féminins de notre étude sont presque significativement inférieurs à ceux des sujets féminins de l'étude LITTE ($p=0,06$ et $p=0,08$). On peut ébaucher l'hypothèse que ces résultats pourraient suggérer que les sujets féminins de notre étude pourraient avoir une dimension affective de l'alexithymie moins altérée que les femmes toxicomanes non-stabilisées.

La différence de niveau d'alexithymie (score à la TAS-20) entre les sujets féminins de notre étude avec les femmes toxicomanes de l'étude LITTE serait donc principalement liée à la dimension affective de l'alexithymie.

Cependant, de nombreux auteurs dont Sifneos soutiennent que la composante affective de l'alexithymie est sensible aux facteurs de stress, qu'il s'agisse notamment de troubles anxieux, ou de dépression. Or, nous avons retrouvé une faible prévalence de dépression actuelle dans notre population comparativement à de nombreuses données de la littérature sur les troubles d'usage de substances.

Cette moindre atteinte de la dimension affective de l'alexithymie dans notre échantillon pourrait être due à la faible prévalence de la dépression dans notre échantillon. Elle pourrait également être liée aux effets de la stabilisation du TUO sur les comorbidités psychiatriques. Il serait donc pertinent de réaliser une étude longitudinale afin de préciser ces hypothèses.

3. Discussion autour de l'analyse comparative des groupes alexithymiques et non-alexithymiques

a. Analyse comparative des caractéristiques sociodémographiques

L'analyse comparative des groupes de sujets alexithymiques avec les sujets non-alexithymiques ne met en évidence aucune différence significative concernant leurs caractéristiques sociodémographiques.

Contrairement à diverses données de la littérature et conformément à d'autres, nous ne retrouvons pas d'association entre genre, âge, niveau éducatif, niveau socio-économique, statut marital et nombre d'enfants avec l'alexithymie dans notre étude.

Cependant, les résultats de l'analyse comparative du groupe de sujets au moins subalexithymiques avec le groupe de sujets non-alexithymiques montre qu'il existe une association entre subalexithymie (incluant l'alexithymie) et genre ($p=0,021$). En effet, dans notre étude les sujets masculins sont significativement plus « au moins subalexithymiques » que les sujets féminins.

b. Analyse comparative des caractéristiques psychiatriques

L'analyse comparative des groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques dans notre étude ne met en évidence aucune association entre alexithymie et existence d'un épisode dépressif majeur actuel ou passé, contrairement à de nombreuses données de la littérature (76,78).

Cependant, nous retrouvons une association positive entre l'alexithymie et le nombre d'épisodes dépressifs majeurs chez nos sujets. Les sujets qui ont eu le plus grand nombre d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs au cours de leur vie sont significativement plus alexithymiques que les autres sujets de notre étude.

L'analyse comparative de nos résultats ne met en évidence aucune autre association entre antécédents ou comorbidités psychiatriques avec l'alexithymie, contrairement à d'autres données de la littérature. Cette absence d'association pourrait être liée à la stabilité addictologique de nos patients, et notamment à l'effet des traitements substitutifs sur leurs comorbidités psychiatriques.

Néanmoins la taille réduite de notre échantillon est probablement également responsable du manque de puissance statistique et de l'absence de corrélation entre certains troubles psychiatriques avec l'alexithymie.

c. Analyse comparative des caractéristiques addictologiques

L'analyse comparative des caractéristiques addictologiques des groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques a montré qu'il y avait significativement plus de sujets présentant une dépendance à l'alcool (au moins légère $p=0,047$, au moins modérée $p=0,047$ ou sévère $p=0,04$) au sein du groupe de sujets alexithymiques par rapport au groupe des sujets non-alexithymiques.

Ces résultats corroborent de nombreuses données de la littérature autour de l'association entre alexithymie et dépendance à l'alcool. Les sujets présentant une dépendance à l'alcool sont donc plus alexithymiques dans notre étude. Cela peut constituer un biais dans l'évaluation de l'alexithymie chez les patients souffrant d'un TUO.

Il n'existe cependant pas d'autres associations entre alexithymie et consommation d'un produit psychoactif (alcool, cannabis, cocaïne, opiacés), quels que soient la fréquence des consommations, le mode de consommation actuel ou passé, ou la sévérité de la dépendance actuelle ou passée.

Cependant, l'analyse comparative des groupes de sujets au moins subalexithymiques avec le groupe des sujets non-alexithymiques met en évidence une association positive entre subalexithymie et consommation de cocaïne ($p=0,03$). Les sujets de notre étude qui ont consommé de la cocaïne au cours des 3 derniers mois sont plus « au moins subalexithymiques » que les sujets qui n'en ont pas consommé.

L'augmentation de la taille de notre échantillon et donc de la puissance statistique de notre étude pourraient peut-être permettre de mettre en évidence une association positive entre alexithymie et consommation de cocaïne chez des patients souffrant d'un TUO.

d. Analyse comparative des caractéristiques thérapeutiques

L'analyse comparative des caractéristiques thérapeutiques (traitement substitutif, nombre de prises par jour, existence d'un mésusage, surconsommation) ne met en évidence aucune association avec l'alexithymie. Ces résultats sont confirmés par une analyse comparative du groupe de sujets au moins subalexithymiques avec le groupe de sujets non-alexithymiques.

B. Discussion autour des biais méthodologiques et des limites de notre étude

Notre étude présente des biais méthodologiques et des limites que nous avons essayé de prendre en compte afin de limiter leurs impacts sur nos résultats.

1. Biais de sélection

Nous avons réalisé une étude transversale. Ce type d'études comporte généralement un biais de sélection important. En effet, nous avons recruté notre échantillon de sujets dans le service d'addictologie du CHU de Clermont-Ferrand, au sein de l'unité SATIS. Il s'agit d'une unité d'addictologie de niveau 3, ce qui correspond à un niveau d'expertise régionale. De ce fait, le profil clinique des patients suivis et donc recrutés dans cette unité n'est probablement pas tout à fait représentatif de la population des sujets présentant un TUO stabilisé depuis au moins 3 mois.

On peut émettre l'hypothèse que notre échantillon de patients est probablement plus sévère qu'un échantillon de patients dépendant aux opiacés recruté en dehors d'un centre de niveau 3.

2. Biais de passation

Nous avons tâché de limiter l'impact d'un biais de passation en utilisant un ensemble d'auto et d'hétéro-questionnaires validés sur le plan scientifique (MINI DSM-IV, critères DSM-5, MoCA, TAS-20). Il était rappelé aux patients le caractère anonyme de l'exploitation de nos résultats. La participation à notre étude a été faite sur la base du volontariat, et sans influence sur la prise en charge des patients afin de réduire ce biais. Cependant, la passation des questionnaires et le recueil des données ayant été réalisé par le médecin en charge de leur suivi addictologique peut constituer un biais de passation qu'il est important de considérer.

3. Biais d'attrition

Bien que notre étude soit transversale, le recueil des données et la passation des questionnaires ont été réalisés au cours de deux entretiens d'1h maximum, ce qui peut créer un biais d'attrition.

Afin de limiter ce risque, nous avons défini que les rendez-vous devraient être séparés d'une semaine maximum et nous avons procédé à une analyse en intention de traiter. Parmi nos 42 patients, il n'y a eu aucune donnée manquante, et aucun sujet n'a été perdu de vue. Le biais d'attrition est donc inexistant dans notre étude.

4. Biais inhérents aux questionnaires utilisés

Tout d'abord le recueil des données et la passation des questionnaires sont relativement longs (environ 1h30 à 2h). Le score moyen à la MoCA de notre échantillon de patients est de 25,8 ce qui correspond à une atteinte neurocognitive légère. Certains sujets souffrent notamment de capacités attentionnelles réduites. La durée de passation des questionnaires peut donc constituer une source d'erreur dans nos résultats.

Afin de limiter ce biais nous avons choisi de limiter la durée des entretiens à raison d'une heure maximum chacun, afin de limiter l'impact des troubles attentionnels de nos sujets sur nos résultats.

Concernant l'évaluation de l'alexithymie, nous avons retenu l'utilisation de la TAS-20 du fait de sa large utilisation dans la littérature et de son statut de « gold standard » résultant de sa bonne qualité métrologique, comme nous l'avons vu précédemment. De surcroît, la TAS-20 est un outil simple d'utilisation et validé en population témoin française.

Cependant certains auteurs évoquent des limites inhérentes à cet outil qui n'évalue que 3 sous-dimensions de l'alexithymie, la difficulté à identifier ses émotions (DIF), la difficulté à décrire ses émotions (DDF) et les pensées tournées vers l'extérieur (EOT) (112). La version antérieure de la TAS à 26 items comporte une dimension supplémentaire qui correspond à la réduction de la capacité de rêverie ou « *Reduced Day Dreaming* » qui fait référence à l'accès à l'imaginaire.

De ce fait la TAS-20 n'évaluerait qu'une partie de la dimension affective de l'alexithymie. Ce constat amène certains auteurs à considérer que la TAS-20 ne mesure que le versant cognitif de l'expression émotionnelle (112), ce qui est cependant contesté par d'autres auteurs (113).

En conséquence, l'utilisation de la BVAQ qui comporte notamment une mesure de la dimension imaginaire de l'alexithymie augmente dans la littérature. Néanmoins, la BVAQ n'a pas encore fait encore fait preuve d'une validité métrologique suffisante, comme le soulignent Luminet et al. (104), et Guilbaud et al. (29) : « la BVAQ semble également offrir des qualités psychométriques élevées tout en bénéficiant d'un niveau de preuve métrologique encore insatisfaisant lié à un défaut d'étude de cette échelle ».

En outre, certains auteurs critiquent le fait que la TAS-20 soit une évaluation auto-rapportée (22). Ces mêmes auteurs recommandent le recours à une évaluation multi-méthode, comme la BVAQ (auto et hétéro-évaluation). Il pourrait donc être intéressant de compléter l'étude de l'alexithymie dans notre échantillon de patients par l'intermédiaire de la BVAQ afin de mesurer plus finement toutes les sous-dimensions inhérentes à ce concept.

Taylor et al. recommandent plutôt l'utilisation simultanée de la TAS-20, de l'échelle d'intelligence émotionnelle (EQ-i) (114) et du modèle de la personnalité en cinq facteurs (NEO PI-R) (115) pour une évaluation approfondie de l'alexithymie (113).

Enfin, la TAS-20 est un auto-questionnaire comportant 5 réponses possibles pour chaque item correspond à un désaccord complet, désaccord partiel, ni désaccord ni accord, accord partiel, accord complet. Cependant il existe quelques affirmations négatives dans cette échelle, ce qui peut constituer une source de mauvaise compréhension par les sujets, et donc une source d'erreur dans nos résultats. Pour tenter de limiter ce biais nous avons rappelé systématiquement cette particularité à chaque patient.

5. Limites de notre étude

Nous avons recruté 42 patients dans notre étude, ce qui est inférieur au nombre de sujets à inclure (49 sujets) que nous avons déterminé en fonction des résultats à la TREF, qui s'avérait être le facteur limitant de cette étude. En conséquence, la faiblesse de notre échantillon a eu un impact sur la puissance statistique de notre étude et l'on peut supposer l'absence de significativité de certains résultats à cause de cette limite.

Par ailleurs, nous observons dans notre population qu'un sujet présente un état hypomaniaque actuel, que deux sujets souffrent d'un épisode dépressif majeur, et que 5 sujets souffrent d'anxiété généralisée actuelle au moment de leur évaluation. Comme nous l'avons vu précédemment, ces troubles peuvent être responsables d'une alexithymie secondaire, qui pourrait biaiser nos résultats et nos conclusions.

De même, de nombreux sujets sont polyconsommateurs de toxiques (cannabis, cocaïne, alcool), dont certains présentent une dépendance modérée à sévère vis à vis d'autres substances psychoactives que les opiacés. Ces consommations, bien que stabilisées et ne faisant pas l'objet d'un sevrage, peuvent également induire une alexithymie secondaire et perturber la validité de nos résultats.

Enfin, les échelles psychométriques de l'alexithymie, comme la TAS-20, ne permettent pas de déterminer la nature primaire ou secondaire de l'alexithymie chez nos sujets. A cette fin, il serait pertinent de réaliser une étude longitudinale afin d'étudier l'évolution de l'alexithymie suite à la stabilisation de leur trouble d'usage d'opiacés.

Conclusion

L'alexithymie est une dimension clinique transnosographique largement étudiée qui entretient des relations étroites avec de nombreuses pathologies (somatiques, psychiatriques, addictologiques...). Néanmoins, les relations entre alexithymie et pathologies addictives demeurent peu connues, plus particulièrement avec le TUO. L'intérêt de notre étude est d'évaluer spécifiquement l'alexithymie chez des sujets souffrant d'un TUO stabilisé depuis 3 mois, selon une approche catégorielle et dimensionnelle, et de réaliser des analyses sous-dimensionnelles et comparatives de nos résultats.

Selon une approche catégorielle, la prévalence de l'alexithymie dans notre échantillon de patients (35,7%) est significativement supérieure à celle de la population témoin française de Guilbaud et al. (20,7%) (29), mais n'est pas différente de la population de toxicomanes non-stabilisés qui nous sert de référence.

Selon une approche dimensionnelle, le score moyen à la TAS-20 de notre échantillon (49,7) ne s'avère pas différent de celui de la population témoin, ni de l'échantillon de toxicomanes non stabilisés. Néanmoins, le score moyen des sujets masculins de notre étude (52,1) est significativement supérieur à celui des sujets masculins de la population témoin (46,7), plus particulièrement pour la sous-dimension DIF. Par ailleurs, le score moyen à la TAS-20 des sujets féminins et le sous-score à la DIF de l'ensemble des sujets de notre échantillon (44,2) s'avèrent significativement inférieurs à ceux des sujets toxicomanes de l'étude LITTE (52,7).

A l'instar des données sur d'autres substances psychoactives, nos résultats corroborent donc l'hypothèse d'une association positive entre alexithymie et TUO et ce auprès de sujets stabilisés. Cette association est plus particulièrement remarquable chez les sujets masculins.

Ces résultats semblent confirmer l'existence d'une association positive entre alexithymie et TUO. Ils semblent indiquer que les sujets souffrant d'un TUO présenteraient une alexithymie primaire (état) qui pourrait constituer un facteur de risque de développer une relation de dépendance avec les opiacés. A l'instar des données de la littérature, cette alexithymie pourrait être due à l'atteinte spécifique de la dimension affective de l'alexithymie chez ces sujets, et plus particulièrement de la « difficulté à identifier leurs émotions ». Par ailleurs, ces résultats pourraient également indiquer la présence d'une alexithymie secondaire induite par une dépendance non-stabilisée à une substance psychoactive chez ces sujets. Cet état alexithymique pourrait correspondre à une atteinte isolée de la dimension affective de l'alexithymie (DIF), dont la résolution pourrait être plus rapide chez les sujets féminins.

Malgré la taille réduite de notre échantillon, nous avons pu souligner l'intérêt de l'étude l'alexithymie chez des patients souffrant d'un TUO stabilisé. Il serait pertinent de poursuivre ce travail en augmentant la taille de notre échantillon, mais également en réalisant une analyse longitudinale afin d'évaluer l'évolution de l'alexithymie au cours de la stabilisation du TUO. Une meilleure connaissance de ces relations pourrait permettre de prévenir certains aspects concourants au développement d'une dépendance aux opiacés chez nos patients, par le biais de programmes de réhabilitation spécifiquement axés sur leurs déficits.

Clermont-Ferrand, le 25/11/2020
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 23/11/2020
Le Président du Jury
Pr Georges Brousse

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Georges Brousse, written over a light blue circular stamp.

Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e édition. Washington DC. American Psychiatric Association. 2013.
2. Community management of opioid overdose. World Health Organization. [Internet]. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548816>
3. Sifneos P. The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. PPS. 1973;22(2-6):255-62.
4. Farges F, Farges S. Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. Psychotropes. 2002;8(2):47-74.
5. J. Ruesch, et al. The infantile personality, The core problem of psychosomatic medicine. Psychosom Med. 1948;10(3):134-44.
6. Marty P. La "pensée opératoire. Revue française de psychanalyse. 1963;22:345-356.
7. Krystal H, Raskin H. Drug Dependence. Wayne State University Press. Detroit. 1970.
8. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. Modern Trends in Psychosomatic Medicine. 1970;2:26-34.
9. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation : alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press. 1997.
10. Pedinielli JL. Psychosomatique et alexithymie. Presses Universitaires de France. 1992.
11. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. Psychotherapy and psychosomatics. 1977;28:337-42.
12. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. Psychiatric clinics of North American. 1988;11(3):287-92.
13. Sifneos PE. Psychosomatique, alexithymie et neurosciences. Revue française de psychosomatique. 1995;7(1):27-36.
14. Zeitlin SB, Lane RD, O'Leary DS, Schrifft MJ. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. Am J Psychiatry. 1989;146(11):1434-39.
15. Luminet O, Bagby RM, Wagner H, Taylor GJ, Parker JD. Relation between alexithymia and the five-factor model of personality : a facet-level analysis. J Pers Assess. 1999;73(3):345-58.
16. Berebaum H, Prince JD. Alexithymia and the interpretation of emotion relevant information, Cogn. and emotion, 1994;8(3):231-244.
17. Fukunishi I, Kawamura N, Ichikawa T, et al. Mothers low care in the development of alexithymia : a preliminary study in Japanese College Students. Psychological Reports. 1997;(80):143-6.

18. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The phenomenon of alexithymia : Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy psychosomatics*. 1996;28:47-57.
19. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*. 1997;38(3):166-70.
20. Montreuil M, et al. Le déficit de saisie visuelle parallèle est-il un modèle expérimental de l'alexithymie ?. *Revue internationale de psychopathologie*. 1991;3:203-21.
21. Jacob S, Hautekeete L. L'alexithymie : déficit structural ou adaptation fonctionnelle. *Ann Méd Psychol* 1999;157(3):153-8.
22. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight ?. 1997.
23. Bermond B, Vorst HC, Vinger-Hoets AJ, Gerritsen W. The Amsterdam Alexithymia-Scale, Its psychometric values and correlations with other personality traits *Psychother*. 1999.
24. Flannery J, Taylor G. Toward integrating psyche and soma : psychoanalysis and neurobiology. *Can J Psychiatry*. 1981;(26):15-23.
25. Montreuil M, Jouvent R, Carton S, Bungener C, Widlocher D. Parrallel visual information processing test. 1991.
26. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psych other Psychosom*. 1977;28:148-155.
27. Tehouten WD, Walter DO, Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia and the split brain. V EEG alpha-band interhemispheric coherence analysis. 1987.
28. Jouanne, C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 2006;12(3):193-209.
29. Guilbaud O, Loas G, Corcos M, et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Annales Médico-Psychologiques*. 2002;160:77-85.
30. Loas G, Fremaux D, Marchand MP, Chaperot C, Dardennes R. L'alexithymie chez les sujets sains : validation de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population « tout venant » de 144 sujets, application au calcul de la prévalence. *Annales médico-psychologiques*. 1993;151(96):660-663.
31. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Verrier A. Prévalence de l'alexithymie en population générale. Etude chez 183 sujets « tout venant » et chez 263 étudiants. *Ann Med Psychol*. 1995;153(5):355-7.
32. Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecercle C, Duflot M, Delahousse J. Étude de la validité externe de la fidélité et détermination des notes seuil des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale*. 1996;22:35-40.
33. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR, Joukamaa M . Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in apopulation sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 2001;42:471-476.

34. Salminen JK, Saarijärvi S, Aärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res.* 1999;46(1):75-82.
35. Mattila A. Alexithymia in Finnish general population. Tampere University Press. 2009.
36. Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, Decker O, Braehler E. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;(43):54-62.
37. Gunzelmann T, Kupfer J, Brähler E. Alexithymia in the elderly general population. *Compr Psychiatry.* 2002;43:74-80.
38. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct : relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry.* 1989;30:434-41.
39. Moriguchi Y, Maeda M, Igarashi T, Ishikawa T, Shoji M, Kubo C, Komaki G. Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples : a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Biopsychosoc Med.* 2007.
40. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2000B;48:99-104.
41. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale.III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res.* 2003;55:269-275.
42. Joukamaa M, Saarijärvi S, Muuriaisniemi ML, Salokangas RK. Alexithymia in a normal elderly population. *Compr Psychiatry.* 1996;37:144-47.
43. Säkkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M. Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in Finnish adolescent population. *Psychosomatics.* 2007;48:154-61.
44. Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen JT, Koskinen M and Veijola J. Epidemiology of alexithymia among adolescents. *J Psychosom Res.* 2007;63:373-6.
45. Haviland MG, Hendrix MS, Shaw DG., Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive psychiatry.* 1994;35:124-8.
46. Noël MP, Rimé B. Pensée opératoire, alexithymie et investigation clinique : revue critique. *Cahiers de psychologie cognitive.* 1998;8:573-99.
47. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):629-35.
48. Brosig B, Kupfer JP, Wölfelschneider M, Brähler E. Prävalenz undsoziodemographische Prädiktoren der Alexithymie in Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. 2004.
49. Lane RD, Sechrest L , Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1998b; 39:377-85.

50. Parker J, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression : distinct or overlapping constructs ?. *Compr Psychiatry*. (1991) 32:387–94.
51. Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression : A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2015;227(1):1-9.
52. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamäki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients ? Results from a 6-month follow-up study. *Psychother Psychosomat*. 2000;69:303–8.
53. Marchesi C, Brusamonti E, Maggini C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders ?. *J Psychosomatic Res*. 2000;49:43–9.
54. Onur E, Alkın T, Sheridan MJ, Wise TN. Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Q*. 2013;84(3):303-11.
55. Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, Franus N, Talbot NL, Duberstein PR. Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(1):51-56.
56. Celikel FC, Kose S, Erkorkmaz U, Sayar K, Cumurcu BE, Cloninger CR. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2010.
57. Saarij S, Salminen JK, Toikka T. Temporal Stability of Alexithymia Over a Five-Year Period in Outpatients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006.
58. Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. Panic Disorder as Unthinkable Emotions : Alexithymia in Panic Disorder, a Croatian Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:466.
59. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*. 1995;36(3):195-198.
60. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder : comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*. 2001;42(3):235-40.
61. Passardi S, Peyk P, Rufer M, Wingenbach TSH, Pfaltz MC. Facial mimicry, facial emotion recognition and alexithymia in post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2019;122.
62. Brady RE, Bujarski SJ, Feldner MT, Pyne JM. Examining the effects of alexithymia on the relation between posttraumatic stress disorder and over-reporting. *Psychol Trauma*. 2017;9(1):80-7.
63. Slanbekova GK, Chung MC, Karipbaev BI, Sabirova RS, Alimbayeva RT. Posttraumatic Stress and Interpersonal Sensitivity : Alexithymia as Mediator and Emotional Expressivity as Moderator. *Psychiatr Q*. 2019;90(1):249-61.
64. Wang X, Chung MC, Hyland ME, Bahkeit M. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity following stroke : the role of alexithymia. *Psychiatry Res*. 2011;188(1):51-7.
65. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45(2):134-42.

66. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia : an exploratory study. *Psychological Reports*. 2001;89(1):95-8.
67. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. *Encephale*. 1997a;23(5):358-63.
68. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in DSM III-R schizophrenic patients. *Encephale*. 1997b;23(4):267-72.
69. Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia ? A preliminary longitudinal study. *Psychopathology*. 2005;8(6): 310-14.
70. Van der Velde J, Swart M, van Rijn S, et al. Cognitive alexithymia is associated with the degree of risk for psychosis. *PLoS One*. 2015;10(6).
71. Van't Wout M, Aleman A, Bermond B, Kahn RS. No words for feelings : alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):27-33.
72. Wurmser SL. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Am Psychoanal Assoc*. 1974;22:820-43.
73. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother*. 1979;33:17-31.
74. Haviland MG, Shaw DG, Mac Murray JP, Cummings MA. Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy psychosomatics*. 1988c;50:81-7.
75. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American journal of psychiatry*. 1990;147(9):1228-30.
76. Farges F. Alexithymie et toxicomanie, Thèse de doctorat de psychologie clinique, Université de Paris VIII, 2000, Presses Universitaires du Septentrion, 2002. 373 p.
77. Sellami R, Moalla M, Feki I, Hentati S, Masmoudi J, Zahaf A. Alexithymia in patients with substance use disorders. 2017.
78. De Haan HA, Van der Palen J, Wijdeveld TGM, Buitelaar JK, De Jong CAJ. Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait ?. *Psychiatry Research*. 2014;216(1):137-45.
79. Finn PR, Martin J, Pihl RO. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism, *Psychotherapy Psychosomatics*, 1987;47:18-21.
80. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, Mac Murray JP. Alexithymia : subscales and relationship to depression. *Psychotherapy psychosomatics*. 1988b;50:164-70.
81. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT. Coping with inner feeling and stress, heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicinal*. 1992;18:121-6.
82. Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, et al. High prevalence of alexithymia in male with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*. 1988;21:133-36.
83. Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence ?. *Psychotherapy psychosomatics*. 1995;63:169-73.

84. Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecercle C, Dufлот M, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence ? A follow up study. *Comprehensive Psychiatry*. 1997;38(5):296-9.
85. Keller DS, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. Alexithymia in cocaine abusers. *Am J Addict*. 1995;4:234-44.
86. Palma-Álvarez RF, Ros-Cucurull E, Daigre C, Perea-Ortueta M, Martínez-Luna N, Serrano-Pérez P, et al. Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders ? : A one year follow-up study. *Addictive Behaviors*. 2008;113:106681.
87. Lillaz C, Varescon I. Régulation émotionnelle chez des consommateurs de psychostimulants en milieu festif techno. *L'Encéphale*. 2012;38(5):390-6.
88. Morie KP, Zhai ZW, Potenza MN, Mayes LC. Alexithymia, Emotion-Regulation Strategies, and Traumatic Experiences in Prenatally Cocaine-Exposed Young Adults. *Am J Addict*. 2020;20.
89. Lillaz C, Varescon I. Régulation émotionnelle chez des consommateurs de psychostimulants en milieu festif techno. *Encephale*. 2012;38(5):390-6.
90. Troisi A, Pasini A, Saracco M, Spalletta G. Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*. 1998;93(4):487-92.
91. Dorard G, Berthoz S, Haviland MG, Phan O, Corcos M, Bungener C. Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49(6):585-92.
92. El Rasheed AH. Alexithymia in Egyptian Substance Abusers. *Subst Abus*. 2001;22(1):11-21.
93. Torrado Torrado M, Eusebio S, Ouakinin S. Autonomic reactivity and alexithymia in opiates addiction. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;97:172.
94. Pinard L, Negrete JL, Annable L, Audet N. Alexithymia in substance abusers, persistence and correlates of variance, *Am J Addict*. 1996;5(1):32-9.
95. Smith M, Daurat A, Pariente P. Traduction française du Schalling Sifneos Personality Scale revised et du Beth Israël Questionnaire, deux instruments d'évaluation de l'alexithymie. *L'Encéphale*. 1992;18:171-4.
96. Sifneos PE. The Schalling-Sifneos Personality Scale Revised. *Psychother Psychosom*. 1986;45(3):161-5.
97. Parker JD, Bagby R, Taylor GJ. Alexithymia and depression : distinct or overlapping constructs. *Comprehensive psychiatry*. 1991;32:387-94.
98. Vorts HC, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire Person. 2001.
99. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. 1985.
100. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The 20 item Toronto Alexithymia Scale. I- Item selection and cross validation of the factor structure. II- Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38:23-40.

101. Sifneos PE. Alexithymia : past and present. *Am J Psychiatry*. 1996;153(7):137-42.
102. Loas G, Fremaux D, Marchand MP. Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 185 sujets sains. *L'Encéphale*. 1995;21:117-22.
103. Haviland MG, Reise SP. A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996;41:597-608.
104. Luminet O, Taylor G, Bagby R. La mesure de l'alexithymie. *Psychopathologie de l'alexithymie*. 2003.
105. Haviland MG, Warren WL, Riggs MT. An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*. 2000;41:35-392.
106. Haviland MG, Warren WL, Riggs ML, Gallacher M. Psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*. 2001;77:176-16.
107. Bagby RM, Taylor GJ, Atkinson L. Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J Psychosom Res*. 1988;32(1):107-116.
108. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(4):695-9.
109. Nasreddine Z, et al. MoCA test FAQ. 2019.
110. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E. Mini International Neuropsychiatric Interview French current DSM-IV.
111. Gaudelus B, Gaudelus V, Peyroux E, Leleu A, Baudouin JY, Franck N. Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF). *L'Encéphale*. 2014;(41).
112. Deborde AS, Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Jeammet P. Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst : étude chez des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins. *L'Encéphale*. 2004;30(5):464-73.
113. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. Assessment of alexithymia : Self-report and observer-rated measures. Bar-On and JDA Parker Eds. 2000:301-19.
114. Bar-On R, Bar On Emotional Quotient Inventor y (EQ -i) : Technical manual. Toronto. 1997.
115. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory. Professional Manual. Odessa. Psychological Assessment Ressources. 1992.
116. Teesson M, Havard A, Fairbairn S, Ross J, Lynskey M, Darke S. Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) : prevalence, correlates and treatment seeking. *Drug Alcohol Depend*. 2005;78(3):309-15.
117. Zullino D, Krenz S, Besson J, Borgeat F. Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs : *Psychiatrie*. 2002.

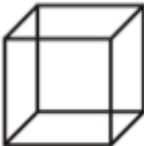
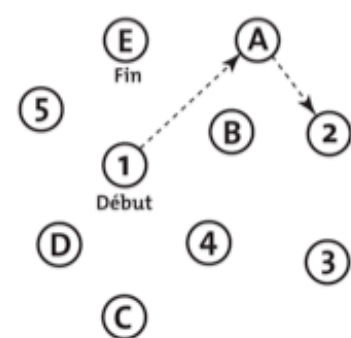

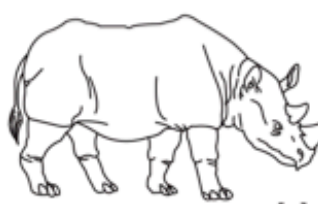
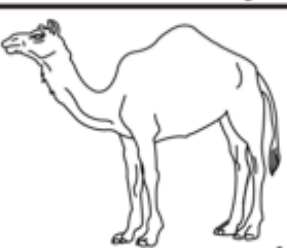
118. Tarquinio C, Montel S. Chapitre 6, Psychotraumatisme et pathologies addictives. Les psychotraumatismes : Histoire, concepts et applications. Paris. Dunos. 2014:119-37.

Annexe I. MoCA

Source internet : Consortium National de Formation en Sante, Université d'Ottawa
<https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca>

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 FRANÇAIS

NOM : _____
 Scolarité : _____ Date de naissance : _____
 Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		 Copier le cube []		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) [] [] []		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.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1 ^{er} essai	2 ^{ème} essai						
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. Pos de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						___/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 Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans	

Annexe II. Critères de sévérité de la dépendance à une substance (DSM-5)

Source internet : Centre Addictovigilance Auvergne - <http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/dsm-5-addiction/>

ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5

Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

- Score < 2 : Absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : Addiction légère
- Score de 4 à 5 : Addiction modérée
- Score ≥ 6 : Addiction sévère



Annexe III. Résultats de l'étude LITTE (Guilbaud et al.)

Sources internet : Tableaux issus de l'étude de « Guilbaud O, Loas G, Corcos M, et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. Annales Médico-Psychologiques. 2002;160:77-85 »

Tableau II. Moyenne et prévalence de l'alexithymie en fonction des facteurs sociodémographiques.

TAS 20	Témoins		Témoins hommes N = 310	Âge		Classe socioprofessionnelle (cinq données manquantes)				
	N = 767	Témoins femmes N = 457		14-24 N = 382	25-50 N = 385	Inactifs N = 34	Étudiants N = 276	Ouvriers N = 97	Employés N = 200	Cadres N = 158
Facteur 1 (ET)	14,8 (5,25)	15,1 (5,36)	14,4 (5,06)	15,7 (5,30)	13,9 (5,06)	14,8 (5,04)	15,7 (5,27)	15,4 (5,38)	14,6 (5,33)	13,1 (4,69)
Facteur 2 (ET)	13,7 (4,35)	13,7 (4,60)	13,7 (3,98)	13,9 (4,55)	13,4 (4,14)	13,6 (4,52)	14,1 (4,58)	14,8 (3,68)	13,2 (4,39)	12,8 (4,07)
Facteur 3 (ET)	17,7 (4,52)	17,1 (4,48)	18,6 (4,45)	17,3 (4,40)	18,2 (4,61)	16,3 (4,65)	17,2 (4,26)	20,8 (3,93)	18,6 (4,55)	16,1 (4,12)
Score total (ET)	46,2 (10,52)	45,9 (10,73)	46,7 (10,20)	46,9 (10,86)	45,5 (10,64)	44,7 (10,84)	47,0 (10,59)	51,0 (8,94)	46,5 (10,87)	42,0 (9,23)

* ET : écart type

Tableau III. Prévalence de l'alexithymie dans les conduites de dépendance (alcoolisme, anorexie, boulimie, toxicomanie) en population française et francophone.

TAS-20	Anorexiques n = 154	Témoins	Boulimiques n = 98	Témoins	Alcool./Hom. n = 165	Témoins	Alcool./Fem. n = 78	Témoins	Tox./Hom. n = 97	Témoins	Tox./Fem. n = 62	Témoins
Score Total	56,1 (11,45)	47,8 (10,31)	54,2 (10,97)	45,7 (10,36)	57,3 (9,23)	48,5 (9,79)	56,1 (10,44)	44,8 (10,73)	53,4 (10,77)	47,5 (11,31)	52,7 (11,61)	45,4 (10,69)
Facteur 1	21,9 (6,13)	16,0 (5,40)	21,9 (6,05)	15,0 (5,39)	21,0 (5,41)	14,6 (5,19)	21,5 (5,58)	13,9 (5,09)	19,9 (5,95)	15,0 (5,15)	20,2 (6,92)	15,9 (5,05)
Facteur 2	16,9 (4,42)	14,1 (4,62)	15,8 (4,63)	13,5 (4,49)	16,3 (3,56)	14,1 (3,90)	16,0 (4,24)	13,4 (4,66)	15,5* (4,03)	14,1* (4,19)	15,7* (4,57)	13,2* (4,81)
Facteur 3	17,4* (4,52)	17,7* (4,21)	16,4* (5,07)	17,1* (4,70)	19,9* (4,43)	19,8* (4,05)	18,8* (4,75)	17,6* (4,75)	17,9* (4,51)	18,4* (4,93)	16,8* (4,31)	16,3* (4,38)
%	54,6 %	25,3 %	44,9 %	17,0 %	63,0 %	28,1 %	48,7 %	14,9 %	43,3 %	22,8 %	41,9 %	18,0 %

* Différence patient/témoins non significative au seuil $\alpha = 0,05$. Les autres différences patient/témoins sont significatives au seuil $\alpha = 0,05$. Entre parenthèses, nous donnons les écarts-types.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Étude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois, sous traitement substitutif.

Résumé :

CONTEXTE : L'alexithymie est une dimension clinique transnosographique entretenant des relations étroites avec de nombreuses pathologies, notamment psychiatriques et addictologiques. Cette dimension a été largement étudiée dans la littérature scientifique, à l'exception des liens spécifiques entre alexithymie et trouble de l'usage d'opiacés (TUO).

OBJECTIF : L'objectif principal de notre étude est de mesurer la prévalence de l'alexithymie au sein d'un échantillon de patients souffrant d'un TUO stabilisé depuis 3 mois et sous traitement substitutif aux opiacés. Les objectifs secondaires de l'étude sont de mesurer le score moyen à la TAS-20 de notre échantillon, de comparer les groupes de sujets alexithymiques et non-alexithymiques de notre échantillon, et de réaliser une analyse comparative de nos résultats avec une étude de la littérature sur le sujet (Guilbaud et al., 2002).

METHODE : Nous avons recruté 42 patients suivis en consultation ambulatoire dans le Service d'Addictologie du CHU Montpied à Clermont-Ferrand. Nous avons réalisé un recueil de leurs caractéristiques sociodémographiques, une évaluation de leurs caractéristiques psychiatriques (MINI DSM-IV) et addictologiques (DSM-V), ainsi qu'une mesure de leur alexithymie par la TAS-20.

RESULTATS : La prévalence de l'alexithymie dans notre échantillon est de 35,7%, ce qui s'avère significativement supérieur à celle de la population témoin (20,7%). Le score moyen à la TAS-20 est de 49,7, ce qui est comparable à la population témoin, à l'exception de la sous-dimension « difficultés à identifier ses émotions » (DIF) et du score moyen des hommes. Par ailleurs, le score moyen des femmes de notre étude est significativement inférieur à celui des femmes toxicomanes non-stabilisées de l'étude LITTE. Nous retrouvons une association positive entre l'alexithymie et dépendance à l'alcool, ainsi qu'avec le nombre d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs.

CONCLUSION : Les sujets souffrant d'un TUO stabilisé seraient plus alexithymiques que la population générale (catégoriel), et probablement moins alexithymiques (dimensionnel, femmes) que des sujets toxicomanes non-stabilisés. Cette différence est en grande partie liée à la composante émotionnelle de l'alexithymie (DIF). Chez ces sujets l'alexithymie primaire (trait) pourrait constituer un facteur de risque de développer une dépendance aux opiacés, et l'alexithymie secondaire (état) pourrait régresser suite à la stabilisation du TUO.

Mots-clés :

- Alexithymie
- Trouble de l'usage d'opioïdes
- Trouble de l'usage d'opiacés
- Trouble de l'usage de substances
- Dépendance aux opiacés
- Dépendance aux opioïdes