

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1633

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Rémi ESTEVE

le 19 octobre 2018

**Existe-t-il une relation entre la stigmatisation perçue et les croyances
dysfonctionnelles chez des patients présentant un trouble de l'usage de
l'alcool.**

Directeur de thèse : Dr Bénédicte Jullian

JURY

Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto
Monsieur le Professeur Christophe Arbus
Monsieur le Professeur Laurent Schmitt
Madame le Docteur Bénédicte Jullian
Monsieur le Docteur Michel Reocreux

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1633

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Rémi ESTEVE

le 19 octobre 2018

**Existe-t-il une relation entre la stigmatisation perçue et les croyances
dysfonctionnelles chez des patients présentant un trouble de l'usage de
l'alcool.**

Directeur de thèse : Dr Bénédicte Jullian

JURY

Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto

Président

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Assesseur

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Assesseur

Madame le Docteur Bénédicte Jullian

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel Reocreux

Suppléant

Remerciements

A Monsieur le professeur Franchitto

Pour avoir accepté d'être président de ce jury de thèse, pour la confiance que vous m'avez accordée et le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce travail

Pour votre ouverture clinique et théorique, votre intérêt pour cette spécialité et votre énergie investie dans son développement au CHU

A monsieur le professeur Schmitt

Pour avoir accepté de siéger à ce jury, pour votre pédagogie et votre implication dans la préservation de la valeur symbolique et académique des thèses de médecine

A monsieur le professeur Arbus

Pour votre implication dans la formation des internes, votre disponibilité pour ceux-ci et votre intérêt pour cette spécialité

A monsieur le docteur Reocreux

Pour avoir accepté de siéger à ce jury, votre passion pour cette spécialité, votre intérêt communicatif pour les thérapies comportementales et cognitives ainsi que leur enseignement

A madame le docteur Jullian

Pour avoir accepté de diriger cette thèse

Pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton soutien durant ce travail, j'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble

A madame le docteur Pelissier

Pour ton aide précieuse dans ce domaine, ô combien mystérieux et obscur, que sont les statistiques, pour ton ouverture d'esprit et ta patience

A monsieur le professeur Hautekeete

Pour votre intérêt pour la recherche clinique, votre disponibilité, vos conseils

A tous les professionnels avec qui j'ai pu apprendre au cours de mes stages

A l'équipe de l'UCC de l'hôpital Garonne pour leur humanité, leur dévouement, au docteur Voisin pour m'avoir fait découvrir le stoïcisme, aux équipes du secteur sud et de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier du Gers pour la découverte de la psychiatrie de secteur, de la pédopsychiatrie et du foie gras, à l'équipe de l'UF3 pour tout ce que j'ai pu y apprendre, à l'équipe de l'UHSA pour leur bienveillance, leur regard sur le soin, au Dr Valmy pour m'avoir motivé à découvrir l'addictologie, à l'équipe de la MDA pour m'avoir montré ce qu'était un travail d'équipe et l'intérêt du débat dans la prise de décision, à l'équipe de l'unité d'addictologie du CHU pour leur sympathie, leur soutien, pour ne jamais avoir eu faim pendant les réunions, à l'équipe du centre Maurice Dide pour leur bienveillance, tous les moments de rire, les discussions.

A ma famille,

A ma mère pour tout ce que tu m'as fait découvrir, la musique qui jouait en permanence, les bouquins, de Pef à Franketienne en passant par Cossery, pour m'avoir rendu attentif aux autres, « dans les yeux de ma mère il y a toujours de la lumière » comme dirait un belge que tu aimes bien.

A mon frère et ma sœur, pour les hamsters, les grosses joues, les camions et les permis qui ne marchent plus, tap tap !

A mes neveux Louise et Maxime, vous avez les remerciements du « docteur de la tête »

A Noëlle, Lénie, Emilie, Isabelle, Marie-Claire, Claudine, à tous les oncles, tantes, cousins et cousines que je ne vois pas assez

A mes grands-parents, à mon oncle Kader

Aux amis,

A Pedro aka Pyramide, pour les voyages, les réveils difficiles, la monnaie dans les poches... tout ce temps passé en famille, tu étais et est resté quelqu'un de bien mon fils !

A Alex M mon co-équipier pour toutes ces parties, c'est écrit dans la bible, tous ces apéros et soirées ensemble et celles évitées à cause de piqûres de moustique...

A Mumu, pour tous ces bons moments passés ensemble, ta motivation infailible quand les autres avaient la flemme, ce premier semestre d'internat é-pui-sant ! A Sma et toi pour LA tomate

A Lucas, pour toutes les parties de coinche, tous les bons moments dans la montagne ou dans la ville rose, tous les livres et discussions partagées, pour le Rock Steady, le parti vaincra !

A Aude et Johb, pour tous les moments à manger, boire des bières ou regarder des films, oué je vous fait un peu passer pour des gros tas...

A Clem, pour la moustache, les randonnées en courant, les soirées et discussions qui finissent pas, Forza !

A Axou aka Beïnetez, pour tous les bons moments, ta gentillesse, la meuf la plus cool malgré ton récent dérapage dans le monde du football

A Sarah J ma voisine durant une looongue année et à la p'tite Lise, ton mini toi !

A Cécile, la seule personne qui aime la Pizza Alexis peut-être plus que moi

A Alex N : !

A Germain aka la mitraillette, toujours un plaisir de te voir malgré la distance, « non Rémi, sois gentil, pas de blague sur la coinche... »

A Anna et Erwan merci pour tous ces moments Bordelais et Bruniquellois (c'est comme ça qu'on dit ?)

A tous les autres Ebrahim, Lulu, Sylvain, Loris, Lélé, Matthieu et Alex, Leo, Sarah LM, Marion et Marcel.

A Jeanne, Chloé et Aurélie ! Je ne regretterai jamais cet internat rien que pour vous avoir rencontré ! « Jeanne ? Present ! » Tu nous manques depuis ton départ dans le grand nord ! Chloé ma voisine (trop) temporaire, j'espère qu'on continuera à boire des verres pendant longtemps ! Aurélie, mon coach qui a rendu la rédaction de cette thèse beaucoup plus fun, on y est arrivé !!

Aux membres du parti, hasta siempre ! A ma co-fondatrice Leila, parce qu'il y a peu de gens avec qui je partage autant de choses

Aux purpanais et al. Manon et Thomas, Guillaume (une p'tite bière ?) et Marion, Mathilde et Adrien, Marie-Laure, Maïté et Ingrid, Charlotte, pour toutes les soirées et bons moments

A la team 4a, Clément, Réda et Benoit, parce que rien ne vaut un poulet sur la tête !

Aux Auscitains, Bernard, Louis, Charlène, Zac et Sofiane la coloc la plus drôle de l'histoire !

Aux internes d'addicto, Camille, Benoit, Ahmed, Sarah et les autres, pleins de bons moments et d'hyperglycémies !

A mes co-DESCois, Nico et Sami, je reste à l'affut pour le prochain petit concert

Aux Albigeois et amis d'enfance Jihad, Amphol, Nijjar, Cédric, Simon Sez, Pradou, Arno, Mich, Steack, Sami, Bruno, Rezgar, Redir, Momo et ceux que j'oublie

Table des matières

I. ABREVIATIONS	8
II. AVANT-PROPOS	9
III. INTRODUCTION	10
A. Trouble de l'usage de l'alcool	10
1. Epidémiologie des consommations d'alcool	10
2. Addiction et trouble de l'usage de l'alcool.....	11
3. Repérage et prise en charge	13
B. Stigmatisation	15
1. Théorisation de la stigmatisation.....	15
2. Conséquences de la stigmatisation en santé mentale et en addictologie	18
3. Stigmatisation perçue en addictologie.....	19
C. Modèle comportemental et cognitif.....	19
1. Historique des thérapies comportementales et cognitives.....	19
2. Modèle comportemental et cognitif de Beck.....	20
3. Modèle cognitif de Beck pour les addictions	21
4. Déroulement d'une thérapie comportementale et cognitive.....	23
IV. OBJECTIFS	26
V. METHODE	27
A. TYPE DE L'ETUDE	27
B. POPULATION DE L'ETUDE.....	27
C. STIGMA-SCALE.....	28
1. Stigma-scale originale	28
2. Version adaptée pour le trouble de l'usage de l'alcool	28
D. QUESTIONNAIRE DES CROYANCES ASP.....	29
E. AUTRES ECHELLES	29
1. AUDIT.....	30

2.	Questionnaire de qualité de vie SF 36	30
F.	ANALYSE STATISTIQUE.....	31
VI.	RESULTATS	32
A.	DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE	32
1.	Caractéristiques démographiques et cliniques.....	32
2.	Caractéristiques cognitives	33
B.	ETUDE DE LA RELATION ENTRE STIGMATISATION PERCUE ET CROYANCES ASP.....	34
C.	OBJECTIFS SECONDAIRES	35
1.	Relation entre stigmatisation perçue et sévérité du trouble de l'usage d'alcool selon les critères du DSM5.....	35
2.	Relation entre stigmatisation perçue et antécédent psychiatrique	35
3.	Relation entre croyances ASP et évolution de l'addiction (abstinent ou non, effet violation de l'abstinence, etc.)	36
VII.	DISCUSSION	37
A.	COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	37
1.	Epidémiologie du trouble de l'usage de l'alcool en structure de soins spécialisée...	37
2.	Etudes évaluant les croyances ASP	38
3.	Etudes évaluant la stigmatisation perçue.....	38
4.	Etudes évaluant la qualité de vie des patients alcoolodépendants.....	39
B.	LIMITES	40
C.	FORCES	41
D.	PERSPECTIVES	41
VIII.	CONCLUSION	43
IX.	REFERENCES	44
X.	LISTE DES ANNEXES	49
XI.	ANNEXES	50

I. ABREVIATIONS

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Version abrégée de l'AUDIT en 3 items

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

Croyances ASP : Croyances anticipatoires, soulageantes et permissives

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

MMSE : Mini-Mental State Examination

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

SF36 : Short Form 36 Health Survey (questionnaire de qualité de vie)

TCC : Thérapies comportementales et cognitives

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TLUA : Trouble lié à l'usage de l'alcool (CIM)

TUAL : Trouble de l'usage de l'alcool (DSM)

TS : Tentative de suicide

σ : Ecart-type

II. AVANT-PROPOS

« Une gêne réciproque caractérisait depuis longtemps ma relation avec eux : ils avaient honte de moi parce que je buvais trop, n'étais sérieux ni dans mon travail ni dans le remboursement de mes dettes, et avais été, à plusieurs reprises, « interné » ; et moi, j'avais honte de leur honte. Pas une fois nous ne nous croisions dans la rue sans qu'ils me demandent avec condescendance, leurs yeux fuyant les miens, des nouvelles de ma santé. La jubilation – sûrement le fruit de mon imagination – qu'ils affichaient lors de ces rencontres avait le don de m'angoisser, comme s'ils voulaient me signifier qu'en manifestant ma folie et en me faisant interner à plusieurs reprises, je témoignais d'un simple refus infantile et hystérique de reconnaître la validité de leur mode de vie, et qu'en empruntant un autre chemin, j'avais voulu faire preuve d'un courage et d'une supériorité qui en réalité me faisait défaut. Ces rencontres étaient devenues tellement pénibles que lorsque j'étais dans l'obligation de marcher dans la rue pendant la journée, je déboulais survolté en fixant le bitume du regard, l'esprit surchauffé. [...] Au bout d'un mois d'abstinence, je voyais le monde avec une telle acuité que cela en devenait insoutenable, j'étais maladivement clairvoyant, avec des aperçus de l'univers dont je me détournais immédiatement. Contrairement à certains, je n'avais pas bu pour faire preuve de témérité, de charme ou d'esprit ; j'avais utilisé l'alcool pour ce qu'il était précisément, un dépresseur me permettant de maîtriser l'excitation mentale produite par une longue abstinence alcoolique. »

Le dernier stade de la soif, Frederick Exley, 1968

III. INTRODUCTION

La prise en charge des addictions a évolué au cours des dernières décennies de façon parallèle à l'étude de leurs déterminants sociologiques. La stigmatisation des sujets addicts reste un problème sociologique prégnant malgré la progression des connaissances scientifiques au sujet des addictions et leurs classifications en tant que maladie. L'impact de la stigmatisation sur les comportements de consommation des sujets addicts est désormais bien connu. Le rôle des processus cognitifs à l'œuvre dans ce contexte n'a lui pas fait l'objet de recherches cliniques. L'abord comportemental et cognitif figure parmi les stratégies thérapeutiques les mieux validées dans l'addiction à l'alcool, notamment à travers sa composante cognitive formalisée par Aaron.T. Beck. Les croyances vis-à-vis de cette substance nous semblent en partie déterminées par l'image sociale, la perception des attitudes et attentes normatives de la population quant à celle-ci.

Nous faisons l'hypothèse que ces deux phénomènes subjectifs, la stigmatisation perçue et les croyances dysfonctionnelles vis-à-vis de l'alcool, sont liés, le premier influant sur le second. Notre but est l'amélioration des pratiques de restructuration cognitive lors de thérapies comportementales et cognitives pour les patients se percevant comme stigmatisés.

A. Trouble de l'usage de l'alcool

1. **Epidémiologie des consommations d'alcool**

La consommation d'alcool en France est en diminution depuis plusieurs décennies, passant de 65g d'alcool par adulte et par jour en 1935 à 27g par adulte et par jour en 2008 (1). Néanmoins, lors du baromètre santé de 2014, dans la population des 18-75 ans 31% des personnes interrogées étaient buveurs à risques ponctuels et 8% (3,4 millions de personnes) à risques chroniques, au sens du test de l'AUDIT-C (2). De plus, l'alcool reste la deuxième cause de mort évitable en France avec 49000 décès en 2009 lui étant attribuables, les principales causes de décès étant les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives, les causes externes et les maladies mentales et troubles du comportement (3). L'alcool entraîne également des dommages sur le plan social, d'après une enquête menée en 2001 chez des patients ayant recours aux soins, les personnes sans emploi avaient 2,7 fois plus de chance d'être

alcoolodépendantes (4). Une autre enquête, coordonnée par l'INSEE, chez des personnes sans domicile fixe montrait que les consommations d'alcool étaient proportionnelles au degré de précarité (5). L'alcool est également la cause d'infractions à la loi, en 2012 on retrouvait 75 000 interpellations pour ivresse sur la voie publique. Lors d'une autre enquête menée en région parisienne et dans le Nord sur des personnes ayant participé à une bagarre il a été mis en évidence que 40% avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient (2). Ces troubles du comportement peuvent avoir un impact sur l'opinion publique et renforcent les stéréotypes.

2. Addiction et trouble de l'usage de l'alcool

Au début des années 2000 le concept d'addiction a progressivement remplacé ceux d'alcoolisme ou de toxicomanie. L'addiction à une substance comme l'alcool se caractérise par l'impossibilité de contrôler un comportement ayant pour objectif le plaisir ou le soulagement d'un malaise interne et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives (6).

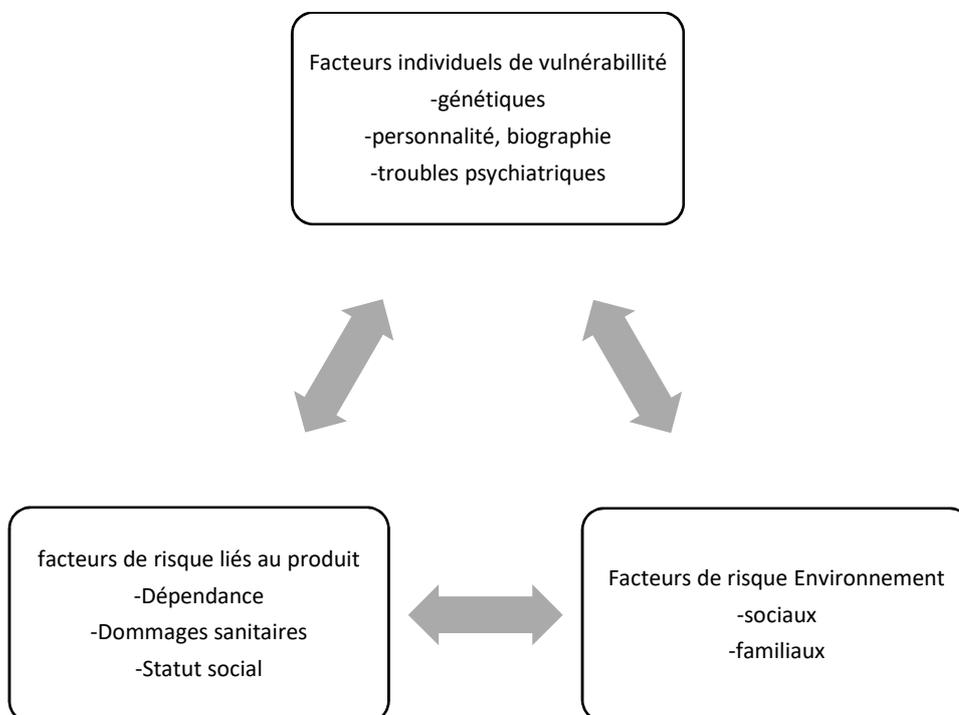


Figure 1 : Interactions des facteurs à l'origine de l'addiction

L'installation et le maintien de l'addiction dépend du produit en lui-même mais également de facteurs individuels de vulnérabilité et de facteurs de risque environnementaux (7).

Les critères de la CIM 10 et du DSM IV différenciaient plusieurs catégories selon les types d'usage se répartissant sur un continuum de gravité. Les usages dits asymptomatiques sont constitués par l'usage simple et l'usage à risque (plus de 14 verres/semaine pour une femme, plus de 21 verres/semaines pour un homme ou plus de 4 verres par occasion selon l'OMS). Les usages symptomatiques sont appelés troubles liés à l'usage d'alcool dans la CIM 10 ou trouble de l'usage de l'alcool dans le DSM (TUAL). Les TUAL étaient divisés en deux catégories, une première appelée abus pour le DSM IV, usage nocif pour la CIM 10 et une seconde, la dépendance, pour les deux classifications (cf. figure 2).

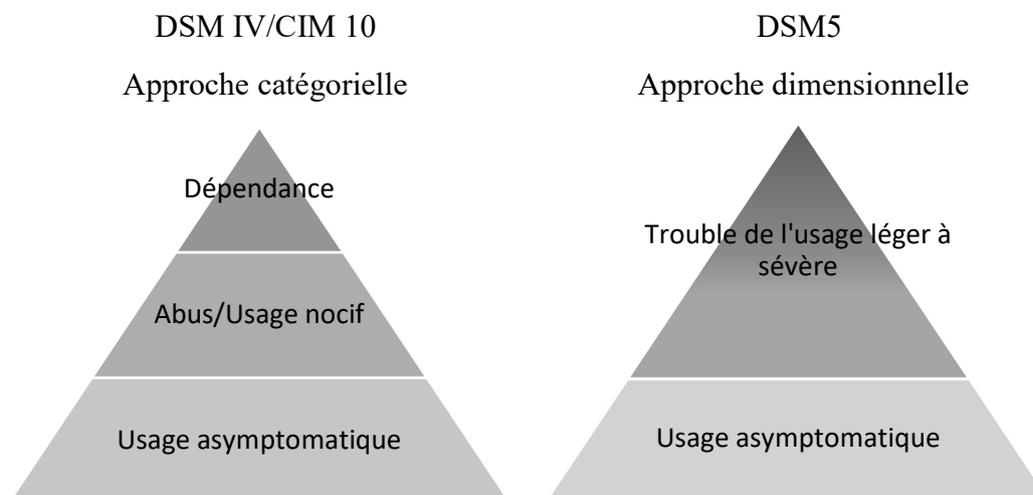


Figure 2 : Classifications internationales des usages d'alcool

Le TUAL est constitué par un ensemble de symptômes comportementaux, cognitifs et physiques ainsi que des complications physiques, psychiques et sociales, variables selon les classifications.

Le DSM 5 apporte une approche dimensionnelle du trouble de l'usage, avec trois niveaux de sévérité (léger, modéré et sévère) reflétant mieux le continuum de gravité observé en clinique (cf. figure 3). Il introduit également un critère supplémentaire, le craving. Il existe plusieurs modèles explicatifs, néanmoins, la définition utilisée en pratique clinique est celle d'un besoin impérieux, une compulsion à consommer la substance. Il est aujourd'hui une cible privilégiée des thérapeutiques médicamenteuses ou non. Ce nouveau modèle est de plus en plus

utilisé en recherche mais également en clinique malgré le fait que la CIM X reste la classification de référence en France pour le codage des pathologies.

A. Mode d'usage problématique d'utilisation de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool.
 - L'alcool (ou une substance très proche telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier la sévérité actuelle

Léger : Présence de 2 ou 3 symptômes.

Modéré : Présence de 4 ou 5 symptômes.

Sévère : Présence de 6 symptômes ou plus.

Figure 3 : Critères DSM 5 du trouble de l'usage de l'alcool

3. Repérage et prise en charge

Le repérage des consommations à risque ou avec dépendance doit être effectué de façon régulière par tous les soignants. Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism liste un certain nombre de situations durant lesquelles ce repérage peut avoir lieu : les examens de routine, la prescription de médicaments interagissant avec l'alcool, lors des admissions aux urgences, les femmes enceintes, les personnes à haut risque de boire en excès, les personnes

ayant des pathologies chroniques et des pathologies en lien avec des consommations excessives d'alcool. Un trouble de l'usage peut être suspecté en présence d'indicateurs sociaux, cliniques et parfois biologiques (augmentation du VGM et des γ GT, cytolysse hépatique, etc.). Les soignants peuvent utiliser des questionnaires validés tels que l'AUDIT, l'AUDIT-C ou le FACE afin de mieux repérer les consommations à risque (8). Une fois repérés, les patients souffrant d'un trouble de l'usage probable ou avéré, peuvent bénéficier d'interventions de différents types allant de l'intervention brève à des prises en charge spécialisées en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, selon le niveau de sévérité et les répercussions constatées. L'intervention brève est une intervention opportuniste ciblant une population qui ne demande pas de soin. Elle consiste en la restitution des résultats de tests de dépistage, un conseil et une information simple quant aux risques encourus et au choix d'objectifs à atteindre avec une attitude encourageante et positive.

La prise en charge du TUAL doit être globale, médico-psycho-sociale, un dépistage des complications somatiques est nécessaire sur le plan neuropsychologique, nutritionnel et hépatique.

De fréquentes comorbidités psychiatriques sont retrouvées, 51,4% des patients présentant au cours de leur vie un trouble de l'usage de l'alcool présentent également un autre trouble psychiatrique selon une étude en 1997 selon les critères du DSM III (9). L'enquête NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), ayant eu lieu aux Etats-Unis en 2001-2002, fournissait des données plus récentes et utilisait les critères DSM IV. Les comorbidités psychiatriques seraient présentes chez 37% des patients présentant des critères d'abus ou de dépendance à l'alcool. Un risque significativement plus élevé de présenter un trouble mental, quel qu'il soit était retrouvé. Les pathologies les plus comorbides semblent être le trouble bipolaire ainsi que les troubles de la personnalité histrionique (retirée du DSM 5) et antisociale (10). La troisième édition de l'enquête NESARC a eu lieu en 2012-2013 et utilisait les critères DSM 5. Elle retrouvait une association significative entre Trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire de type I, trouble de la personnalité antisociale et borderline et TUAL. Cette association était retrouvée à la fois sur les 12 derniers mois et sur la vie entière et quel que soit le niveau de sévérité du TUAL (Odds Ratio variant de 1.2 à 6.4). Une association significative, bien que plus modérée (Odds Ratio variant de 1.2 à 1.4), était également retrouvée entre le TUAL, pour la plupart des degrés de sévérité, et le trouble panique, les phobies spécifiques et le trouble anxieux généralisé (11). L'importance du repérage de ces comorbidités est mise en exergue par A. Tremey et G. Brousse « *Tout patient souffrant d'un trouble de*

l'usage de l'alcool devrait bénéficier d'une évaluation psychiatrique [...] et d'une évaluation systématique du risque suicidaire» (6). Sur le plan social la recherche d'éléments de vulnérabilité concernant la stabilité des liens sociaux et la protection sociale doivent faire l'objet d'une évaluation.

Les objectifs sont ensuite fixés en accord avec le patient, l'intervention vise un changement des comportements de consommation, abstinence ou réduction des consommations (12). Le soignant doit favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique et le soutien de l'entourage. Des interventions psycho-sociales et pharmacologiques ont montré leur efficacité, parmi celles-ci plusieurs programmes de thérapies comportementales et cognitives tels que le renforcement communautaire (13), la gestion des contingences (14), l'entraînement à l'auto-contrôle, l'entraînement aux compétences sociales ou les interventions basées sur la pleine conscience (15).

B. Stigmatisation

1. **Théorisation de la stigmatisation**

Dans la Grèce antique le stigmate était une marque laissée au couteau ou au fer rouge destinée à exposer le caractère indésirable de l'individu (criminels, traîtres, etc.). Au moyen-âge le mot est utilisé dans une acception religieuse pour désigner les marques corporelles laissées par la grâce divine mais aussi médicale pour désigner les signes et séquelles d'une maladie.

Erving Goffman décrit en 1963 la conception sociologique du stigmate comme l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer. Il y a donc stigmate lorsqu'il existe un désaccord entre l'identité sociale réelle d'un individu, ce que l'on peut prouver qu'il est, et l'identité sociale virtuelle de celui-ci, ce qu'il est supposé être. Pour Goffman il représente la relation entre un attribut et un stéréotype (16). Il différencie l'individu discrédité, dont la différence est connue ou immédiatement perceptible (par exemple une personne en fauteuil roulant), de l'individu discréditable, pour qui le contrôle de l'information quant à l'attribut qui le concerne devient un enjeu majeur (par exemple une personne séropositive au VIH). Il énonce également le concept d'identité pour soi, c'est-à-dire « *le sentiment subjectif de sa situation et de la continuité de son personnage* », qui lui permet d'analyser ce que l'individu ressent vis-à-vis de son stigmate. Il évoque déjà en 1963 le

processus d'internalisation de la stigmatisation : « *Nous pouvons maintenant formuler ce qui caractérise essentiellement la situation de l'individu stigmatisé dans la vie. Il s'agit de ce que l'on nomme souvent, quoique vaguement, l'acceptation. Il se passe que ceux qui sont en rapport avec lui manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui, et l'avaient conduit à prévoir pour lui-même ; et il fait écho à ce refus en admettant que certains de ses attributs le justifient* ».

Suite aux travaux de E. Goffman, la recherche en sociologie et en psychologie sociale sur le sujet a été abondante. Une synthèse et une reformulation des travaux menés dans le champ sociologique a été rédigée en 2001 (17) suite à des critiques relatives à l'imprécision de certaines théories, la multiplicité voire, pour certaines publications, l'absence de définition du concept de stigmatisation. Cette nouvelle conceptualisation définit la stigmatisation comme la co-occurrence d'éléments d'étiquetage, de stéréotypage, de différenciation, de perte de statut et de discrimination, cela dans un rapport de pouvoir (cf. figure 4). Ces éléments sont divisés en quatre composantes, chacune constituant un champ de recherche à part entière. La première composante de la stigmatisation est le processus d'étiquetage et de catégorisation des individus, caractérisé par une sélection des différences entre individus en fonction de leur importance dans le champ social. La deuxième composante apparaît lorsque les différences étiquetées sont reliées à des stéréotypes constitués d'un ensemble de caractéristiques indésirables. La recherche en psychologie sociale s'est particulièrement concentrée sur cet aspect de la stigmatisation en étudiant les processus cognitifs qui sous-tendent la relation entre catégorisation et stéréotypes (18,19). La troisième composante survient quand l'attribution de caractéristiques indésirables à une catégorie de population (« eux ») entraîne la croyance que ces personnes sont fondamentalement différentes du reste de la population (« nous ») (20). La quatrième et dernière composante est la conséquence des précédentes. Elle se caractérise par les comportements de dévalorisation, d'exclusion, de discrimination et la chute du sujet stigmatisé dans la hiérarchie sociale.

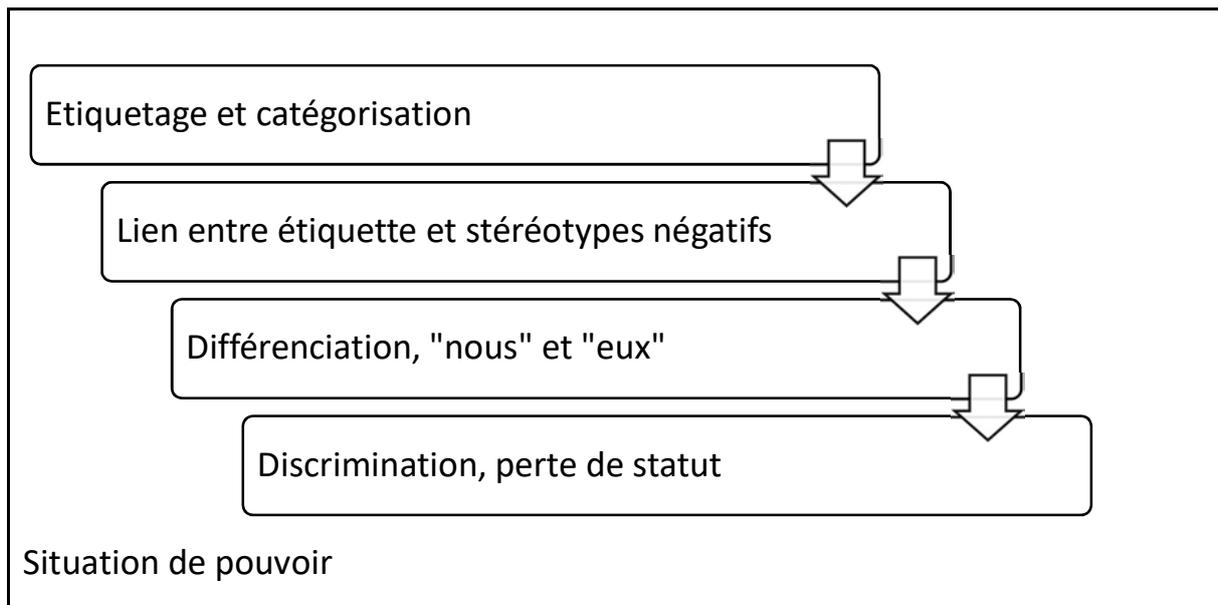


Figure 4 : Modèle de Link et Phelan, 2001

Des études récentes dans le champ médical ont abordé le phénomène de la stigmatisation du point de vue du sujet stigmatisé, sous différents angles, créant différents concepts associés. Une revue de la littérature (21) a pu les classer en différents sous-ensembles :

- La stigmatisation anticipée est l'anticipation par le sujet d'être perçu ou traité injustement.

- La stigmatisation vécue est l'expérience objectivée par le sujet d'une perception ou d'un traitement injuste de la part d'autrui.

- La stigmatisation internalisée ou auto-stigmatisation est l'acceptation des stéréotypes négatifs comme valides entraînant une auto-inhibition des sujets stigmatisés.

- La stigmatisation perçue est la conscience d'attitudes sociales négatives, de comportements de discrimination de la part d'autrui, elle est le deuxième phénomène le plus étudié après la stigmatisation liée au traitement

- La stigmatisation liée au traitement correspond à la stigmatisation associée à la recherche de soins et au soin lui-même.

- La stigmatisation relayée correspond aux attitudes et comportements stigmatisants du sujet envers d'autres membres de son groupe.

2. Conséquences de la stigmatisation en santé mentale et en addictologie

Depuis les travaux de Goffman, la santé mentale a été l'un des champs de prédilection pour l'étude de la stigmatisation. De nombreuses études ont été menées vis-à-vis des différents concepts décrits précédemment mais aussi des attitudes et comportements des personnes potentiellement stigmatisantes, soignants ou public. Une méta-analyse de 2014 a mis en évidence le retard dans l'accès au soin chez les personnes stigmatisées avec une taille d'effet faible à modérée (21). L'étude INDIGO menée dans 28 pays, dont la France, montre les différents aspects et conséquences de la stigmatisation en santé mentale, les épisodes de discrimination dans les domaines du travail, de la famille ou dans l'ensemble des relations sociales. Elle montre également l'impact d'une discrimination anticipée, tout aussi handicapante, notamment en termes de pertes d'opportunités au niveau de l'emploi, des interactions sociales et de l'accès au soin (22). Une évolution est à noter dans les comportements soignants, une revue de la littérature datant de 2014 retrouve des attitudes de la part des soignants qui étaient en majorité positives vis-à-vis des patients souffrant de troubles mentaux. Les attitudes des soignants étaient également plus positives relativement aux attitudes du public, bien que les résultats varient de façon importante d'une étude à l'autre (23).

Dans le cadre des addictions et, plus particulièrement du trouble de l'usage de l'alcool, la littérature est également riche. La perception de l'alcoolodépendance comme une maladie par le grand public, si elle est en progrès, n'exclue pas la persistance d'un jugement, la perception d'une faute morale. Une étude de l'OMS menée dans 14 pays classait l'alcoolodépendance 4ème dans une liste de 18 conditions en termes de désapprobation sociale et de stigmatisation. Pour exemple l'alcoolodépendance était perçue, dans tous les pays à l'exception de trois, plus négativement que le fait d'avoir un casier judiciaire pour vol (24). Pour le public, le sujet alcoolodépendant est jugé comme responsable de son comportement et ne devrait donc pas être prioritaire dans l'accès aux soins (25). Pour une population non-soignante la connaissance d'évènements de vie auxquels l'alcoolodépendance puisse être attribuée entraîne de façon concomitante une diminution de la stigmatisation mais aussi une moindre nécessité d'orienter le sujet vers le soin (26). Une revue de la littérature menée en 2011 a permis de synthétiser cette perception du public. Les personnes alcoolodépendantes sont moins souvent perçues comme souffrant d'une maladie, sont plus tenues pour responsables de leur condition, provoquent plus de rejet sur le plan social et sont plus à risque de discrimination

sur le plan institutionnel comparativement à des personnes souffrant de troubles mentaux non liés à l'usage de substances (27).

3. Stigmatisation perçue en addictologie

La stigmatisation perçue désigne la conscience d'attitudes sociales négatives, de comportements de discrimination de la part d'autrui et les sentiments de honte et de rejet qui en découlent.

Plusieurs études ont déjà démontré que la stigmatisation perçue par les patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool constitue un frein à la demande de soins (28,29). De plus, la stigmatisation perçue par ces patients est majorée par les fréquentes comorbidités psychiatriques, notamment les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (30). Nous savons également qu'elle diminue le sentiment d'efficacité personnelle (31), concept décrit par Bandura (32) qui constitue un facteur prédictif du maintien de l'abstinence (33). Une autre étude trouvait que la stigmatisation perçue était très corrélée à la non divulgation de l'addiction et à un plus grand nombre de précédentes tentatives de traitement. Les auteurs font l'hypothèse que la stigmatisation perçue augmenterait donc le risque de rechute (34).

C. Modèle comportemental et cognitif

1. Historique des thérapies comportementales et cognitives

Si certains placent les premières thérapies comportementales et cognitives au XIX^{ème} siècle avec des précurseurs tels Leuret, Lassegue ou Falret, le terme *Behavior therapy* apparaît en 1953 dans un article non publié de Skinner. Ce n'est néanmoins qu'à partir du début des années 1960 que les thérapies comportementales se constituent comme un ensemble cohérent de pratiques sous-tendues par des théories communes, les théories de l'apprentissage incluant les conditionnements simples (Pavlov), opérants (Thorndike, Skinner) et vicariants (Bandura). Le conditionnement simple consiste en l'association automatique d'un stimulus neutre, lieu, image, son, odeur à une réponse émotionnelle physique. La théorie du conditionnement opérant nous montre que la fréquence d'émission d'un comportement dépend de ces conséquences, Skinner le décrit en précisant la « Law of effect » de Thorndike. Un comportement peut être

renforcé positivement si les conséquences sont positives, négativement s'il permet d'échapper à des situations aversives, il s'agit principalement de l'évitement en psychopathologie. Le comportement peut s'éteindre en l'absence de renforcement positif ou négatif. Le conditionnement vicariant a été décrit par Bandura qui a montré expérimentalement l'importance des apprentissages par l'imitation de modèles, appelé « modeling », conditionnement ou apprentissage vicariant.

Ce n'est que quelques années plus tard qu'apparaît le courant cognitiviste ou deuxième vague, soutenant que le rejet de l'introspection laisse de côté l'essentiel du comportement, c'est-à-dire les processus de pensée, de raisonnement, de jugement, etc. Plusieurs modèles seront proposés, celui de Aaron. T. Beck, issu d'études sur la dépression puis généralisé aux autres troubles mentaux dont les addictions, se diffuse rapidement. Cet essor fut immédiat car il fournissait aux thérapeutes une méthode détaillée et répondait à leur désir de s'intéresser aux cognitions.

2. Modèle comportemental et cognitif de Beck

S'appuyant sur les théories de l'apprentissage et les thérapies comportementales, Beck y ajoute un modèle de traitement de l'information postulant l'existence de schémas qui correspondent à des structures cognitives profondes ; lesquels contiennent tout le savoir et l'expérience d'un individu (35–37). « *Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme et fonctionnent automatiquement hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils sont organisés en constellation et régulent les comportements qui vont les confirmer ou les modifier* » (38). Ces schémas peuvent être activés par des stimuli situationnels ressemblant au contexte développemental de création de ceux-ci. Les schémas activés agissent comme des prismes, distordant l'information. Un « événement cognitif » est le résultat de ce processus de traitement de l'information et est accessible à la conscience, il peut s'agir de pensées automatiques, d'images mentales, d'attribution, etc. De ces pensées découlent des émotions et des comportements d'adaptation qui, eux-mêmes, agissent par une boucle de rétroaction sur les structures cognitives (cf. figure 5). Comme décrit par Piaget (39) ils tendent vers l'assimilation de l'information au schéma, donc à son maintien, plutôt qu'à l'accommodation du schéma à la réalité, objectif de la thérapie.

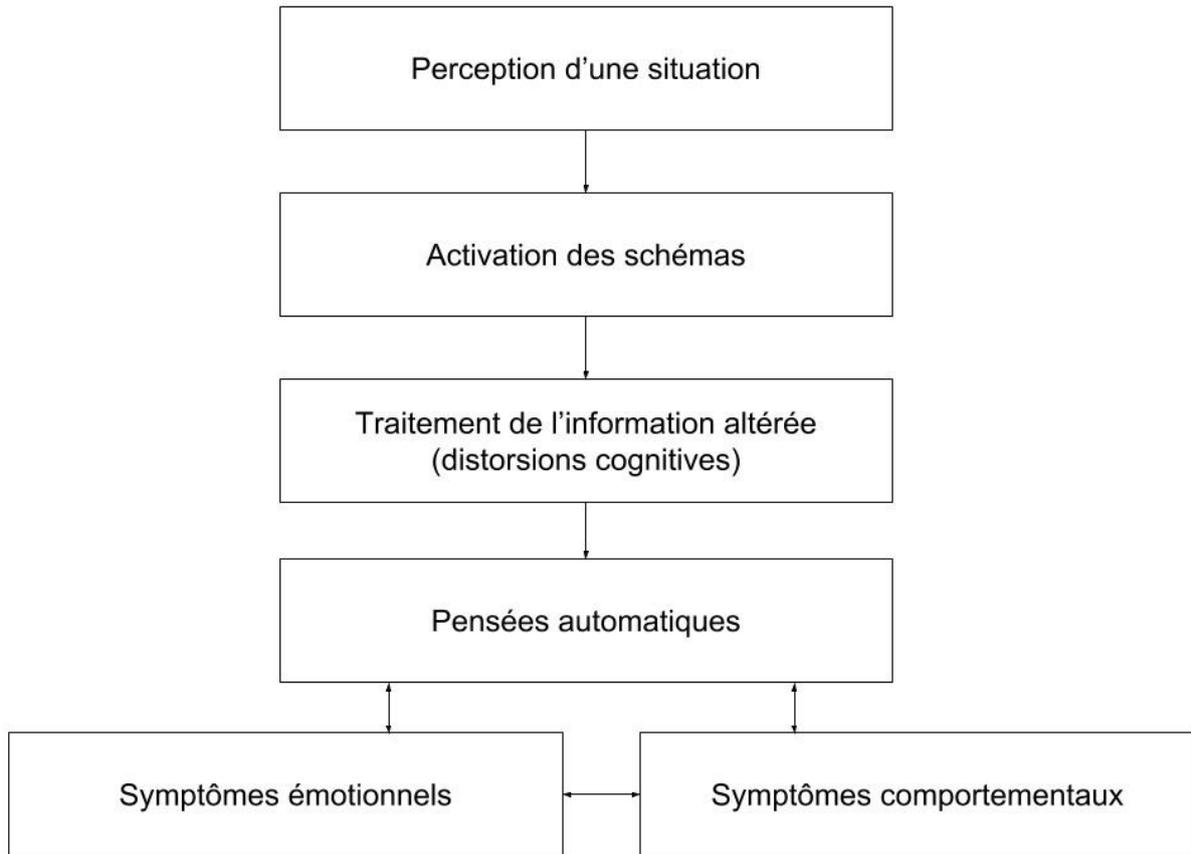


Figure 5 : Modèle cognitif du traitement de l'information selon AT Beck

3. Modèle cognitif de Beck pour les addictions

Le modèle cognitif de Beck pour les addictions (40) est développé dans un second temps et met en évidence la présence de croyances dysfonctionnelles vis-à-vis des substances, croyances anticipatoires (A), soulageantes (S) et permissives (P).

Les croyances anticipatoires correspondent aux attentes positives vis à vis de la substance, c'est à dire de croyances prédictives de bien-être, d'efficacité accrue, d'aide dans les relations sociales. Un exemple de pensée automatique qui peut en être issue :

« Je m'amuserai plus si je bois de l'alcool ce soir », « Je parle plus facilement, je suis plus intéressant quand je bois »

Les croyances soulageantes correspondent à l'attente de réduction d'un malaise ou d'un manque, ils sont plus impératifs et mènent au craving.

« J'ai besoin de boire pour me détendre », « Quand je suis en colère, l'alcool me calme »

Les croyances permissives autorisent le comportement, le rendent acceptable en dépit des conséquences, elles permettent la consommation et l'organisation de la vie autour de plans d'action pour trouver et consommer l'alcool. Selon Marlatt et al. ils joueraient un rôle primordial dans la rechute (41).

« J'ai beaucoup travaillé aujourd'hui, j'ai bien le droit de boire un verre », « je peux bien boire un peu, on est samedi »

Les croyances sont l'équivalent des schémas dépressogènes formulés dans la thérapie comportementale et cognitive de la dépression et décrits dans le chapitre précédent. Elles agissent comme des prismes à travers lesquels l'information est distordue, aboutissant à des « événements cognitifs » tels les exemples de pensées automatiques décrits précédemment. Ce modèle a été validé en France chez des consommateurs d'alcool (42), chez des usagers de drogues illicites (43), chez des consommateurs de cannabis à l'adolescence (44) mais également pour des comportements non addictifs tels que les auteurs de violences sexuelles (45) et dans le passage à l'acte suicidaire (46).

Ces schémas cognitifs sont activés par des stimuli discriminants, générant des pensées qui peuvent diminuer la motivation-état et accompagner le craving (cf. figure 6). Ces pensées sont observables lors d'expositions aux stimuli en lien avec l'alcool, en imagination et in vivo (47,48). Elles interviennent de façon déterminante au moment de la prise de décision de la consommation (49), contrairement à ce que pensait Jellinek en 1960 l'automatisme des mécanismes psychologiques centraux dans les addictions ne signifie pas absence de cognitions et absence de contrôle et de choix (50,51). Il a également été montré un lien entre le stade de motivation et l'activation de ces croyances (52), plus la motivation au changement est élevée, plus l'adhésion aux croyances ASP est faible.

Ces croyances sont accessibles à la prise en charge en thérapie comportementale et cognitive, notamment par les techniques de restructuration cognitive décrites par A.T. Beck (40,42).

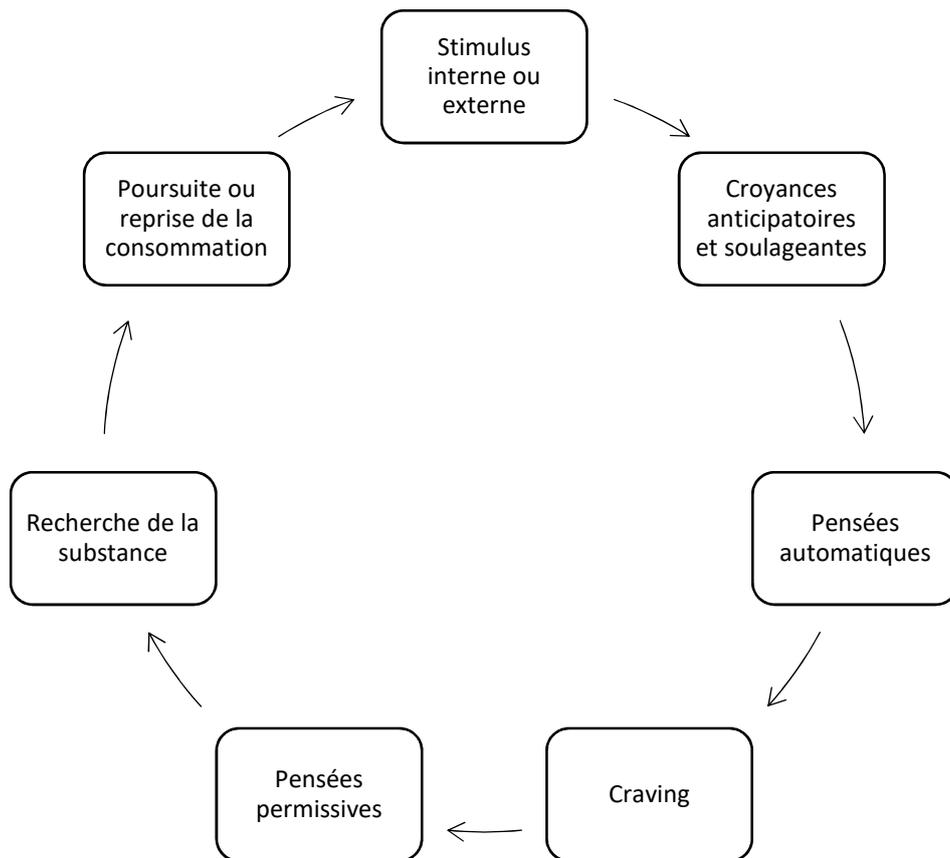


Figure 6 : Modèle comportemental et cognitif de AT Beck pour les addictions

4. Déroulement d'une thérapie comportementale et cognitive

Le « comportement problème » est évalué lors de la première phase de la thérapie nommée analyse fonctionnelle. Il s'agit d'une démarche expérimentale dont le but est de « déterminer pour une séquence comportementale les facteurs de déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné » (38). Elle se déroule dans un climat de collaboration et dans une relation empathique entre le thérapeute et le patient, elle a également pour objectif d'établir une « ligne de base » appréciant et quantifiant le comportement problème à l'aide d'échelles et de questionnaires, cela avant tout traitement. Elle permet de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis des comportements problèmes présents (synchronie), de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie). Elle permet ainsi d'orienter le processus thérapeutique sur la base d'hypothèses communes au patient et au thérapeute. Il existe plusieurs grilles d'analyse

fonctionnelle, les plus utilisées sont les grilles SORC (Stimulus, Organisme, Réponse, Conséquences), SECCA (Stimulus, Emotion, Cognition, Comportement, Anticipation) (cf. figure 6) et le modèle des cercles vicieux (53).

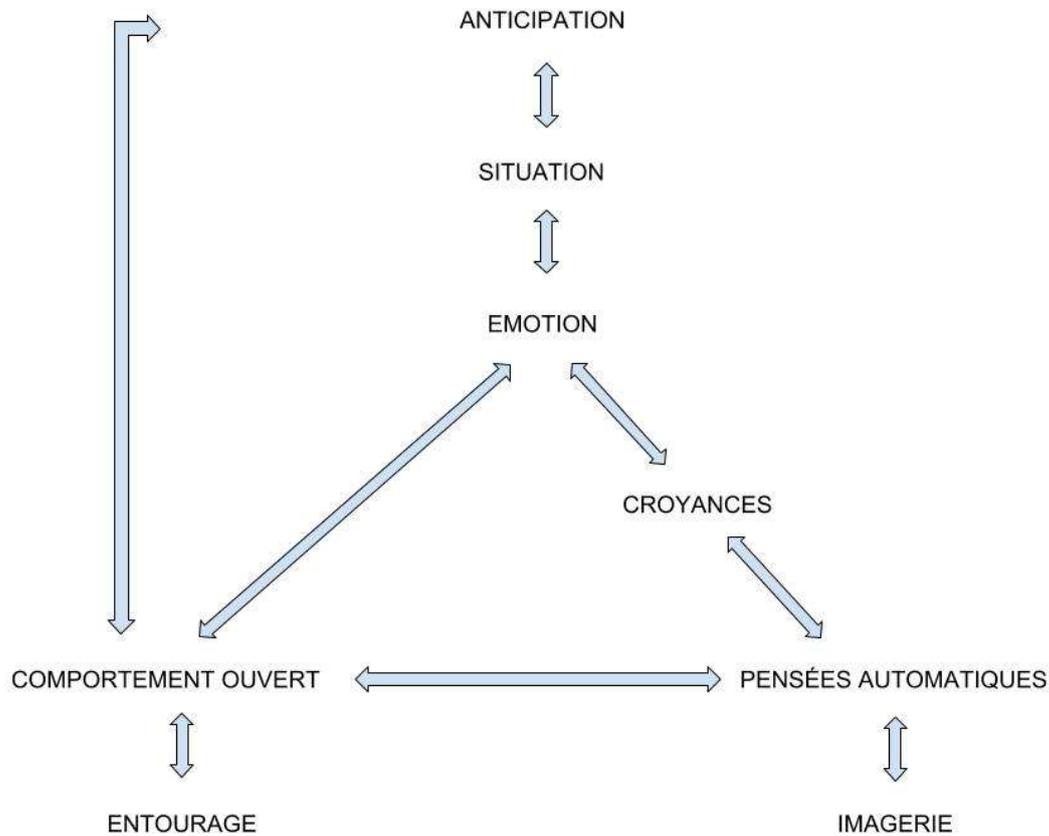


Figure 7 : Grille d'analyse fonctionnelle SECCA, synchronie

Les méthodes thérapeutiques sont diverses, à la fois comportementales et cognitives. Les techniques comportementales ont pour objectifs l'extinction des conditionnements simples par des techniques de relaxation et d'exposition progressive, en imagination et *in vivo*, aux stimuli conditionnels. La désensibilisation systématique est un célèbre exemple de ces techniques. Les techniques basées sur le conditionnement opérant ont pour objectif la modification des comportements inadaptés par la diminution des évitements et le renforcement positif des comportements adaptés. L'apprentissage par modèle est utilisé dans le cadre de jeux de rôle préparant le patient à des situations réelles.

La phase cognitive a pour objectif l'identification des pensées automatiques par l'auto-observation et l'imagerie mentale, le patient note, lors de la survenue d'émotions négatives (ou

de craving), le contexte situationnel d'apparition et les pensées et images qui y sont liées. Les techniques d'auto-observation permettent au patient de mieux percevoir les distorsions cognitives et, dans un second temps, d'y remédier avec l'aide du thérapeute par l'examen de la validité des pensées automatiques et l'encouragement à trouver d'autres interprétations de la situation problème. Cette étape passe par l'utilisation de plusieurs outils, tels que le questionnement socratique, l'examen de l'évidence, la recherche d'hypothèses alternatives dans l'objectif de sélectionner une interprétation plus rationnelle et d'en tirer une réponse comportementale adaptée développant les stratégies de coping. Une fois le trouble stabilisé, le travail d'auto-observation permet d'inférer les schémas sous-jacents et de le remettre en question par des stratégies cognitives, expérientielles et comportementales dans un objectif de prévention à long terme de réapparition des troubles. Les stratégies cognitives passent par une confrontation empathique, le thérapeute reconnaissant l'utilité du schéma dans l'histoire de vie mais questionnant sa validité actuelle. Le thérapeute et le patient réinterprètent les preuves, évaluent les stratégies de coping qui y sont liées et les modifient par des tâches d'exposition aux schémas.

IV. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'établir une relation entre la stigmatisation perçue et les croyances ASP chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, quel qu'en soit la sévérité et l'évolution actuelle.

Nous souhaitons secondairement étudier :

- la relation entre stigmatisation perçue et sévérité du trouble de l'usage d'alcool selon les critères du DSM5
- la relation entre stigmatisation perçue et la présence d'antécédents psychiatriques
- la relation entre croyances ASP et évolution de l'addiction (abstinent ou non, effet violation de l'abstinence, etc.)

Un résultat significatif permettrait de mieux adapter et cibler la restructuration cognitive chez des patients se percevant comme stigmatisés lors de la prise en charge en thérapie comportementale et cognitive. Cela nous permettrait également de formuler une hypothèse quant aux mécanismes cognitifs responsables des effets de la stigmatisation perçue sur les comportements de consommation.

V. METHODE

A. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude analytique transversale, monocentrique au CHU de Toulouse. Les patients ont été inclus pendant une durée de 6 mois, de janvier à juin 2018, après recueil de leur non opposition à participer.

B. POPULATION DE L'ETUDE

Tous les patients étaient suivis au sein de l'unité d'addictologie du CHU de Toulouse et bénéficiaient d'une prise en charge en hôpital de jour d'addictologie. L'évaluation addictologique usuelle d'un patient présentant un trouble de l'usage d'une substance est standardisée. Cette évaluation médico-psycho-sociale de l'addiction est indissociable et s'appuie sur un ensemble d'auto-questionnaires à la fois utilisés pour le repérage des addictions, mais aussi pour le pronostic et l'évolution de la prise en charge. Les patients qui consultent pour une addiction sont admis en hôpital de jour d'addictologie pour cette évaluation. Les patients inclus dans l'étude devaient être majeurs, comprendre et parler le français, ne pas présenter de troubles cognitifs invalidants (MMSE>24). Ils présentaient un trouble de l'usage de l'alcool sans co-addiction à l'exception du tabac, le trouble de l'usage du tabac étant moins stigmatisé dans notre société (54), de plus, l'exclusion de ces derniers aurait limité de façon importante le nombre de patients. Les patients présentant un trouble psychiatrique décompensé ou étant alcoolisés au moment de l'évaluation étaient temporairement exclus. Nous avons décidé d'inclure les patients bénéficiant d'une protection juridique, leur exclusion de l'étude aurait limité la représentativité de la population cible. De plus, le risque prévisible encouru nous semblait faible voire nul.

C. STIGMA-SCALE

1. **Stigma-scale originale**

La Stigma-scale en version internationale (55), échelle comportant 28 items, est un outil intéressant pour mesurer la stigmatisation perçue par les patients. Cet auto-questionnaire a été validé sur une population de patients recrutés dans un large éventail de structures de soins psychiatriques, 27 des 193 patients avaient reçu un diagnostic principal de trouble de l'usage d'une substance. Cette échelle évalue trois dimensions de la stigmatisation. La première est la discrimination, elle évalue les réactions négatives auxquelles les patients ont pu être confrontés. La seconde concerne la divulgation, il s'agit des réticences que peuvent avoir les patients à parler de leurs difficultés psychiques par crainte d'être discriminés. La dernière évalue les aspects positifs que la maladie peut avoir eue sur la vie du patient, notamment en termes d'estime de soi et d'engagement dans les soins. Cette échelle a été validée en français par une équipe Suisse, recrutant également des patients dans plusieurs structures de soins psychiatriques à Lausanne (56), et simplifiée en une échelle de 9 items divisée à parts égales entre les trois dimensions citées plus haut. La cohérence et la validité internes étaient bonnes, la validité externe n'était pas évaluable en l'absence d'outil validé en français sur lequel s'appuyer.

2. **Version adaptée pour le trouble de l'usage de l'alcool**

Nous avons modifié la Stigma-Scale simplifiée en 9 items en remplaçant le terme « *problème de santé psychique* » par « *consommation d'alcool* » (cf. annexe 1) dans l'objectif d'évaluer uniquement la stigmatisation perçue du patient liée au trouble de l'usage de l'alcool et de limiter une surestimation du score par les comorbidités psychiatriques. De plus, les patients reçus en addictologie n'attribuent pas forcément leurs difficultés à une cause psychique. Il s'agit de la seule échelle de stigmatisation perçue validée en français. Aucune n'étant, à notre connaissance, spécifique à l'addictologie, cette version adaptée nous semble le meilleur moyen d'évaluer cette dimension.

Il s'agit d'une échelle de type Likert où l'accord du patient avec les 9 propositions sont cotées sur un spectre de cinq propositions allant de « tout à fait d'accord », ce qui correspondant à 4 points, à « pas du tout d'accord » correspondant à 0 points. L'échelle est divisée en trois sous-échelles, la discrimination correspondant aux items 5, 6 et 7, la divulgation correspondant

aux items 2, 4 et 9 et les aspects positifs correspondant aux items 1, 3 et 8, la cotation de ces trois items est inversée. Chaque sous-échelle a un score allant de 0 à 12, un score total peut être calculé, il est au maximum de 36. Elle a pour but d'évaluer une dimension subjective et ne présente donc pas de seuil.

D. QUESTIONNAIRE DES CROYANCES ASP

Le modèle cognitif de Beck pour les addictions a été validé en France sous la forme d'une échelle de Likert auto-administrée comportant trente items chez des usagers d'héroïne (43), chez des consommateurs d'alcool (42) et des consommateurs de cannabis (44). Cet auto-questionnaire a également été validé dans le cadre de comportements non addictifs tels que chez les auteurs de violences sexuelles (45).

Le questionnaire des croyances ASP pour l'alcool (cf. annexe 2) est une échelle de Likert comportant 30 items pour lesquels le patient note son accord sur un spectre de 5 propositions allant de « tout à fait faux » à « tout à fait vrai ». Un item sur deux est inversé afin de confirmer qu'il s'agit bien de pensées automatiques et non de réponses consciemment élaborées. Chaque item correspond à une pensée automatique, évaluant donc indirectement les croyances dysfonctionnelles vis-à-vis de l'alcool, celles-ci n'étant pas directement accessibles à la conscience. Nous pouvons calculer 3 sous-scores correspondant aux croyances anticipatoires, soulageantes et permissives, chacun composé de 10 items pour un total maximum de 40 points. Le score total ASP maximal est donc de 120.

E. AUTRES ECHELLES

Nous souhaitons utiliser deux échelles, utilisées de façon usuelle lors de l'évaluation du patient en hôpital de jour, l'une évaluant la sévérité du trouble de l'usage de l'alcool, l'autre la qualité de vie.

1. AUDIT

L'AUDIT (cf. annexe 3) est un questionnaire mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives (57). Outil de première ligne, il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : consommation d'alcool à risque, consommation d'alcool nocive et alcoolodépendance. Il explore les douze derniers mois. Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4, le total est la somme des notes aux différentes questions. Avec un seuil de 5 ou plus, la sensibilité est de 84 % et la spécificité de 90 % pour le repérage des trois conduites d'alcoolisation combinées. Les valeurs-seuils de la version française ne sont pas définies de façon univoque. Cependant, on retient qu'un score supérieur ou égal à 6 pour les femmes et 7 pour les hommes, correspond à une consommation à risque ; un score supérieur ou égal à 13 suggère une probable dépendance à l'alcool.

2. Questionnaire de qualité de vie SF 36

La qualité de vie, dimension fondamentale dont l'amélioration constitue l'objectif thérapeutique principal en addictologie, sera évaluée à l'aide du questionnaire standardisé SF36 (cf. annexe 4), validé en français (58). Une revue de la littérature a permis de valider l'utilisation de ce questionnaire chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (59). Il s'agit d'un auto-questionnaire dont les réponses aux 36 items sont soit qualitatives, soit de type Likert. Cette échelle évalue différentes dimensions physiques et psychiques de la qualité de vie correspondant à des sous-scores notés en pourcentage tels que : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les relations aux autres, les limitations dues à l'état psychique, la santé psychique et l'évolution de la santé perçue. A partir de ses sous-échelles il est possible de calculer deux scores composites, l'un mental et l'autre physique, permettant de synthétiser les résultats selon ces deux aspects.

F. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique était réalisée à l'aide du logiciel STATA®, version 11.2. Une analyse descriptive des données socio-démographiques de la population étudiée et des résultats aux auto-questionnaires était réalisée dans un premier temps.

Une analyse bivariée, après division en 2 groupes des patients selon la médiane du score au questionnaire des croyances ASP était ensuite réalisée avec :

-variables qualitatives, séries indépendantes : test du χ^2 et test exact de Fischer

-variables qualitatives et quantitatives, séries indépendantes : test de Student et test de Man-Whitney

VI. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE

1. Caractéristiques démographiques et cliniques

Trente cinq patients ont répondu aux différents questionnaires entre janvier et juin 2018, nous ne disposons pas du questionnaire AUDIT pour l'un d'entre eux. L'âge moyen des patients était de 50,5 ans ($\sigma=9$ ans), en majorité de sexe masculin ($n=28$, 80%). Ils étaient le plus souvent en couple ($n=23$, 65,71%) et avaient des enfants ($n=24$, 68,57%). Sur le plan professionnel, 10 étaient sans emploi (28,57%), 5 étaient retraités (14,29%), les autres travaillaient sous différents statuts : salarié ($n=12$, 34,29%), profession libérale ($n=4$, 11,43%), autre ($n=4$, 11,43%).

Le tableau 1 représente les caractéristiques addictologiques de la population de l'étude. Le score moyen à l'AUDIT était de 18,52 ($\sigma =9,4$). La majorité des patients présentaient un trouble de l'usage sévère selon les critères DSM 5 (65%), la moitié était composée de consommateurs actifs et l'autre moitié étaient en rémission précoce, un seul patient se trouvait en rémission prolongée. La plupart d'entre eux présentaient un TUAL depuis plus de 10 ans et ne bénéficiaient pas de traitements addictolytique (77%).

	N(total=35)	Pourcentage
Sévérité du TUAL		
Léger	6	17,14
Modéré	6	17,14
Sévère	23	65,71
Etat actuel du TUAL		
Actif	17	48,57
Rémission précoce	17	48,57
Rémission prolongée	1	2,86
Antécédents addictologiques		
Ambulatoire	22	62,57
Hospitalisation	11	31,43
Durée d'évolution >10 ans	21	60
Traitement addictolytique		
Aucun	27	77,14
Acamprosate	2	5,71
Baclofène	3	8,57
Nalméfène	3	8,57
Co-addiction tabagique	20	57,14

Tableau 1 : Caractéristiques addictologiques de la population de l'étude

Le tableau 2 présente les caractéristiques psychiatriques de la population de l'étude. Plus de la moitié des patients avaient présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie (57%), le plus représenté était le trouble dépressif (40%), aucun patient ne présentait de troubles psychotiques ou de troubles à symptomatologie somatique. Quarante pourcents d'entre eux recevaient un traitement psychotrope au moment de l'évaluation, en majorité un traitement antidépresseur (57%).

	n	Pourcentage
Antécédents psychiatriques	20	57,14
Dépression	14	40
Trouble bipolaire	3	8,57
Troubles anxieux	5	14,29
TCA	1	2,86
TS	3	8,57
Hospitalisation en psychiatrie	6	17,14
Traitement psychotrope actuel	14	40
Antidépresseur	8	57,14
Thymorégulateur	1	7,14
Benzodiazépine	2	14,29
Antidépresseur et benzodiazépine	3	21,43

Tableau 2 : Caractéristiques psychiatriques de la population de l'étude

2. Caractéristiques cognitives

a) Stigmatisation perçue

Le score moyen à la stigma-scale était de 20,34 ($\sigma=4,89$), pour les sous-échelles nous retrouvions des scores moyens de 4,02 ($\sigma=3$) pour la discrimination, 7,28 ($\sigma=3,44$) pour la divulgation et 9,02 ($\sigma=2,84$) pour les aspects positifs. Les deux premiers scores sont proches des résultats de l'étude validant l'échelle originale dans une population psychiatrique, le score concernant les aspects positifs diffère fortement puisqu'il était de 4,2 ($\sigma=2,7$). Ce résultat sera discuté plus en détail au chapitre suivant, nous avons décidé d'exclure ce score et n'évaluer la stigmatisation perçue que sur la discrimination et la divulgation. La moyenne pour la somme des scores de discrimination et de divulgation était donc de 11,31 ($\sigma=5,13$).

b) *Croyances ASP*

Le score moyen au questionnaire des croyances ASP était de 39,05 ($\sigma=17,68$). Le score des croyances anticipatoires était de 13,51 ($\sigma=8,06$), celui des croyances soulageantes était de 16,02 ($\sigma=7,15$) et celui des croyances permissives était de 9,51 ($\sigma=5,18$).

c) *Qualité de vie*

Les scores au questionnaire de qualité de vie SF36 sont détaillés dans le tableau 3, le score moyen pour la relation aux autres était de 64 ($\sigma=26,71$), celui relatif à la limitation de rôle pour raisons psychiques était de 64,82($\sigma=40,39$). Le score composite mental était en moyenne de 41,09 ($\sigma=12,52$).

SF 36	Moyenne	Ecart-type	Min	Max
Activité physique	77,94	26,84	0	100
Limitations physique	72,85	33,96	0	100
Douleur physique	71,8	26,34	0	100
Santé perçue	51,71	25,02	5	90
Santé psychique	58,08	23,18	4	100
Limitations psychiques	64,82	40,39	0	100
Vitalité	50,91	20,29	0	95
Relation aux autres	64	26,71	13	100
Evolution de la santé perçue	60	27,25	0	100
PCS	47,81	10,78	17,40	64,13
MCS	41,09	12,52	15,66	61,96

Tableau 3 : Résultats au questionnaire de qualité de vie SF36, PCS : score composite physique, MCS : score composite mental

B. ETUDE DE LA RELATION ENTRE STIGMATISATION PERÇUE ET CROYANCES ASP

Afin de rechercher une association entre la stigmatisation perçue et les croyances ASP les patients étaient divisés en deux groupes selon la médiane du score total ASP (37), le premier présentant une plus faible activation des croyances ASP ($ASP < 37$, $n=16$) et le second une plus forte activation ($ASP \geq 37$, $n=19$). Ces deux groupes ne différaient significativement sur aucun paramètre socio-démographique, addictologique ou psychiatrique. Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse bivariée.

Le second groupe présentait un score de stigmatisation (discrimination + transparence) significativement plus élevé (13,1 ($\sigma=4,8$) versus 9,1 ($\sigma=4,7$), $p<0,05$). Il différait également sur le score composite mental de la SF 36 (46.0 (σ 12.9) versus 36.9 (σ =10.8), $p<0,05$).

	Groupe (n=16)	ASP<37	Groupe (n=19)	ASP>=37	p
Stigma Scale					
Total	19.7 (4.9)		20.8 (4.9)		NS
Discrimination + Divulgateion	9.1 (4.7)		13.1 (4.8)		<0.05
Discrimination	2.8 (2.7)		5 (2.9)		<0.05
Divulgateion	6.3 (3.7)		8.1 (2.9)		NS
Aspects positifs	10.5 (1.5)		7.7 (3.0)		<0.01
AUDIT	15.9 (10.8)		20.5 (7.6)		NS
SF36					
PCS	49.1 (11.5)		46.6 (10.2)		NS
MCS	46.0 (12.9)		36.9 (10.8)		<0.05

Tableau 4 : Résultats de l'analyse bivariée, pour les données quantitatives les variables sont représentées en moyenne et écart-type entre parenthèses, MCS : score composite mental, PCS : score composite physique

C. OBJECTIFS SECONDAIRES

1. **Relation entre stigmatisation perçue et sévérité du trouble de l'usage d'alcool selon les critères du DSM5**

Les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool léger ou modéré ne différaient pas significativement de ceux présentant un trouble de l'usage sévère en termes de stigmatisation perçue (18.4 ($\sigma=5.6$) versus 21.3 ($\sigma=4.2$), NS).

2. **Relation entre stigmatisation perçue et antécédent psychiatrique**

Les patients présentant un antécédent psychiatrique, quel qu'il soit, se percevaient comme significativement plus stigmatisés (17.2 ($\sigma=4.6$) versus 22.6 ($\sigma=3.6$), $p<0.01$) tout comme ceux recevant un traitement psychotrope (18.4 ($\sigma=5.2$) versus 23.1 ($\sigma=2.5$), $p<0.01$).

3. Relation entre croyances ASP et évolution de l'addiction (abstinent ou non, effet violation de l'abstinence, etc.)

Les croyances ASP ne différaient pas de façon significative entre les patients en rémission et les patients consommateurs actifs (38.1 ($\sigma=18.4$) versus 40 ($\sigma=17.3$), NS). Un seul patient avait présenté une rechute dans le mois précédent, nous n'avons donc pas pu évaluer si l'effet violation de l'abstinence décrit par Marlatt se traduisait cognitivement par une modification de l'activation des croyances ASP.

VII. DISCUSSION

A. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

1. **Epidémiologie du trouble de l'usage de l'alcool en structure de soins spécialisée**

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) réalise chaque année l'enquête RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) qui est un recueil de données au sujet des patients consultant en CSAPA ou en centre spécialisé en addictologie. Le dernier recueil publié date de 2016, les patients étaient répartis en groupes : cannabis, alcool/tabac, Opiacées/Cocaïne/autres substances et addiction sans produit. 85109 patients avaient consulté pour un trouble de l'usage de l'alcool. Lors de l'enquête, l'âge moyen des patients du groupe Alcool/tabac était de 44,1 ans ($\sigma=13$ ans), la population était très majoritairement masculine (76,5%), avait des enfants (60,3%), était consommatrice de tabac (64%), présentait un trouble de l'usage d'une durée d'évolution majoritairement supérieure à 10 ans et présentait des critères de dépendance (62,2%). Ces caractéristiques correspondent à nos patients à l'exception d'un âge moyen plus élevé de 6 ans dans notre étude.

L'étude Alpadir, évaluant l'efficacité du Baclofène versus placebo, est l'essai de la plus grande ampleur de ces dernières années chez des patients suivis en centre de soin spécialisé pour un trouble de l'usage de l'alcool. La population est également comparable sur les critères socio-démographiques, contrairement à RECAP les comorbidités psychiatriques étaient recueillies. Une proportion similaire de troubles anxieux (14% contre 12,5%) et dépressifs (40% contre 34%) était retrouvée. La sévérité du trouble de l'usage n'était néanmoins pas évaluée de la même façon, limitant la comparabilité sur ce point.

La population de notre étude est donc comparable à la population de patients alcoolodépendants suivis en centre spécialisé d'addictologie.

2. Etudes évaluant les croyances ASP

Si l'on compare à des études évaluant la stigmatisation perçue ou les croyances ASP les différences sont légèrement plus importantes. La population de notre étude était en moyenne plus âgée (50 contre 38ans) et présentait une durée d'évolution du trouble de l'usage probablement (les deux études utilisant des marqueurs différents : moyenne et catégories d'âge) plus longue (40% entre 1 et 10 ans et 60% > 10 ans contre 8,4 ans en moyenne) que lors de l'étude validant le questionnaire des croyances ASP et de l'étude de M. Hautekeete (42). Les populations étaient par contre, dans chaque cas, majoritairement masculines. Les scores ASP totaux étaient comparables à ceux de l'étude princeps au moment de l'évaluation précédant la prise en charge en TCC (39 contre 41) à l'exception des croyances permissives, nettement inférieure (9,5 contre 13,5) dans nos résultats. Ce résultat pourrait être expliqué par un effet de la prise en charge addictologique standard sur les pensées permissives, prise en charge influencée depuis de nombreuses années par le modèle de la prévention de la rechute de Marlatt et Gordon. Le score total ASP ainsi que les trois sous-scores sont également comparables au groupe de patients présentant une plus faible motivation au changement lors de l'étude de Tison et Hautekeete recherchant une corrélation entre motivation et croyances ASP (52). Ce résultat pourrait être en lien avec la proportion importante de consommateurs actifs dans notre étude et en raison d'une sévérité des troubles potentiellement plus grande à cause du recrutement en hôpital de jour.

3. Etudes évaluant la stigmatisation perçue

La population de l'étude validant la stigma-scale (56) était en moyenne plus jeune (40 contre 50 ans), avait un sex-ratio plus équilibré (53 contre 80% d'hommes). Il s'agissait d'une étude en service de psychiatrie incluant des troubles psychiatriques, addictions et pathologies duelles dans une proportion non décrite. Néanmoins, l'étude originale pour la version anglaise nous fournit cette information puisque sur les 193 patients inclus, 29 avaient reçu un diagnostic de trouble de l'usage d'alcool et 27 un trouble de l'usage d'autres substances (55). Les résultats concernant les sous-scores de discrimination et de transparence étaient proches de l'étude de 2013 qui étaient respectivement de 5,15 (contre 4,02) et de 6,4 (contre 7,28). Le sous-score

concernant les aspects positifs différait quant à lui fortement, il était de 4,1 lors de l'étude en psychiatrie générale et de 9,02 dans notre étude.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence. La première serait une réelle infériorité des aspects positifs dans le trouble de l'usage de l'alcool comparativement aux troubles psychiatriques. Cela voudrait dire que l'effet « anti-stigmatisant », évalué par les aspects positifs, est moindre dans le TUAL que dans les autres troubles mentaux, ce qui semble peu probable. Notre hypothèse est liée à l'ambiguïté de la formulation modifiée, pour les trois items « *D'avoir une consommation d'alcool m'a rendu plus compréhensif* », « *Ma consommation d'alcool m'a rendu plus tolérant(e) vis à vis des autres gens* » et « *Avoir une consommation d'alcool m'a rendu(e) plus solide* ». En effet, le terme *consommation d'alcool* permet d'attribuer ces propositions au trouble de l'usage de l'alcool, ce que nous souhaitons, ou à l'effet pharmacologique de l'alcool. Il semblerait que la seconde attribution ait été prévalente, empêchant toute interprétation de ce sous-score. Nous avons donc décidé d'écarter celui-ci de l'évaluation et de n'utiliser que les deux autres sous-échelles de la stigma-scale (discrimination et divulgation) pour l'objectif principal. Les aspects positifs restent un concept critiqué, ils avaient été intégrés dans l'échelle de stigmatisation perçue suite à une étude qualitative, des entretiens avec des patients faisant ressortir cette thématique. L'effet « anti-stigmatisant » des aspects positifs ne semble pas prouvé scientifiquement à notre connaissance. De plus, ce sous-score contribuait peu à la variance du score total et était le moins corrélé avec les autres sous-échelles, ce qui indiquerait qu'il n'a que peu de lien avec la stigmatisation.

4. Etudes évaluant la qualité de vie des patients alcoolodépendants

Le score composite Mental (MCS) semble être l'élément de la SF36 le plus représentatif de la qualité de vie chez les patients alcoolodépendants et le plus corrélé à des échelles de qualité de vie plus spécifiques au trouble de l'usage comme l'AQoLS (60). Ce score est comparable à celui d'une population de patients alcoolodépendants en soin primaire aux Etats-Unis (61), ce qui constitue un argument supplémentaire quant à la représentativité de notre population.

B. LIMITES

La limite la plus importante de notre étude était sans doute son faible effectif, le design de l'étude nécessitant la division des patients en deux groupes cela rendait impossible toute analyse multivariée et recherche de corrélation. En effet nous ne pouvions vérifier l'existence d'un biais de confusion à l'origine de cette association statistique. Les deux dimensions étudiées étant subjectives, reflétant les perceptions de l'individu, nous ne pouvons exclure la présence de structures cognitives sous-jacentes à l'origine de ces résultats. Plusieurs modèles, dont celui de AT Beck (35–37), postulent l'existence de schémas profonds, inconditionnels, issus d'un apprentissage débutant dans l'enfance, ils ont également été décrits par Jeffrey Young sous l'appellation de « schémas précoces inadaptés » (62). Ces structures cognitives profondes régissent les perceptions et comportements du sujet et pourraient être à l'origine à la fois d'une plus grande tendance à se sentir stigmatisé et d'une plus grande activation des croyances ASP, croyances qui sont elles-mêmes des schémas appris plus tardivement.

La seconde limite est l'absence d'échelles de stigmatisation perçue validée en français dans les pathologies addictives. Cette dimension, largement étudiée dans la littérature anglo-saxonne, n'est que peu abordée dans la recherche francophone. Nous avons dû modifier une échelle préexistante, utilisée en psychiatrie mais non spécifique aux troubles de l'usage de substances. Cette modification a entraîné un écueil, discuté plus haut, limitant l'interprétation de l'une des trois sous-échelles.

Le caractère monocentrique de l'étude et le recrutement exclusif de patients en hôpital de jour limite également la possibilité de généralisation des résultats. En effet, les patients recevant une indication de prise en charge en hôpital de jour présentent un trouble de l'usage potentiellement plus sévère, ce qui semble être confirmé par nos résultats.

La généralisation de ces résultats est également limitée par l'exclusion des co-addictions à l'exception du tabac du fait de la fréquence des co-addictions. Cette limite ne semble en réalité pas aussi importante que l'expérience clinique pourrait le laisser penser. En effet l'enquête RECAP de l'OFDT montre pour le groupe alcool/tabac que seulement 19,2% consommaient du cannabis, 1,7% de l'héroïne et moins de 1% pour chacune des autres substances, ils n'étaient que 13,7% à consommer 3 produits ou plus.

C. FORCES

Il s'agissait d'une étude pilote en France, aucune n'ayant évalué, à notre connaissance, la stigmatisation perçue chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool ni cherché à mieux comprendre les mécanismes cognitifs responsables de l'effet de la stigmatisation perçue sur les comportements de consommation.

La mise en évidence d'une différence statistiquement significative est un argument en faveur de notre hypothèse. Nous pensons d'une part que le retrait des « *aspects positifs* » de l'analyse n'a que peu d'impact et que d'autre part la présence d'un résultat significatif avec un effectif faible et l'usage des 2/3 des items de la stigma-scale constituent des arguments forts en faveur de cette association. La représentativité de notre population, comparativement à d'autres études de plus grande ampleur est en faveur de la généralisabilité de ces résultats à l'ensemble des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool suivis en centre spécialisé d'addictologie.

La sélection de patients ne présentant pas de comorbidités addictives à l'exception du tabac a permis de limiter certains biais de confusion et de mettre en évidence, de façon plus spécifique au trouble de l'usage de l'alcool, le lien entre la stigmatisation perçue et les croyances dysfonctionnelles.

D. PERSPECTIVES

La mise en évidence de cette relation statistique laisse entrevoir plusieurs hypothèses causales. La première, qui constituait notre hypothèse, serait l'existence d'une influence de la stigmatisation perçue sur les croyances ASP. Dans cette hypothèse, une action directe sur la stigmatisation pourrait également être un levier d'action agissant secondairement sur les croyances dysfonctionnelles. Une revue de la littérature de 2010 montrait l'effet positif des thérapies d'acceptation et d'engagement en groupes dans la réduction de la stigmatisation (63,64). La seconde hypothèse serait celle de structures cognitives sous-jacentes entraînant une plus grande tendance à se sentir stigmatisé et une plus grande activation des croyances ASP. Les « *schémas inconditionnels* » ou « *core beliefs* » de Beck ou encore les « *schémas précoces inadaptés* » de Young sont deux modélisations de ces structures profondes participant à

l'identité et à la personnalité du sujet. Elles conditionnent toutes les perceptions de l'individu et pourraient être une cible thérapeutique primordiale (35,62). Une cure de sevrage avec séances de TCC non centrée sur les schémas précoces inadaptés semble avoir un effet sur ceux-ci, ce résultat est encourageant étant donné le faible nombre de thérapeutes formés (65). La dernière hypothèse, l'action des croyances ASP sur la stigmatisation perçue nous semble peu probable et d'un faible intérêt clinique, les croyances ASP correspondant à des schémas plus superficiels et tardivement appris.

La validation d'une échelle francophone de stigmatisation, qu'il s'agisse de stigmatisation perçue ou d'auto-stigmatisation, est une priorité à l'heure actuelle, tant ce concept nous semble de première importance dans la pratique clinique.

VIII. CONCLUSION

Les addictions font encore aujourd'hui partie des maladies les plus stigmatisées. Les patients en souffrant restent rejetés et discriminés dans de nombreux domaines de la vie, ce malgré l'évolution des connaissances scientifiques. La perception de ce rejet a un impact psychique important qui retentit sur l'évolution de l'addiction et les comportements de consommation. C'est un aspect de ce retentissement psychique que nous souhaitons évaluer afin de mieux le prendre en charge.

Cette étude portait sur une population de 35 patients suivis en hôpital de jour d'addictologie au CHU de Toulouse pour un trouble de l'usage de l'alcool. Elle a permis de mettre en évidence une association statistique entre la stigmatisation perçue, par le biais de ses composantes que sont la discrimination et la divulgation, et les croyances vis-à-vis de l'alcool selon le modèle d'Aaron. T. Beck. Les patients se percevant comme stigmatisés présentaient une plus grande activation des croyances ASP. Nous pensons donc que l'évaluation de la stigmatisation perçue lors des thérapies comportementales et cognitives pourrait permettre une meilleure adaptation des stratégies de restructuration cognitive lors des thérapies comportementales et cognitives et, par ce biais, limiter l'impact de la stigmatisation sur les comportements de consommation.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

3.10.18

E. SERRANO



vue le 25 09 18



Professeur Nicolas FRANCHITTO
Service d'Addictologie
CHU PURPAN - TSA 40031
81059 TOULOUSE CEDEX 9
Tél: 05 61 00 18 32

IX. REFERENCES

1. Hill C, Laplanche A. La consommation d'alcool est trop élevée en France. *Presse Médicale*. 1 juill 2010;39(7):e158-64.
2. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
3. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 1 août 2013;23(4):588-93.
4. Mouquet M-C, Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *Etudes Résultats*. 2002;192:1–11.
5. Beck F, Legleye S, Spilka S. L'alcoolisation des personnes sans domicile: remise en cause d'un stéréotype. *Économie Stat*. 2006;391(1):131–149.
6. Reynaud M. *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine Sciences; 2016.
7. Reynaud M, Parquet P-J, Lagrue G. *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Odile Jacob; 2000.
8. Haute Autorité de Santé - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
9. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 1997;54(4):313-21.
10. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2007;64(7):830-42.
11. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2015;72(8):757-66.
12. Société Française d'Alcoologie SF. *Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*. *Alcool Addictol*. 2015;37:5–84.
13. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB. NIDA-NIAAA workshop: efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. Strategies for treatment of alcohol problems. *Psychopharmacol Bull*. 1995;31(4):665–669.

14. Dougherty DM, Lake SL, Hill-Kapturczak N, Liang Y, Karns TE, Mullen J, et al. Using contingency management procedures to reduce at-risk drinking in heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(4):743–751.
15. Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review. *L'Encephale.* 2011;37(5):379–387.
16. Goffman E, Kihm A. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps.* Les Ed. de Minuit; 1975.
17. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* août 2001;27(1):363-85.
18. Fiske ST. Stereotyping, prejudice, and discrimination. *Handb Soc Psychol.* 1998;2:357–411.
19. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma: the psychology of marked relationships. *Handb Soc Psychol.* 1998;2:504–553.
20. Morone JA. Enemies of the people: the moral dimension to public health. *J Health Polit Policy Law.* 1997;22(4):993–1020.
21. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* janv 2015;45(1):11-27.
22. Daumerie N, Bacle SV, Giordana J-Y, Mannone CB, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale.* 2012;38(3):224–231.
23. Wahl O, Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *J Community Psychol.* 1 janv 2010;38(1):49-62.
24. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(2):143–155.
25. Olsen JA, Richardson J, Dolan P, Menzel P. The moral relevance of personal characteristics in setting health care priorities. *Soc Sci Med.* 2003;57(7):1163–1172.
26. Weine ER, Kim NS, Lincoln AK. Understanding Lay Assessments of Alcohol Use Disorder: Need for Treatment and Associated Stigma. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs.* janv 2016;51(1):98-105.
27. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol Alcohol.* 1 mars 2011;46(2):105-12.
28. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, et al. Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *Am J Epidemiol.* 15 déc 2010;172(12):1364-72.

29. Haighton C, Wilson G, Ling J, McCabe K, Crosland A, Kaner E. A Qualitative Study of Service Provision for Alcohol Related Health Issues in Mid to Later Life. *PloS One*. 2016;11(2):e0148601.
30. Glass JE, Williams EC, Bucholz KK. Psychiatric Comorbidity and Perceived Alcohol Stigma in a Nationally Representative Sample of Individuals with DSM-5 Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 1 juin 2014;38(6):1697-705.
31. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend*. 1 mars 2011;114(1):12-7.
32. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191.
33. Diclemente CC. Self-Efficacy and the Addictive Behaviors. *J Soc Clin Psychol*. 1 sept 1986;4(3):302-15.
34. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla M, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*. 1 juill 2007;32(7):1331-46.
35. Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications; 2015.
36. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press; 1979.
37. Beck JS, Carlson J. *Cognitive therapy*. American Psychological Association; 2006.
38. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. *Médecine*. 1 déc 2006;2(10):451-5.
39. Piaget J. *La construction du réel chez l'enfant*. 1937;
40. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Res Monogr*. 1993;137:123-46.
41. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press; 2005.
42. Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcool-dépendance: Un test du modèle de beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *J Thérapie Comport Cogn*. 1999;9(4):108-12.
43. Tison P, Hautekeete M. Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. *J Thérapie Comport Cogn*. 1998;8(2):43-9.
44. Chabrol H, Massot E, Chouicha K, Montovany A, Rogé B. Étude du questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanies dans l'usage du cannabis à l'adolescence. *J Thérapie Comport Cogn*. 2001;11(3):105-108.

45. Robin M, Vanderstukken O, Hautekeete M. Mise en évidence de croyances anticipatoires, soulageantes et permissives chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfants (AASE). *J Ther Comport Cogn.* 2008;18:35–36.
46. HATTESCHWEILER C, Graziani P, Bon M, Charbonnier E. Addiction et passage à l'acte suicidaire : des processus cognitifs similaires ? *Rev Francoph Clin Comport Cogn.* 1 janv 2015;35-44.
47. De Saint Aubert C, Graziani P, Hautekète M, Eraldi-Gackiere D, Gibour B. Exposition d'indices ~~in vivo~~*in vivo* et en imaginaire dans le traitement de la dépendance à l'alcool. *J Thérapie Comport Cogn.* 2000;10(4):136–142.
48. Eraldi-Gackière D. Production cognitivo émotionnelle au cours d'une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcoologique. Analyse des pensées liées au craving. Thèse de doctorat en psychologie]. Lille: Université Charles-de-Gaulle; 2006.
49. Graziani P. Prise de décision : l'importance des idées permissives. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 mars 2010;20(1):31-4.
50. Skog O-J. Addicts' choice. *Addiction.* 2000;95(9):1309–1314.
51. Kovač VB, Rise J. The role of explicit cognition in addiction: Development of the mental representations scale. *Addict Res Theory.* 2008;16(6):595–606.
52. Tison P, Hautekeete M, Taquet P, Thouvenin M. Les alcoolodépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 mars 2009;19(1):35-40.
53. Cungi C. *Savoir s'affirmer en toutes circonstances.* Retz; 2011.
54. Cunningham JA, Sobell LC, Chow VM. What's in a label? The effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *J Stud Alcohol.* 1 nov 1993;54(6):693-9.
55. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passeti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry.* 1 mars 2007;190(3):248-54.
56. Morandi S, Gibellini Manetti S, Zimmermann G, Favrod J, Chanachev A, Monnat M, et al. Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. *L'Encéphale.* 1 déc 2013;39(6):408-15.
57. Accietto C. La validation d'une version française du questionnaire A.U.D.I.T. "Alcohol Use Identification Test" [Internet]. University of Geneva; 2003 [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:174>
58. Perneger TV, Leplège A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol.* août 1995;48(8):1051-60.

59. McPherson A, Martin CR. A review of the measurement properties of the 36-item short-form health survey (SF-36) to determine its suitability for use in an alcohol-dependent population. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* mars 2013;20(2):114-23.
60. Luquiens A, Whalley D, Crawford SR, Laramée P, Doward L, Price M, et al. Development of the Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS): a new patient-reported outcome measure to assess health-related quality of life in alcohol use disorder. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* juin 2015;24(6):1471-81.
61. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res.* août 1997;21(5):899-905.
62. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* Guilford Press; 2003.
63. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addict Res Theory.* 1 janv 2008;16(2):149-65.
64. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction.* 1 janv 2012;107(1):39-50.
65. Hautekeete M, Ameerudden R, Éraldi-Gackière D, Baert R, Rusinek S. L'évolution des schémas inadaptés durant et après une cure TCC chez des patients alcooliques qui rechutent ou ne rechutent pas : contribution à la théorie des schémas. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 mars 2006;16(1):16-26.

X. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de stigmatisation perçue modifiée pour le trouble de l'usage de l'alcool

Annexe 2 : Questionnaire des croyances ASP

Annexe 3 : AUDIT

Annexe 4 : Questionnaire de qualité de vie SF36

XI. ANNEXES

Echelle de stigmatisation

Veillez répondre selon votre degré d'accord sur une échelle allant de "tout à fait d'accord" à "pas du tout d'accord". Cette échelle a pour but d'évaluer votre perception du regard et des comportements d'autrui vis à vis de la consommation d'alcool.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1 D'avoir une consommation d'alcool m'a rendu plus compréhensif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un suivi addictologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ma consommation d'alcool m'a rendu plus tolérant(e) vis à vis des autres gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent ma consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à ma consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Des gens m'ont évité en raison de ma consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Des gens m'ont insulté en raison de ma consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Avoir une consommation d'alcool m'a rendu(e) plus solide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Je trouve difficile de dire aux gens que je consomme de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE. – Questionnaire de croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour l'alcool (Hautekeete, Cousin et Graziani).

« Lisez attentivement les phrases suivantes. Elles expriment des pensées que les gens peuvent avoir concernant l'alcool. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune de ces phrases, en entourant le chiffre correspondant à votre réponse. Pour répondre, basez-vous sur ce que vous pensez réellement, et sur ce que vous pensez actuellement. Faites bien attention au sens des phrases. Il n'y a ni bonne, mauvaise réponse. Répondez à toutes les questions ».

Le code de réponse est le suivant :

Tout à fait faux	Un peu faux	A moitié exact	Un peu vrai	Tout à fait vrai
0	1	2	3	4

Si vous n'avez pas bien compris, ou si vous voulez d'autres explications, demandez-le immédiatement. Rappelez-vous : il faut répondre de manière personnelle, par rapport à ce que vous pensez *réellement*, *sincèrement*, et par rapport à ce que vous pensez *actuellement*.

1	Boire de l'alcool rend la vie plus gaie et plus agréable.	0	1	2	3	4
2	On ressent de la satisfaction en résistant à l'envie de boire de l'alcool.	0	1	2	3	4
3	Si on fait attention à ne pas dépasser une certaine quantité par jour, l'alcool n'est pas dangereux.	0	1	2	3	4
4	Il est plus difficile de se concentrer sur quelque chose quand on a bu de l'alcool.	0	1	2	3	4
5	Quand on est confronté à de nombreuses difficultés, on peut boire de l'alcool pour y faire face.	0	1	2	3	4
6	Avec l'alcool, on risque d'avoir des problèmes de santé.	0	1	2	3	4
7	Si on boit de l'alcool, on peut mieux exprimer ses sentiments.	0	1	2	3	4
8	L'alcool ne permet pas de se sentir mieux.	0	1	2	3	4
9	Quand on a eu une journée difficile, on a bien mérité de boire de l'alcool.	0	1	2	3	4
10	Quand on boit de l'alcool, on a plus de mal à faire les choses.	0	1	2	3	4
11	Prendre un verre permet d'apaiser l'anxiété et de se relaxer.	0	1	2	3	4
12	En fait, il y a surtout des désavantages à s'habituer à boire de l'alcool.	0	1	2	3	4
13	Pour être plus à l'aise et plus apprécié en société, on peut boire de l'alcool.	0	1	2	3	4
14	Boire de l'alcool augmente les sensations de malaise.	0	1	2	3	4
15	Quand on boit un coup de trop, c'est souvent à cause de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3	4
16	Il est difficile d'avoir de bonnes relations avec les gens quand on prend de l'alcool.	0	1	2	3	4
17	On peut se soulager de l'ennui en buvant de l'alcool.	0	1	2	3	4
18	Quand quelqu'un est tenté de boire un verre, c'est vraiment de l'ordre de sa responsabilité.	0	1	2	3	4
19	Boire de l'alcool peut aider à se mettre au travail et à « en mettre un coup ».	0	1	2	3	4
20	L'alcool rend nerveux et tendu.	0	1	2	3	4
21	Puisque l'alcool est en vente libre, on peut bien en boire.	0	1	2	3	4
22	On est plus renfermé quand on a bu de l'alcool.	0	1	2	3	4
23	Quand on est en colère, on peut boire de l'alcool pour la faire diminuer.	0	1	2	3	4
24	Avoir des problèmes ne justifie pas de prendre de l'alcool.	0	1	2	3	4
25	Boire quelques verres peut aider à être plus éveillé intellectuellement et à avoir de meilleures idées.	0	1	2	3	4
26	En fait l'alcool entraîne les gens dans une spirale qui ne résout pas les problèmes.	0	1	2	3	4
27	On peut un peu trop boire aujourd'hui, on se restreindra la prochaine fois.	0	1	2	3	4
28	L'alcool perturbe souvent notre existence.	0	1	2	3	4
29	Quand on a vraiment une forte envie de boire de l'alcool, la seule façon de se soulager c'est d'en boire un verre.	0	1	2	3	4
30	L'alcool se transforme vite en une dépendance.	0	1	2	3	4

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Questionnaire de santé SF36

Comment répondre

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Date

Identification

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
À peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ? (entourez la réponse de votre choix)

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

9. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
a. vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellent santé	1	2	3	4	5

ABSTRACT

Patients with alcohol use disorder (AUD) suffer from significant stigma, the perception of which would have a negative impact on the evolution of addiction. We wanted to evaluate this impact through A. T. Beck's cognitive addiction model. Our goal was to find an association between perceived stigma and dysfunctional beliefs. Our study was analytical, transversal and monocentric, patients were recruited in the day hospital of the addictology department of Toulouse University Hospital. They had to be followed for an alcohol use disorder, without other addiction with the exception of tobacco. Following the completion of self-questionnaires assessing perceived stigma and addictive beliefs, patients were divided into two groups according to the median addictive beliefs score and compared on their perceived stigma score.

Thirty-five patients followed for alcohol use disorder were included. Patients perceiving themselves as stigmatized, through the components of discrimination and disclosure, significantly exhibited greater activation of addictive beliefs (9.1 (4.7) versus 13.1 (4.8), $p < 0.05$). The results of our study suggest that assessing perceived stigma may allow for better adaptation of cognitive restructuring strategies in behavioral and cognitive therapy

Existe-t-il une relation entre la stigmatisation perçue et les croyances dysfonctionnelles chez des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.

Les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (TUAL) souffrent d'une stigmatisation importante dont la perception retentirait négativement sur l'évolution de l'addiction. Nous souhaitons évaluer ce retentissement par le biais du modèle cognitif des addictions de A.T. Beck. Notre objectif était la recherche d'une association entre la stigmatisation perçue et les croyances dysfonctionnelles. Notre étude était analytique, transversale et monocentrique, les patients étaient recrutés dans l'hôpital de jour du service d'addictologie du CHU de Toulouse. Ils devaient être suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool, sans co-addiction à l'exception du tabac. Suite à la passation d'auto-questionnaires évaluant la stigmatisation perçue et les croyances ASP, les patients étaient divisés en deux groupes selon la médiane au score des croyances ASP et comparés sur leur score de stigmatisation perçue.

Trente cinq patients suivis pour un trouble de l'usage de l'alcool ont été inclus. Les patients se percevant comme stigmatisés, à travers les composantes de discrimination et de divulgation, présentaient de façon significative une plus grande activation des croyances ASP (9.1 (4.7) versus 13.1 (4.8), $p < 0.05$). Les résultats de notre étude suggèrent que l'évaluation de la stigmatisation perçue pourrait permettre une meilleure adaptation des stratégies de restructuration cognitive en thérapie comportementale et cognitive.

TITRE EN ANGLAIS : Is there a relationship between perceived stigma and dysfunctional beliefs in patients with alcohol use disorder ?

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Trouble de l'usage de l'alcool, alcoolodépendance, stigmatisation, stigmatisation perçue, thérapies comportementales et cognitives, TCC, croyances ASP, schémas cognitifs

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Bénédicte Jullian