



Faculté de médecine

Année 2018 / 2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Sophie DEBACKER CATANANTI

Née le 12 août 1987 à Verneuil sur Avre (27)

Trouble de stress post traumatique chez les patients suivis en
CSAPA : Prévalence, étude des facteurs associés.

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie d'adulte, Addictologie, Faculté de Médecin – Tours

Membres du Jury :

Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie d'adulte, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Marie GRALL-BRONNEC, Psychiatrie d'adulte, Addictologie, Faculté de Médecine - Nantes

Docteur Paul BRUNAUT, Psychiatrie d'adulte, Addictologie, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Damien MAUGE, Psychiatrie d'adulte, Addictologie, PH, CHRU Tours.

Directeur de thèse : Docteur Hussein EL AYOUBI, psychiatrie d'adulte, Addictologie, Assistant Spécialiste CHRU Tours.

Directrice de thèse : Docteur Servane BARRAULT, Psychologie, MCF-HDR, Faculté de Psychologie – Tours.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denie	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolae.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologique
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Lud.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologique
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denie.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francie.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarièze
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Bioestat., informatique médicale et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leëlie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnelé – CS 73223 – 97032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02-47-36-6500 – www.med.univ-tours.fr

IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologique
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyse.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Aysche.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 125B
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 125B
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Moustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

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

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

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Professeur des universités en Psychiatrie et Addictologie à la Faculté de Médecine de Tours

Praticien hospitalier de l'Equipe de Liaison en Soins en Addictologie au CHRU de Tours

Chef de pôle de psychiatrie et d'addictologie au CHRU de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie de votre enseignement, de votre disponibilité et de votre bienveillance lors de mon stage à l'ELSA.

Veillez recevoir l'expression de ma plus sincère gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours

Praticien hospitalier du service de la Clinique Psychiatrique Universitaire du CHRU de Tours

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement tout au long de mon parcours universitaire.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Professeur des Universités en Psychiatrie et Addictologie à la Faculté de Médecine de Nantes

Praticien Hospitalier de l'équipe de Liaison et en Soins en Addictologie au CHRU de Nantes

Je vous remercie d'avoir accepté d'intégrer le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici, Madame le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Paul BRUNAUT

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Psychiatrie et Addictologie au sein de l'équipe de Liaison et en Soins en Addictologie au CHRU de Tours

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Vous êtes à l'origine de la réalisation de cette thèse.

Veillez recevoir ici l'expression de ma plus sincère gratitude et mon plus profond respect.

A Monsieur Docteur Damien MAUGE

Médecin coordinateur du CSAPA d'Indre et Loire

Praticien Hospitalier en Psychiatrie et Addictologie au sein de l'Equipe de liaison et en Soins en Addictologie

Vous me faite l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre disponibilité lors de mon stage au sein de l'équipe de l'ELSA, ainsi que pour vos conseils dans la réalisation de ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et veuillez accepter mon profond respect.

A Madame le Docteur Servane BARRAULT

Maître de conférences des Universités à la Faculté de Psychologie de Tours

Psychologue clinicienne au CSAPA de Port Bretagne

Tu me fais l'honneur de diriger ce travail.

Je te remercie de m'avoir si bien accompagné tout au long de la réalisation de ce travail.

Reçois ici l'expression de ma plus sincère gratitude et mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Hussein EL AYOUBI

Assistant Spécialiste en Psychiatrie et Addictologie au sein de l'Equipe de liaison et en Soins en Addictologie.

Tu me fais l'honneur de diriger cette thèse.

Merci de m'avoir proposé ce travail, de l'avoir coordonné.

Merci pour ton implication, ta disponibilité et ton soutien.

Reçois ici le témoignage de ma plus sincère gratitude et mon plus profond respect.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Jérôme BACHELLIER : *Merci pour la qualité de ton enseignement théorique et pratique. Merci d'avoir su éveiller en moi la curiosité et l'intérêt pour l'Addictologie.*

A Madame le Docteur Sandra HERVE : *Merci de l'intérêt que tu as porté à ce travail. Merci pour tes conseils et ta bienveillance.*

Merci à toutes les équipes du CSAPA de Port Bretagne, de la Rotonde, de Loches et d'Orléans, qui se sont investies dans ce projet et qui ont rendu ce travail possible.

Merci aux médecins, aux équipes qui m'ont accueillie tout au long de mon internat : l'équipe de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie de Chinon, l'équipe de liaison au CHR d'Orléans, l'équipe de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie de Blois, l'équipe de pédopsychiatrie de Châteaudun, l'équipe de la CPU, l'équipe des urgences psychiatriques, l'équipe du CSAPA de Port Bretagne et l'équipe de l'ELSA.

A l'ensemble de mes co-internes de psychiatrie.

A Adélie, Pierre Antoine et Manon, mes chers amis, merci pour votre présence à mes côtés depuis 10 ans maintenant.

A Laura, ma chère amie, merci pour ton soutien et ta bonne humeur.

A Kevin, Jacques-Alexis et Agnès, merci pour tous ces merveilleux souvenirs de notre vie d'étudiants en médecine.

Merci à Philou, Camille, Yoann, Denis et Adrien d'avoir rendu m'a vie d'étudiante si pétillante.

Merci à David et Thomas pour votre esprit de fraternité et de solidarité.

A mes parents, Eric, Mylène, Patrice et Carole. Merci pour votre affection, vos espoirs, votre soutien et votre patience.

A ma famille, Antoine, Baptiste, Thibault, François, Angélique, Magali, Franck, François, Pauline, Luc, Claire, Régis, Karine, Michel et Collinette pour votre présence tout au long de ma vie.

Aux familles Perus, Melot et Catananti, merci de m'avoir accueillie dans vos familles.

A Isabelle et Bérengère, pour votre aide précieuse.

A mes grands parents, Céline et Daniel. Merci d'avoir si bien veillé sur moi et de m'avoir fait grandir.

A mon mari, Jean Philippe, merci pour ton optimisme, ton imagination sans limite et ta détermination. Merci de me laisser percevoir chaque jour ta vision du monde.

A mes enfants, Oscar et Martin. Merci d'avoir fait de moi une maman.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	16
ABSTRACT	17
MOTS CLEFS	18
LISTE DES ABREVIATIONS	19
1. INTRODUCTION	20
1.1 Addiction	
1.1.1 Définition de l'addiction	20
1.1.2 Addiction comportementale	21
1.1.3 Epidémiologie	21
1.1.4 Facteurs de vulnérabilité	23
1.1.5 Comorbidités psychiatriques et Concept de Pathologie Duelle	26
1.2 Trouble de stress post traumatique	27
1.2.1 Définition du trouble de stress post traumatique	27
1.2.2 Comorbidité Addiction et TSPT	28
1.2.3 Prévalence	29
1.2.4 Exposition à des événements traumatiques	30
1.3 Théories explicatives de la pathologie duelle	31
1.3.1 Capacités d'adaptation à l'événement traumatique	31
1.3.2 Théorie de l'automédication	31
1.4 Implications	32
1.4.1 Particularité clinique et pronostic de la comorbidité	32
1.4.2 Sévérité TSPT et TUS	33
1.5 Caractéristiques psychologiques	33
1.5.1 Régulation émotionnelle	33
1.5.2 Stratégies de coping	35
1.5.3 Impulsivité	36
1.5.4 Personnalité	37
1.6 Implications thérapeutiques	38
1.6.1 Modèles psychothérapeutiques cognitivo-comportementaux intégrés	38
1.6.2 EMDR	40
1.6.3 Pharmacothérapie	41
1.7 Organisation des soins en addictologie : Particularité des CSAPA	42
2. OBJECTIF DE TRAVAIL	43
3. MATERIEL ET METHODE	44
3.1 Population	44
3.2 Procédure	44
3.3 Mesures	46
3.4 Questionnaires utilisés	48
3.5 Critère de jugement principal	61
3.6 Analyse statistiques	61
4. RESULTATS	63
4.1 Statistiques descriptives	63
4.2 Statistiques comparatives univariées	67
4.3 Statistiques comparatives multivariées	73

5. DISCUSSION	78
5.1 Prévalence du trouble de stress post traumatique	78
5.2 Comorbidités addictologiques	78
5.3 Comorbidités psychiatriques	81
5.4 Caractéristiques psychologiques	83
5.5 Facteurs prédicteurs de TSPT chez les patients souffrant d'addiction	86
5.6 Limites	87
5.7 Intérêts	88
CONCLUSION	90
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHIE	120

RÉSUMÉ

Trouble de stress post traumatique chez les patients consultant en CSAPA : Prévalence et étude des facteurs associés.

INTRODUCTION

Trois personnes sur cent souffrent d'une pathologie associant un trouble addictologique et un trouble psychiatrique et près d'une personne sur deux présentant une addiction présentent un trouble psychiatrique associé (Benyamina et al, 2014).

Cette dualité, et particulièrement le trouble de stress post traumatique représente un poids socio économique non négligeable. Son association avec les addictions est fréquente, l'évolution de la pathologie duelle est plus sévère, la prise en charge est plus complexe et bien souvent insatisfaisante. Elle représente donc un enjeu de santé publique.

A travers ce travail de recherche, nous avons tenté de déterminer la prévalence du trouble de stress post traumatique chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance ou une addiction comportementale et venant consulter en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Dans un second temps, nous avons tenté de dépeindre un profil psychologique de ces patients en étudiant différentes caractéristiques psychologiques (la régulation émotionnelle, l'impulsivité, les capacités d'ajustement au stress et les dimensions de personnalité), ainsi que les comorbidités psychiatriques et addictologiques de ces patients. Nous avons également recherché un facteur prédictif du TSPT parmi les troubles de l'usage de substance.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude transversale observationnelle et multicentrique a été réalisée dans les CSAPA de Tours (La Rotonde et Port Bretagne), de Loches, et le CSAPA – 45 (APLEAT) à Orléans entre novembre 2018 et juin 2019. En premier lieu, les patients devaient répondre à un ensemble d'auto questionnaires (PCL-5, LEC, ASRS, WURS, BES, ICJE, Audit, CAST, Fagerstrom, UPPS-P, DERS, BFI et la Brief COPE). Dans un second temps les patients devaient participer à un entretien semi structuré, avec la passation de la MINI et des critères DSM-5 du jeu d'argent pathologique.

RESULTATS

137 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 45% présentaient un trouble de stress post traumatique dans le mois précédent l'étude. Les patients présentant un TSPT comorbide au TUS avaient vécu significativement plus d'événements de vie stressant que les patients TUS seul et avaient significativement plus d'antécédents de négligence physique et d'abus émotionnels. Ces patients présentent significativement plus de difficultés de régulation émotionnelle, des niveaux significativement supérieurs d'impulsivité et des capacités d'adaptation au stress significativement plus dysfonctionnels, de conduites d'évitement, de distraction face au stress et une recherche de soutien émotionnelle plus importante. Ces patients présentaient également des capacités de restructuration cognitive significativement moins importantes. Ces patients présentaient également des traits de personnalité de type « Nevrosisme » significativement plus importants. Le trouble de l'usage du tabac, du cannabis, de la cocaïne, l'hyperphagie boulimique étaient plus fréquents chez ces patients. Ils présentaient un nombre plus important de troubles de l'usage de substance au cours de leur vie. Le TDHA était significativement plus fréquent chez les patients présentant un TSPT et une addiction. Nos résultats montrent également que le trouble de l'usage des opiacés serait un facteur prédictif de trouble de stress post traumatique dans cette population contrairement aux autres troubles de l'usage de substance étudiés.

CONCLUSION

Ces données suggèrent qu'il faut dépister le TSPT chez les patients souffrant d'addiction, rechercher les comorbidités associées et proposer une prise en charge plus adaptée au profil de ces patients.

ABSTRACT :

Three percent of overall population suffer from a pathology associating an addiction disorder and a psychiatric disorder. And nearly one in two people with an addictive disorder has a psychiatric disorder (Benyamina et al, 2014)

This duality, particularly the association between addiction and post-traumatic stress disorder, represents a significant socio-economic burden. Its association with addictions is frequent, and its association is more severe, with higher complexity and the outcome is often unsatisfactory. It represents a public health issue.

Through this research, we have tried to determine the prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with a substance use disorder or behavioral addiction seeking counselling and treatment in an addiction outpatient center: CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). In a secondary objective, we tried to depict a psychological profile of these patients by studying different psychological characteristics: emotional regulation, impulsivity, stress adjustment abilities and representative personality dimensions, psychiatric and addictive comorbidities. We also looked for a predictor of PTSD among substance use disorders.

MATERIAL AND METHOD :

This cross-sectional and observational study was carried out in the CSAPA of Tours, of Loches and Orléans between November 2018 and June 2019. Outpatients answered a set of self-questionnaires (PCL-5, LEC, ASRS, WURS, BES, ICJE, Audit, CAST, Fagerstrom, UPPS-P, DERS, BFI and the COPE Brief). Self-assessments were completed by a semi structured interview using the MINI and the DSM-5 criteria of gambling disorder.

RESULTS :

137 patients were included in the study. Of these, 45% had post-traumatic stress disorder in the month prior to the study. Patients with comorbid PTSD who had experienced SUD had significantly more stressful life events than SUD patients without PTSD and had significantly more history of physical neglect and emotional abuse. These patients have significantly greater emotional regulation difficulties, significantly higher levels of impulsivity and significantly more dysfunctional coping skills, avoidance behaviors, distraction from stress, and a search for greater emotional support. These patients also had significantly lower cognitive restructuring abilities. These patients also had significantly greater « Neuroticism » personality traits. The tobacco use disorder, the cannabis use disorder, the cocaine use disorder, binge eating disorder were more common in these patients. They had a greater number of substance use disorders in their lifetime. ADHD was significantly more common in patients with PTSD and addiction. Our results also show that the opioid use disorder is a predictor of post traumatic stress disorder in this population unlike other substance use disorders studied.

CONCLUSION :

These data suggest that PTSD should be screened in patients with an addictive disorder, look for co-morbidities and offer more appropriate management of their patients' profiles.

MOTS CLES

Trouble de stress post traumatique

Trouble de l'usage de substance

Addiction

Régulation émotionnelle

Coping

Impulsivité

Personnalité

Facteur prédicteur

LISTE DES ABREVIATIONS

AC : Addiction comportementale

ASRS : ADHD Self-Report Scale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

EMDR : Eye Movement desensitization reprocessing

HAS : Haute Autorité de Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPI : Schémas Précoces Inadaptés

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TDA/H : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

TSPT : Trouble de stress post traumatique

TUS : Trouble de l'usage de substance

WURS : Wender Utah rating scale

1. INTRODUCTION

1.1 Addiction

D'après Aviel Goodman (1990), les addictions sont des maladies chroniques définies par deux caractéristiques essentielles : la perte de contrôle et la poursuite du comportement malgré ses conséquences négatives pour le sujet. Elles regroupent le trouble de l'usage de substance et les addictions comportementales.

D'après la définition de l'OMS en 1994, une substance psycho-active est une substance qui altère les processus mentaux lorsqu'elle est consommée, comme les fonctions cognitives ou affectives. Cette nomination ou « psychotrope » est appliquée à toute catégorie de substance licite ou illicite qui présente un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues. Elles n'entraînent pas toujours des phénomènes de dépendance.

1.1.1 Définition de l'addiction

Dans la classification des troubles mentaux DSM-IV-TR (APA,2000), les addictions sont définies par une impossibilité à contrôler un comportement et une poursuite de ce comportement malgré des conséquences négatives pour le sujet. Le manuel différencie trois types d'usage : l'usage de substance, l'abus de substance et la dépendance. Dans la version suivante, DSM -5 (APA,2013), le terme dépendance est remplacé par addiction. Il propose une approche graduelle de la pathologie « trouble de l'usage » en fonction de la sévérité du trouble définie par le nombre de critère présent. Le concept catégoriel de l'addiction devient un concept dimensionnel. Il est décrit onze critères dont le craving (envie irrépressible de consommer) absent jusqu'alors. Le diagnostic de trouble de l'usage est posé lorsqu'il existe au moins deux critères et la présence d'une souffrance significative de l'individu. L'intensité du trouble léger est défini avec la présence de 2 à 3 critères, modéré avec 4 à 5 critères et sévère à partir de 6 critères.

Le trouble de l'usage de substance amène progressivement à un « envahissement progressif de la vie quotidienne », avec des répercussions par désinvestissement de la vie sociale, professionnelle et familiale du sujet (Karila et Benyamina 2019).

Les critères diagnostics sont consultables en annexe 1.

1.1.2 Addiction comportementale

L'addiction peut se développer à partir d'une substance psycho-active, mais il est communément admis qu'un comportement répété, échappant au contrôle d'un individu et ayant des conséquences néfastes puisse être également considéré comme une addiction. Dans ce cas, on parle d'addiction comportementale. Le comportement présente un caractère hédonique, compulsif et impulsif et ne présente pas de toxicité apparente. Il s'agit du jeu pathologique (trouble de l'usage des jeux de hasard et d'argent), d'achats compulsifs, d'addiction sexuelle, d'addiction au travail, au sport ou internet ou l'addiction alimentaire. (Guelfi et Rouillon 2012). Il existe des critères diagnostiques pour le jeu d'argent pathologique dans le DSM –5, reconnu depuis peu dans la catégorie des troubles addictifs. Il appartenait à la catégorie du trouble de contrôle des impulsions dans la troisième version du DSM. En revanche, il n'existe pas de critère diagnostic pour les autres types d'addictions comportementales dont la véracité du trouble est toujours débattue.

Aviel Goodman dans sa définition de l'addiction propose le concept de « processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la foi pour produire du plaisir ou pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives importantes ». Il définit par ailleurs des critères diagnostiques de l'addiction applicables aux addictions comportementales. (Ces critères sont consultables en annexe 2) (A. Goodman 1990).

1.1.3 Epidémiologie

En 2017, le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France, aussi bien chez les adolescents que chez l'adulte (45% des individus âgés de 18 à 64 ans) avec au total 18 million de personnes à l'avoir déjà essayé. En 2017 également, 6,4% de la population a consommé du cannabis dans le mois. La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé en France. 5,6% des 18-64 ans a déjà expérimenté la cocaïne en 2017 (contre 1,2 en 1995, mais stable par rapport à 2014). La proportion d'usager de cocaïne est évaluée à 1,6% en 2017 et se serait diffusé à l'ensemble des strates de la société. L'usage des substances synthétiques comme la MDMA ou l'ecstasy et les amphétamines reste stable et est évalué à 1,0% de la population française en 2017. Enfin, la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,3 % pour l'ensemble des 18-64ans et l'usage actuel est évalué à 0,2%.

En ce qui concerne les médicaments, l'OFDT (2018) rapporte également une augmentation de substances codéinées de 9% en 2017 (5% en 2010). De la même façon, l'usage de médicaments opioïdes (comme le fentanyl) s'élève à 7%. 4% des usagers détournent pour leur usage le méthylphénidate.

L'usage de benzodiazépine est également augmenté de façon importante entre 2012 et 2015 (de 30,5 à 36%) (Rapport national OFDT 2018 - OFDT).

En ce qui concerne l'alcool, la consommation tendrait à diminuer en France depuis une quarantaine d'année. En 2017, 13,5% des adultes ne consommeraient jamais d'alcool et 10% consommeraient tous les jours (15,2% des hommes et 5,1% des femmes). Le vin serait la boisson la plus consommée. En 2017, 85,7% des adolescents âgés de 17 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, 8,4% consommeraient régulièrement (au moins 10 fois dans le mois) et 44% auraient connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante au court du mois écoulé. De la même façon, près de la moitié des adolescents de 17 ans ont pratiqué le « binge drinking » (pratique consistante à atteindre l'état d'ivresse le plus rapidement possible, avec au moins quatre verres d'alcool en moins de deux heures pour une fille et cinq verres d'alcool pour un garçon) dans le mois écoulé. Cela ne cesserait d'augmenter. (Inserm « Alcool & Santé » 2019).

Le tabac : La prévalence du tabagisme quotidien est évalué à 26,9% en 2017 (contre 29,4% en 2016) (Comminiqué de presse - santé publique France, 2018).

En ce qui concerne le jeu d'argent pathologique, il est estimé à 1% de la population générale (d'après l'Inserm en 2014) Il concerne en grande majorité des hommes quadragénaires et pères de famille. Ils pratiquent les jeux de hasard et d'argent (paris sportifs, jeux de stratégies ou jeu de hasard pur comme la roulette ou les machines à sous). Ces patients peuvent présenter au départ d'un gain important générant une émotion très positive incitant le sujet à rejouer et tenter sa chance avec l'espoir de se refaire. Des raisonnements erronés, comme l'espoir « de se refaire », l'amèneraient à dépenser toujours plus d'argent. (Inserm « Addictions » 2019).

Certains chercheurs se sont intéressés à ce qui pouvait influencer l'évolution d'un sujet usager vers l'addiction. Tous les patients usagers de substances ou coutumier d'un type de comportement ne basculent pas dans l'addiction. Plusieurs facteurs de vulnérabilités ont été mis en évidence. Nous détaillons ici les différents facteurs neurobiologiques, environnementaux, liés aux substances, et individuels.

1.1.4 Facteurs de vulnérabilité

D'un point de vu neurobiologique :

L'addiction fait intervenir le réseau méso-cortico-limbique ou communément appelé le système de récompense. Le neurotransmetteur actif dans ce processus est la dopamine.

L'addiction résulterait d'une modulation anormale de ce réseau, une perte de retro contrôle du système de récompense provoquant ainsi une hyperdopaminergie (Guelfi et Rouillon 2012).

La consommation répétée de substances psycho-actives serait à l'origine d'une modification durable du circuit de récompense et des régions associées, une « reprogrammation » des circuits impliqués dans le plaisir, la motivation (le système dopaminergique méso-lymbique), la mémoire, les émotions (amygdale et région hippocampique), les fonctions exécutives, le jugement, et le contrôle de soi (cortex préfrontal et le striatum dorsal).

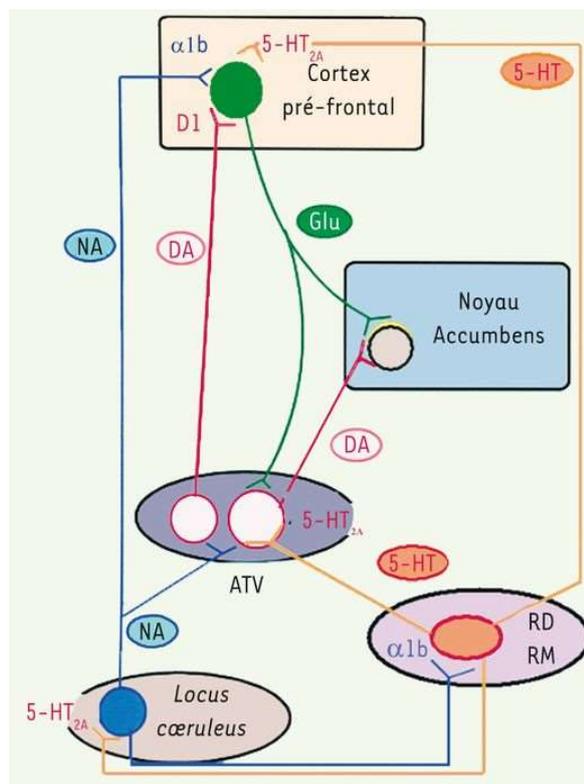
Il existe, une modulation des quantités de neurotransmetteurs disponibles. Ainsi, la cocaïne serait à l'origine d'une inhibition de la recapture de monoamines (DA, noradrénaline, sérotonines), les amphétamines et ses dérivés stimuleraient la libération des monoamines. L'alcool et les opiacés seraient à l'origine d'une modulation des récepteurs GABA. Ces différentes modulations conduiraient plus ou moins directement à une hyperdopaminergie via le noyau accumbens, par diminution ou augmentation de la sensibilité de récepteurs dopaminergiques (Scuvée-Moreau 2013).

Pour Aviel Goodman, le phénomène de dépendance est expliqué par l'interaction de plusieurs défaillances de trois systèmes fonctionnels cérébraux : le système de récompense, la régulation des émotions et l'inhibition comportementale. Le dérèglement de la fonction « motivation-récompense » expose le sujet à des états d'insatisfactions récurrents, un état d'irritabilité, un vide intérieur voir une anhédonie. Dans ce contexte les comportements qui stimulent le système de récompense, sont davantage renforcés. De plus, une régulation émotionnelle altérée rend les sujets addicts plus vulnérables aux affects douloureux, à une instabilité émotionnelle. Dans ce contexte, les comportements associés à l'évasion ou à la prévention des affects douloureux sont plus fortement renforcés. Enfin, une altération du système d'inhibition comportementale aboutirait à une absence de régulation du système de récompense et empêcherait la prise en compte des conséquences à long terme (Aviel Goodman 2008).

Il est communément admis que l'explication neurobiologique de l'addiction se situerait au niveau du noyau accumbens ou il existerait une accumulation de dopamine. D'autres

expériences génétiques récentes ont démontré l'intérêt des récepteurs $\alpha 1b$ -adrénergiques dans les comportements « récompenses » avec l'usage d'opiacés et psychostimulants. De la même façon, il existerait un lien entre l'addiction et le système sérotoninergique par l'intermédiaire des récepteurs 5-HT_{2A} dans la régulation des effets des substances.

A l'état naturel, il existerait un couplage entre le système noradrénergique et sérotoninergique qui s'inhiberaient mutuellement lors de la stimulation simultanée de leurs récepteurs. Lors de l'utilisation répétée de psychostimulant, d'opiacés ou d'alcool, le couplage disparaît, et cela conduirait à une sensibilisation excessive des différents systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques, menant à une altération de la perception des événements extérieurs. Ce découplage serait également présent lors de l'exposition d'un sujet à des stress chroniques. Ainsi la reprise de substance permettrait un nouveau recouplage artificiel et un soulagement temporaire (Tassin 2008).



Cette figure illustre le découplage des neurones sérotoninergiques et noradrénergiques décrit par Tassin et al en 2008.

Facteurs de vulnérabilité environnementaux :

L'environnement pourrait favoriser la consommation de substance comme l'isolement social. Les interactions familiales peuvent être perçues comme des facteurs de risque également, l'inconsistance des règles, l'absence de proximité dans les relations parents-usagers, la récurrence des conflits intrafamiliaux. La position des parents à l'égard des substances pourrait faciliter l'expérimentation puis l'abus et la dépendance (leurs usages, leur permissivité) (Fargès cité par (Varescon 2010)).

A cela s'ajoute les facteurs liés à la précarité sociale, le milieu socio culturel, l'immigration ou la marginalisation qui sont des facteurs qui influent sur la consommation de substances (Varescon 2010).

Facteurs de vulnérabilité liés aux substances :

Chaque substance psycho-active possède un pouvoir addictogène qui lui est propre. Certaines substances quand elles sont consommées de façon répétées, peuvent amener un état de dépendance psychique ou physique plus rapidement que d'autres. Cet état de dépendance amène le sujet à reconsommer toujours plus de cette substance et il en découle des conséquences sanitaires, psychologiques, sociales, voir judiciaires.

Il faut ajouter également les risques liés au caractère illégal de la détention de certaines substances et de leurs disponibilités (Reynaud cité par (Varescon 2010)).

Facteurs de vulnérabilité individuels :

Certains facteurs de personnalité individuels faciliteraient la rencontre, l'usage et l'escalade des troubles de l'usage de substance. Ces facteurs individuels sont l'impulsivité, l'hyperactivité, la recherche de sensation forte, la réactivité émotionnelle.

Les conséquences de l'addiction précipiteraient l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiatriques préexistants. De la même façon une plus importante vulnérabilité au stress ou une altération de l'humeur seraient des facteurs de risque de développement d'un trouble de l'usage de substance. (Pani et al. 2010)

La « recherche de sensation », la « désinhibition », la « susceptibilité à l'ennui » seraient des traits de personnalité également mis en évidence chez les consommateurs de substances

psycho-actives. La réactivité émotionnelle serait également défaillante chez ses patients (Varescon 2010).

Ainsi, l'évolution d'un trouble psychiatrique favoriserait le développement d'un trouble de l'usage de substance et réciproquement.

1.1.5 Comorbidités psychiatriques et Concept de Pathologie Duelle

Comorbidités psychiatriques :

De nombreuses études ont mis en évidence la forte prévalence des troubles psychiatriques chez les patients addicts, qu'ils soient secondaires à l'addiction ou primaire.

Particulièrement l'étude NESARC (étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 2004) qui a permis de mettre en évidence la prévalence plus élevée qu'en population générale de l'alcoolodépendance chez les patients présentant des troubles psychiatriques (troubles anxieux et dépressifs) et la prévalence plus élevée des comorbidités psychiatriques chez les patients alcoolodépendants. Cette étude a également mis en évidence qu'un quart de la population étudiée présentait des troubles anxieux (TAG, trouble panique, phobie sociale, état de stress post traumatique), soit deux à trois fois plus qu'en population générale. La symptomatologie des troubles anxieux apparaissait avant l'usage d'alcool.

Par ailleurs la prévalence du TSPT dans cette population représentait 10%. De la même façon, il avait été mis en évidence l'existence d'abus sexuel dans l'enfance des patients qui avait présenté un TSPT et un TU de l'alcool (Dervaux et Laqueille 2018).

Concept de Pathologie Duelle :

La présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques avec une ou plusieurs addictions chez un même sujet, définit le concept de DUALITE. Cette double problématique implique de nombreux phénomènes synergiques entre les différents troubles et influe sur l'évolution de chacune (Karila et Benyamina 2019; 2019).

Les patients présentant cette pathologie duelle présenteraient une vulnérabilité plus importante au stress issus de l'environnement. Cela impliquerait également une modification des symptômes des différents troubles.

Ils présentent également une observance du suivi et du traitement plus défaillante que les sujets présentant un trouble psychiatrique ou une addiction indépendamment.

Il en résulterait une diminution de l'efficacité des traitements utilisés pour les troubles indépendamment, une aggravation du tableau clinique et un pronostic plus sombre quand à l'évolution de la pathologie duelle (Benyamina 2018).

1.2 Le Trouble de stress post traumatique

Parmi les comorbidités psychiatriques, le trouble de stress post traumatique partagerait avec le trouble de l'usage de substance des facteurs de vulnérabilités en commun, des facteurs génétiques, les antécédents d'événements traumatiques au cours de la vie, et le contexte social (Valentin et al. 2017).

Le polymorphisme du gène codant pour le récepteur D2 serait lié au TUS et au TSPT (Gisquet-Verrier, Tolédano, et Le Dorze 2017).

Parmi les troubles psychiatriques comorbides, l'étude du trouble de stress post traumatique serait particulièrement intéressante. En effet, des études épidémiologiques indiquent que les individus présentant un trouble de l'usage de substance ont 2,6 à 10,8 fois plus de risque de développer un TSPT que les individus adultes n'ayant pas de TUS. De la même façon, les individus présentant un TUS auraient un risque deux à quatre fois plus élevé de développer un TUS que les individus indemnes de TSPT (Chilcoat et Breslau 1998).

1.2.1 Définition du trouble de stress post traumatique

Selon la classification CIM-10 (2015), le trouble de stress post traumatique est défini par une réaction inadaptée différée ou prolongée du sujet à la suite d'un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (Garrabé 2015).

D'après le DSM-5 (2013) : il s'agit d'un trouble anxieux qui survient à la suite d'une exposition à un événement traumatique (vécu ou témoin), qu'il s'agisse d'événement impliquant l'exposition à un danger de mort, de blessures graves ou de menaces pour l'intégrités physiques du sujet ou autrui. Il survient alors un sentiment de peur intense, un sentiment d'impuissance, ou d'horreur intense. Il en résulte la mise en place de mécanismes de défense psychique et physique, un changement de comportement et une souffrance importante de la personne exposée. (Valentin et al. 2017)(Critères diagnostic DSM-5 du TSPT consultables en annexe 3).

D'après l'étude ESEMed (European Study of Mental Disorders) menée en Europe en 2004 auprès de 21 425 habitants de six pays d'Europe, la prévalence du TSPT se situerait autour de 2,9% chez les femmes adultes et 0,9% chez les hommes adultes (Valentin et al. 2017).

Certains auteurs ont mis en évidence des facteurs de risque du TSPT. Il s'agit du sexe féminin, les antécédents de troubles psychiatriques, un bas niveau socio-économique et des paramètres liés à l'événement traumatique (le haut niveau d'anxiété suivant l'événement), la présence d'une symptomatologie dissociative ou le diagnostic d'état de stress aiguë. L'intensité du trouble serait plus importante chez les patients ayant été exposé à plusieurs événements traumatiques (Valentin et al. 2017).

La plupart des gens vivant dans les sociétés modernes vont vivre des événements traumatiques au cours de leur vie et 25% d'entre eux développeront le TSPT.

Son évolution a un impact sur la santé de l'individu mais également sur l'utilisation des systèmes de santé et son fonctionnement général, sur le financement des soins, sur la société en générale. (Hidalgo et Davidson 2000)

1.2.2 Comorbidité Addiction et TSPT

Des nombres significativement plus élevés de TSPT et d'exposition à des traumatismes ont été observés chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance (Gielen et al. 2012).

Pour certains auteurs, le développement du TSPT survient particulièrement quand des conditions idéales à l'installation d'un traumatisme sont réunies, lors de l'exposition d'un individu à une situation traumatique. Il s'agit de la combinaison de facteurs génétiques, psychologiques évoluant dans un contexte social de manière interactive. Ainsi les addictions favoriseraient l'exposition au traumatisme ainsi que le développement du TSPT (Auxéméry 2012).

Réciproquement, parmi les patients souffrant de TSPT, il existerait des facteurs de vulnérabilité neurobiologiques à l'alcoolodépendance, liés aux traumatismes précoces (Dervaux et Laqueille 2018).

Lavoie et al avancent une hypothèse expliquant la comorbidité TSPT et addiction par le fait que la présence initiale de l'addiction favoriserait l'exposition à des événements potentiellement traumatiques (Lavoie et al.2008).

L'hypothèse « des hauts risques », explique la comorbidité TSPT et TUS par un trait particulier de personnalité amenant les patients à avoir des conduites à risque qui aboutiraient à l'usage de substances psychoactives ou à l'exposition à des événements potentiellement traumatiques (Gisquet-Verrier, Tolédano, et Le Dorze 2017).

Selon une autre hypothèse, la présence d'un trouble de l'usage de substance augmenterait la vulnérabilité biologique et psychologique du sujet exposée (Lavoie et al. 2008).

Des facteurs de vulnérabilité seraient communs aux deux pathologies. Ceux-ci pourraient être à l'origine d'une évolution concomitante des deux troubles. Il peut s'agir de précurseurs comme l'exposition préalable à des événements traumatiques. De plus, ces deux troubles partageraient également certaines bases neurobiologiques communes comme l'implication du système noradrénergique, dopaminergique, l'axe corticotrope, le complexe amygdalien et le cortex préfrontal. Enfin, le polymorphisme du gène codant pour le récepteur D2 serait également commun aux deux pathologies (Gisquet-Verrier, Tolédano, et Le Dorze 2017).

Pour expliquer les interactions entre les deux troubles, l'hypothèse la plus décrite et supportée dans la littérature et celle de l'automédication. Nous détaillerons cette hypothèse dans un paragraphe dédié, quelques pages plus loin.

1.2.3 Prévalence

Une étude néerlandaise réalisée chez 423 patients présentant un TUS et 206 patients indemnes de TUS, a montré des nombres significativement plus élevés de TSPT dans le groupe de patients présentant un TUS comparé au groupe témoin (36,6 %). Elle montre un taux significativement plus élevé d'exposition à des événements traumatiques dans le groupe présentant au moins un TUS (97,4%). Les auteurs ont remarqué également que les patients présentant cette pathologie duelle étaient plus fréquemment au chômage, et avaient un niveau d'éducation inférieur, et présentant un nombre plus important de troubles dépressifs comorbides (Gielen et al. 2012).

Une autre étude menée à Montréal, chez 51 patients itinérants présentant des TUS. 49% de l'échantillon présentait un TSPT. La majorité des patients présentant un TUS et un TSPT avaient des antécédents familiaux de TUA, un vécu traumatique dans l'enfance, et un soutien social faible. Ils ajoutent que ces patients avaient des stratégies de coping inadaptées (Lalonde 2011).

D'après Bellet et al, la prévalence du TSPT chez les patients présentant un TUS se situerait entre 26 et 52% (Bellet et Varescon 2019).

D'après Gisquet-Verrier et al, en 2016, plus de 52% des hommes et 28% des femmes, qui ont ou ont eu un diagnostic de TSPT présentait des troubles de l'usage d'alcool ou d'autres substances psycho-actives. Ils ajoutent, que parmi les patients présentant des troubles de l'usage de substance, 30 à 59% présentent un TSPT au cours de leur vie (Gisquet-Verrier, Tolédano, et Le Dorze 2017).

Toutes ces études sont en faveur d'une forte prévalence de la comorbidité : Trouble de l'usage de substance et Trouble de stress post traumatique.

1.2.4 Exposition à des événements traumatiques

Les événements traumatiques dans l'enfance, particulièrement la maltraitance, seraient liés significativement à l'utilisation ultérieure de drogues illicites et aux conséquences qui peuvent découler d'un trouble de l'usage de substances (Huang et al. 2011).

Dans une cohorte de 41 femmes présentant un TU de l'alcool, 68% d'entre elles aurait vécu un traumatisme au cours de leur vie, 68% de ces femmes traumatisées aurait subi un traumatisme dans l'enfance et 61 des patientes traumatisées auraient été victime d'abus sexuels dans leur vie. 18% des 28 femmes ayant vécu au moins un traumatisme au cours de leur vie, avait un diagnostic de TSPT et 32% d'entre elles avait déjà fait un épisode de TSPT au cours de leur vie (Hingray et al. 2018).

D'après Cusack et al, l'abus sexuel serait un traumatisme fortement associé au TSPT qui serait lui-même associé à une consommation de substance licite ou illicite plus importante (Cusack, Herring, et Steadman 2013).

Une étude a évalué la prévalence des traumatismes et des rechutes chez 959 patients suivis ambulatoires et traités dans des cliniques spécialisées en soins addictologiques. 89% d'entre eux ont rapporté des événements de vie traumatiques. Les plus fréquents étaient les accidents graves, les vols, l'atteinte de l'intégrité physique et les violences conjugales. Un tiers des patients avaient des antécédents de rechute de leur TUS (Farley et al. 2004).

1.3 Théorie explicatives de la pathologie duelle

1.3.1 Capacités d'adaptation à l'événement traumatique

Pour certains auteurs, l'adaptation à un événement traumatique au cours de la vie serait aussi la résultante d'interactions complexes entre une histoire personnelle, le développement de soi (ressources, besoins psychologiques et schémas cognitifs) et le contexte socio-culturel. Ils ajoutent que certaines croyances admises par le patient seraient susceptibles de s'effondrer en cas de situation traumatique. Pour d'autres, dans le cas de Schémas précoces inadaptés (SPI, décrit par Young), il s'agirait d'une activation de ces SPI à l'occasion d'un traumatisme. Il existerait également un lien avec l'activation de ces schémas et le développement de conduites addictives. Il s'agirait d'une adaptation par l'usage de substance pour éviter la suractivation des SPI ou éviter leur activation.

Les schémas précoces inadaptés activés correspondraient au « manque de contrôle de soi », « l'assujettissement », « l'inhibition émotionnelle », « la vulnérabilité », « la dépendance » ou « le manque affectif »

Le lien supposé entre les SPI et l'usage de substance ou d'autres conduites addictives suggère qu'une possibilité de réduction de l'activation des SPI permettrait de réduire les conduites addictives. Les auteurs ont mis en évidence un lien significatif entre le TSPT et le nombre de SPI et un autre lien significatif entre le nombre de SPI et la sévérité du trouble de l'usage de substances illicites. Pour eux, les SPI sont au centre de la relation TSPT et TUS illicite et sont les leviers à atteindre pour les modèles thérapeutiques (Lecigne et Tapia 2016).

Plusieurs autres hypothèses ont été décrites pour expliquer le lien entre les deux troubles. L'une d'elle suggère que la présence d'un trouble de l'usage de substance augmenterait les chances d'un patient de développer un TSPT. Les auteurs suggèrent que ces patients seraient plus facilement exposés à des événements potentiellement traumatiques (Lavoie et al. 2008).

1.3.2 Théorie de l'automédication

D'après certains auteurs comme Ferenczi en 1971 ou Khantzian en 1985, l'utilisation de substance chez les patients présentant un trouble psychiatrique est expliquée par la théorie de l'automédication. Ils suggèrent que les patients souffrant de troubles psychiatriques utilisent les substances psycho-actives pour leurs actions amnésiantes, anxiolytiques, désinhibitrices, afin d'atténuer ou de soulager leurs symptômes dysphoriques comme la dépression, l'anxiété, leurs émotions négatives (Valentin et al. 2017).

Dans le cadre d'un trouble de stress post traumatique, l'alcool ou d'autres substances interviendraient pour atténuer les symptômes d'intrusion ou d'hyperactivation neurovégétative. L'alcool aurait une action plus rapide que d'autres substances sur les états émotionnels négatifs. Les alcoolisations paroxystiques massives seraient plus fréquemment retrouvées chez les patients souffrant de TSPT. Paradoxalement, l'alcool majore l'anxiété à long terme (Valentin et al. 2017).

Cette hypothèse suggère donc que l'addiction succéderait à l'évolution TSPT, viendrait tenter d'atténuer les symptômes du TSPT afin d'éviter les expériences internes négatives importantes par des processus de renforcement négatifs puissants (Lavoie et al. 2008).

Dans une étude réalisée sur 35 vétérans d'un conflit militaire en Irak ou en Afghanistan auprès desquels les auteurs ont fait passer des questionnaires au cours d'un entretien structuré, la majorité des patients décrivent un lien entre leurs symptômes de TSPT et leur usage de substances psycho-actives. Les symptômes décrits par ces patients étaient des cauchemars, des flashes. L'exacerbation de leurs symptômes étaient significativement liée avec à leur consommation de substance psycho-actives (Sudie E. Back et al. 2019).

1.4 Implications

1.4.1 Particularité clinique et pronostic de la comorbidité (Lavoie et al. 2008)

L'évolution de la pathologie duelle serait bien plus complexe que l'évolution des deux troubles séparément.

Des résultats de recherche alertent sur le risque de maintenir les symptômes d'un trouble de l'usage de substance qui serait plus élevé chez les patients qui présentent une symptomatologie de TSPT évolutive au terme d'une prise en charge axée spécifiquement sur le TUS. La réduction des symptômes de TSPT serait associée à une réduction des symptômes de TUS (Lavoie et al. 2008).

La présence des deux troubles comorbides aurait une conséquence sur le pronostic des deux pathologies, il compliquerait le processus thérapeutique et serait associé à un taux d'abandon de la prise en charge thérapeutique plus élevé. Elle serait associée à un taux de rechute plus élevé (Lavoie et al. 2008).

Il existerait également une altération du fonctionnement social plus importante pour la pathologie duelle, un taux de suicide plus important dans cette population, des antécédents judiciaires plus importants, un risque plus augmenté de violences.

L'association serait liée à une plus faible observance des soins proposés et à une plus faible amélioration clinique après traitement.

En conséquence, le coût pour la société serait plus élevé pour l'association des deux troubles en comparaison au traitement de chacun des troubles individuellement.

1.4.2 Sévérité TPST et TUS

Les rares études tentant de démontrer un lien entre l'intensité plus élevée des symptômes de TSPT et le TUS des patients versus TSPT sans TUS, n'ont pas démontré de différence significative entre les deux groupes.

Certains auteurs, remarquent les niveaux plus élevés de comorbidités psychiatriques (dépression et anxiété) dans le groupe TPST et TUS, comme d'autres études cités plus haut. De plus, Ils ont remarqué qu'après six mois de traitement, il n'y avait plus de différence entre les deux groupes en termes de niveau d'anxiété et de dépression. Cependant les patients que les auteurs considéraient avec des niveaux d'intensité plus élevés de symptômes de TSPT présentaient des niveaux d'anxiété et de dépression plus élevés que les autres après six mois de traitements (Wieferink et al. 2017).

1.5 Caractéristiques psychologiques

1.5.1 Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle désigne les capacités d'un individu à influencer sur ses émotions, ses capacités à ressentir ou à exprimer les émotions ressenties (Christophe et al. 2009).

Selon certains auteurs, les difficultés de régulation émotionnelle seraient des « séquelles complexes du traumatisme interpersonnel chronique précoce ». Ces difficultés seraient également moins fréquentes dans les cas d'exposition à un traumatisme unique ou plus tardif dans la vie du sujet.

Les mêmes auteurs avancent une autre hypothèse psychopathologique selon laquelle les difficultés de régulation émotionnelle seraient initiales au TSPT (Ehring et Quack 2010).

Ehring et al ont montré un lien significatif entre la sévérité des symptômes du TSPT et les difficultés de régulation des émotions. De plus, les patients qui auraient subi plusieurs événements traumatiques précoces avaient des scores plus élevés au niveau des différentes variables mesurant la régulation émotionnelle (Ehring et Quack 2010).

Comme nous l'avons énoncé plus haut, les antécédents de traumatismes dans l'enfance seraient fortement associés au TSPT, qui serait à son tour associé à la consommation de substances psychoactives (Cusack, Herring, et Steadman 2013).

Certains auteurs ont réussi à décrire le lien entre la régulation émotionnelle et l'usage de substances.

Certains auteurs comme Zdankiewicz-Scigala et Scigala en 2018, font l'hypothèse d'une relation entre la théorie de l'attachement et le fonctionnement personnel par la reconnaissance, l'expression des émotions ressenties. Les expériences précoces de l'individu feraient parti du fondement sur lequel les capacités d'adaptations ultérieures se développeraient. Les expériences émotionnelles inadaptées auxquelles serait exposé l'individu, pourraient amener un mauvais, voir insuffisant développement de ses capacités. Il en résulterait un attachement individuel insécure aux figures naturelles d'attachement et des capacités de régulation émotionnelles altérées posant ainsi des bases fragiles pour l'adaptation à d'expériences futures.

D'après une étude réalisée sur 201 personnes comparant deux groupes patients présentant une TUA et des patients témoins, les auteurs ont mis en évidence l'impact significatif de l'expérience traumatique dans l'enfance, l'alexithymie et les expériences dissociatives sur le trouble de l'usage de l'alcool de la population étudiée. Les auteurs suggèrent, que ces paramètres influeraient sur « l'autoréflexion » et « la maîtrise de soi » et qu'ils contribueraient à une régulation émotionnelle par l'alcool (Zdankiewicz-Ścigala et Ścigala 2018).

Les patients présentant des troubles de l'usage de substances montreraient plus de difficultés dans la reconnaissance des émotions, l'identification de ceux-ci et de ceux d'autrui, et des difficultés d'anticipation des états émotionnels. Il existerait un « déficit de vécu émotionnel » (Gandolphe et Nandrino 2012).

Une étude réalisée chez de jeunes usagers de substances psycho-actives, a permis de mettre en évidence, l'existence d'une vulnérabilité émotionnelle plus importante chez les sujets consommateurs et le recours plus fréquent à l'alexithymie (« comme mode de traitement émotionnel » privilégié). Pour les auteurs il s'agirait d'un mécanisme d'adaptation à une sensibilité plus importante à l'intensité des émotions ressenties. Les conduites d'utilisation de substances viendraient remplacer l'élaboration d'un ressenti émotionnel (Bonnet et al. 2011).

1.5.2 Stratégies de coping

Le concept de coping élaboré par Lazarus et Launier en 1978 est défini par des processus qu'un individu utilise ou « interpose » pour faire face à un événement perçu comme menaçant, pour tenter de maîtriser, tolérer ou diminuer son impact sur lui. Ce concept est utilisé sous le terme de stratégie d'ajustement dans la littérature française. Il peut s'agir de stratégies d'évitement (visant à se détourner de la source d'anxiété), ou l'inverse, le coping de vigilance (l'attention du sujet est dirigée vers la source de l'anxiété pour tenter de le prévenir ou de le contrôler). Il peut s'agir d'une distraction, l'exagération des aspects positifs d'une situation, l'humour, la sous-estimation des aspects négatifs de la situation. Il peut s'agir d'une confrontation au problème dans le but de le résoudre, l'élaboration d'un plan d'action permettant la modification de l'état émotionnel. Le coping ou stratégies d'ajustement permettrait la modification de l'état émotionnel par le bénéfice obtenu à l'aide des stratégies mises en œuvre. Les auteurs ajoutent à la liste, l'auto-accusation comme mécanisme de coping, la recherche de soutien social. Les auteurs considèrent « le stress » comme « un processus dynamique médiatisé par deux autres processus : l'évaluation cognitive de l'événement et les stratégies de coping, eux même en interaction » (Paulhan 1992).

Une revue de la littérature étudiant principalement une population adolescente, menée par Dorard et al, a permis de souligner l'importance des dimensions psychologiques comme l'estime de soi, le soutien social perçu et les stratégies de coping dans le bon fonctionnement individuel. Ils avancent que l'altération de ses différents facteurs aurait un impact sur la régulation émotionnelle, la gestion des relations interpersonnelles et l'usage de substances psychoactives (Dorard, Bungener, et Berthoz 2013).

Une étude réalisée chez 51 patients traités pour un trouble de l'usage de substance, les patients présentant un TSPT et un TUS comorbides avaient des capacités d'ajustement au stress significativement et préférentiellement défaillants. Les patients avaient plus souvent recours aux conduites d'évitement (blâme, déni, utilisation de substance) et des niveaux de restructuration cognitive significativement inférieurs (Lalonde 2011).

Le faible recours à des stratégies d'adaptation centrées sur le problème serait en cause dans le processus de rechute. La recherche de soutien social comme stratégie de coping serait un facteur de maintien de l'abstinence (Décamps, Scroccaro, et Battaglia 2009).

Dans une étude réalisée sur plusieurs sites, chez des patients « anciens combattants », consultant pour le traitement d'un TUS, les patients présentant un TSPT comorbide d'un TUS avaient recours à des stratégies de coping inadaptées comme les conduites d'évitement significativement plus fréquemment, et avaient moins recours aux stratégies adaptées. Pour les

auteurs, ce mécanisme d'adaptation inopérant serait au centre de la relation entre de TSPT et le TUS. Cette relation expliquerait la plus faible évolution des symptômes de TUS après traitements de deux ans (Ouimette, Finney, et Moos 1999).

1.5.3 Impulsivité

L'impulsivité serait définie par «une prédisposition à réagir rapidement et sans planification à des stimuli internes ou externes, sans égard aux conséquences possibles pour l'individu impulsif ou les autres ». (Moeller et al, 2001 cité et traduit par (Henry, Joyal, et Jacob, 2015))

Deux types d'impulsivité seraient à distinguer, une impulsivité fonctionnelle (qui permet de réagir de façon rapide et adaptée en cas d'urgences, confondue avec la promptitude) et une impulsivité dysfonctionnelle. (Dickman 1990)

Nous prenons en compte dans ce travail, l'impulsivité dysfonctionnelle, connotée négativement et qui apportent des conséquences négatives pour le sujet. (Henry, Joyal, et Jacob, 2015)

Les composantes de l'impulsivité sont résumées ainsi (Henry, Joyal, et Jacob, 2015):

- Impulsivité motrice (précipitation)
- Les trop faibles capacités à empêcher la commission d'un geste.
- L'impulsivité attentionnelle, le manque de persévérance, ou déficit d'attention (sensibilité à l'interférence interne ou externe)
- Recherche d'une gratification immédiate (évitement des délais)
- Recherche de sensations, insensibilité aux conséquences, prise de risque.

L'impulsivité est un facteur important à prendre en compte chez les patients usagers de substances psycho-actives, il serait un facteur contribuant à la consommation de substance

Elle est mise en évidence comme facteur augmentant le risque de nouvelle consommation chez les patients qui tentent de s'abstenir.

De plus elle serait une conséquence de l'usage de ces produits. L'usage de substance psycho-active augmenterait les comportements impulsifs, ceux-ci amenant de nouvelles consommations. Elle faciliterait l'usage ultérieur de produit (Wit 2009).

D'après une étude menée par Romer Homsen et al en 2018, certaines composantes comme l'urgence (la recherche de gratification immédiate), la recherche de sensation et le manque de persévérance avaient un lien significatif avec différents troubles de l'usage de substances (la recherche de sensation et le manque de persévérance avec une consommation problématique d'alcool, l'urgence et la consommation de cannabis, et le manque de persévérance dans l'usage d'autres substances psycho-actives). Ils soulignent que l'urgence et le manque de persévérance seraient des facteurs prédictifs de trouble de l'usage de substances.

D'après une étude réalisée chez 205 patients traités et suivis pour un trouble de l'usage de substance, 58 patients d'entre eux présentaient un trouble de stress post traumatique et avaient des taux significativement plus élevés de comportements impulsifs en cas d'affects négatifs, « d'urgence négative ». Ces patients présentaient également, des niveaux de difficultés de régulation des émotions plus élevés, des difficultés à maintenir des comportements orientés vers un but et des difficultés à maîtriser un comportement impulsif en cas d'émotions négatives. Les auteurs ont mis en évidence, la dysrégulation émotionnelle comme un facteur de prédiction du TSPT (Weiss et al. 2013).

1.5.4 Personnalité

Mc Douglas en 1929 décrivait cinq domaines pour décrire une personnalité. Il différenciait l'intelligence et la connaissance, les tendances conatives et affectives « disposition », « temper » comme mode d'action des tendances conatives, « le tempérament » qui correspond à l'action du corps sur les réactions psychologiques et physiques du système nerveux et « character » pour définir l'organisation des tendances affectives et sentiments complexes. Par la suite, de nombreuses définitions découlant de cette première catégorisation sont décrites. Un consensus prend forme plusieurs années plus tard au profit de l'expression introduite par Goldberg « Big Five », décrivant ainsi cinq grands facteurs de personnalité appelés dimensions. Ces cinq dimensions ou système regroupent des caractéristiques de personnalité, nommés « traits ». Ces traits représentent des « tendances », « des comportements habituels d'un individu, comportement adaptatif stable dans un environnement. Ces dimensions regroupent également des états transitoires émotionnels ou liés à l'humeur. Enfin, ils regroupent les jugements et les conduites d'un individu ainsi que leur réputation. A cela s'ajoutent, les capacités et talents individuels.

Depuis les années 1980, Goldberg, Costa et Mc Crea entre autres, définissent successivement les cinq types de dimensions de personnalité et créent le concept OCEAN, correspondant à l'anagramme suivant :

- **O**uverture, originalité, ouverture d'esprit (créatif, plein d'idées originales ou peu intéressé par tout ce qui est art).
 - **C**onscience, contrôle, contrainte (travailleur consciencieux à paresseux)
 - **E**xtraversion, énergie, enthousiasme (bavard ou réservé)
 - **A**gréabilité, Altruisme, Affection (prévenance, gentillesse ou dédaigneux ou méprisant)
 - **N**évrosisme, Nervosité (facilement anxieux ou détendu, gère bien le stress)
- (Plaisant, Guertault, et al. 2010)

Des dimensions de personnalité plus importantes de névrosisme, et une plus faible agréabilité et conscience sont retrouvées chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (Coëffec 2011).

D'après Walton et al en 2004, les patients définis comme de gros consommateurs de substances auraient des scores inférieurs dans les dimensions Conscience, Contrôle des impulsions par rapport aux consommateurs définis comme « modérés » ou les patients « abstinentes » (Walton et Roberts 2004).

D'après une étude menée chez une centaine de patients consultant pour un trouble de l'usage de substance (avec l'aide du questionnaire NEO-FFI-1990), les patients présentant un TUS avaient un score significativement plus élevé sur les dimensions névrosisme et extraversion. Dans la dimension extraversion, les auteurs indiquent que ces patients sont « assertifs », « enthousiastes » et « agressifs » à l'égard des patients sans TUS. Cette dimension serait associée à l'activité, la sociabilité, l'impulsivité et la prise de risque (Habibi et al. 2013).

1.6 Implications thérapeutiques

1.6.1 Modèles psychothérapeutiques cognitivo-comportementaux intégrés

Jusqu'à il y a quelques années, le travail psychothérapeutique chez les patients consultant pour un TUS et présentant une comorbidité psychiatrique s'effectuait en deux temps. Le traitement était dit « séquentiel ». Dans le cas du TSPT et du TUS, le TUS était traité dans un premier temps et le TSPT par la suite, et le plus souvent, par une autre équipe d'intervenants. Les différentes équipes pratiquant ce type de traitement psychothérapeutique avançaient comme hypothèse que l'usage de substance se substituait aux stratégies mises en place et jugées efficaces pour le traitement du TSPT (l'exposition graduelle et prolongée aux stimuli

associées à l'événement traumatique). Ils ajoutent l'argument selon lequel il existerait plus de rechute dans l'usage de produit lors du traitement du TSPT et l'expliqueraient par la charge émotionnelle inhérente à la prise en charge du TSPT (Lavoie et al. 2008).

Un autre modèle s'est développé visant à intégrer des stratégies thérapeutiques concomitantes pour le traitement des deux troubles en même temps. Ce modèle est dit « intégré ». Il s'agit du même groupe d'intervenants, de la même équipe. Dans ce modèle, le traitement psychothérapeutique tient compte des relations fonctionnelles ou dysfonctionnelles entre les deux troubles. Il tient compte des mécanismes de renforcement réciproques qui maintiennent les deux troubles comorbides, mécanismes qui augmenteraient ainsi le risque de rechute. Ce type de psychothérapie aurait permis de réduire le recours aux substances chez les patients présentant cette comorbidité et traiter en même temps pour les deux troubles (Sudie E. Back et al. 2019; 2014).

Parmi les modèles de traitement intégré, différents programmes sont possibles. Certains auteurs comme Najavits et al en 2004 (cités par Lavoie et al, 2008), proposent de mettre l'accent sur les comportements « sécuritaires » et intègrent dans un second temps ou pas du tout, le travail d'exposition centré sur le souvenir du traumatisme. (Seeking safety). D'autres auteurs comme Trffleman et al en 1999(cités par Lavoie et al, 2008) proposent de travailler les capacités d'adaptation pour éviter les consommations de substances et d'intégrer la prévention de la rechute, puis de travailler l'exposition en imagination puis in vivo, au traumatisme. A cela les auteurs ajoutent un travail de psychoéducation sur les relations entre le TSPT et le TUS(Substance dependant posttraumatic stress disorder therapy) (Lavoie et al. 2008).

Contrairement au modèle séquentiel, le travail d'exposition débute après une courte durée d'abstinence de deux semaines et est effectué par la même équipe médicale.

Ce modèle de traitement intégré s'appuie sur l'hypothèse de l'automédication, exposée plus haut (McCauley et al. 2012).

Une étude randomisée en deux groupes menée chez 81 vétérans de guerre présentant une comorbidité TUS et TSPT et traités en 12 semaines par un type de psychothérapie axée sur l'exposition avec prévention de la réponse et un type de psychothérapie intégrée. L'étude a montré une réduction des consommations de boissons alcoolisées à 6 mois du début du traitement avec la psychothérapie de type intégrée (Sudie E. Back et al. 2019).

D'après Japuntich et al, pour être efficace le traitement des deux troubles doit être effectué en même temps pour permettre d'obtenir de bons résultats. Ils ajoutent la possible nécessité d'une

adaptation du thérapeute et de la psychothérapie à l'évolution du patient et d'adapter un protocole de traitement individuel (Allen, Crawford, et Kudler 2016; Japuntich et al. 2019).

Une autre étude également menée chez des vétérans de guerre n'a pas permis de valider l'hypothèse selon laquelle la réactivation émotionnelle et le niveau d'anxiété inhérent à l'exposition en imagination viendrait prédire une consommation de substance accrue et viendrait précipiter un éventuel abandon du traitement. Les résultats ont révélés que le niveau d'anxiété provoqué par l'exposition n'était pas associé à une consommation de substance ou à l'aggravation des symptômes de TSPT la séance suivante (Jarnecke et al. 2019).

Cela viendrait contre dire les arguments sur lesquels s'appuie la défense d'une psychothérapie séquentielle.

Une méta analyse réalisée en 2015 axée sur le traitement psychothérapeutique du TSPT comorbide des TUS insiste sur l'intérêt de ces types de prise en charge combinant le TSPT et TUS par rapport aux interventions axées seulement sur le TSPT chez les patients présentant cette comorbidité (Roberts et al. 2015).

1.6.2 EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) :

Il s'agit d'une thérapie qui utilise la stimulation sensorielle par mouvements oculaires et stimuli auditifs ou tactiles pour le traitement du trouble de stress post traumatique. Elle permet de modifier le vécu traumatique d'un patient et réduire les symptômes de stress post traumatique. L'EMDR fait parti des thérapies recommandées par l'HAS depuis 2007, dans cette indication.

Certains auteurs comme Hase et al en 2008 (Hase, Schallmayer, et Sack 2008) aurait obtenu des résultats avec l'EMDR sur le craving des patients présentant cette comorbidité. Les auteurs évoquent la mémoire de dépendance et en font une cible thérapeutique. Il s'agit de souvenir de récurrence, de manque ou d'aspects positifs liés à la dépendance au produit.

Il s'agirait de prendre en charge initialement les souvenirs de récurrence ou les situations motivant le craving. Puis, il s'agirait de travailler les « déclencheurs actuels et les conséquences comportementales » et enfin, les situations de rechute, la projection dans l'avenir. Plusieurs protocoles existent : Feeling State Addiction Protocol (Miller 2012) et CravEx (Hase, 2009 cité par (Tarquinio et al. 2019)).

1.6.3 Pharmacothérapie

Deux études citées par (Gilpin et Weiner 2017) : Brady et al, 1995 et 2005, ont mis en évidence une amélioration significative des symptômes du TSPT et du Trouble de l'usage de l'alcool comorbide avec l'antidépresseur Sertraline (Brady, Sonne, et Roberts 1995; Brady et al. 2005).

Une étude réalisée en double aveugle également citée par Gilpin et al, 2017 a permis de mettre en évidence l'intérêt significatif de la Paroxétine sur les symptômes de TSPT et TUA comorbide. Dans cette même étude l'intérêt de la naltrexone dans cette double indication n'a pas été démontré (Petrakis et al. 2012).

Une autre étude aurait permis de mettre en évidence une réduction significative des consommations d'alcool, une augmentation du nombre de jours d'abstinence et une baisse du nombre d'hospitalisations, chez des patients présentant un TSPT et TUA comorbide avec la Quétiapine (Neuroleptique atypique). L'efficacité du médicament sur les symptômes de TSPT n'aurait pas été étudiée (Monnelly et al. 2004).

Le Topiramate (traitement anticonvulsivant) aurait montré une efficacité dans le traitement des deux troubles comorbides, diminution des consommations d'alcool et une action sur les symptômes de TSPT (Braga et al. 2009).

La prazosine se serait montrée efficace dans le traitement du TSPT et du TUA. (Gilpin et Weiner 2017) mais son efficacité dans le traitement de la comorbidité ne serait pas démontrée (Petrakis et al. 2016).

Une autre étude randomisée en double aveugle a montré une meilleure efficacité de l'association de TCC et du médicament naltrexone dans le traitement de PTSD et TUA comorbide versus TCC seule ou Naltrexone seul (Foa et al. 2013).

A travers cette revue de littérature, nous décrivons le lien étroit qu'il existe entre le TUA et les symptômes de TSPT. Les arguments que sont la prévalence, l'évolution de la dualité, le pronostic, les relations étroites entre les symptômes, la théorie de l'automédication, les liens avec certaines caractéristiques psychologiques et enfin, le bénéfice du traitement concomitant, nous amène à penser qu'il existe des bénéfices au dépistage du TSPT dans la population de patients addicts et au dépistage d'une addiction dans la population de patients présentant un TSPT.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à l'organisation des soins en addictologie, et particulièrement en CSAPA.

1.7 Organisation des soins en Addictologie : Particularité des CSAPA.

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), sont des centres de consultations ambulatoires médico-sociaux et s'adressent à des usagers en difficulté avec leur consommation de substance ou présentant des comportements problématiques comme le jeu d'argent pathologique ou toute autre addiction comportementale.

Ces centres regroupent différents centres préexistants, les CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) et CSST (Centre spécialisé en soins aux toxicomanes)

Ces CSAPA assurent la proximité des soins pour des personnes en difficulté à travers des consultations avancées dites « bas seuil ». Ils bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire (professionnels de santé mais également de travailleurs sociaux) pour permettre une prise en charge globale, médicale, sociale, éducative et psychologique.

Les consultations sont ouvertes aux jeunes consommateurs, mineurs à travers les consultations de Jeune Consommateurs (CJC).

Il n'existe pas de limite de suivi, le patient y bénéficie d'un suivi adapté sans durée limitée, de la même façon qu'il existe un accompagnement pour l'entourage du consommateur.

Certains CSAPA fonctionnent avec un hébergement dans le cas des centres thérapeutiques résidentiels, des structures d'hébergement d'urgence, des communautés thérapeutiques.

Les CSAPA interagissent avec les différentes structures sanitaires, sociales, de réduction des risques... Il existe une large possibilité d'y développer des programmes destinés à des populations spécifiques (précarité sociale, personnes incarcérées ou sortantes de prison, des femmes, des consommateurs de produits spécifiques...)(Reynaud et Schwan 2017)

Cette large population pouvant y bénéficier d'une prise en charge en addictologie, cette pluridisciplinarité, cette possibilité d'y développer des programmes de soins et d'accompagnement, font du CSAPA un centre de soins en addictologie centrale pour initier un travail de recherche. Cela en fait un centre adéquat pour le repérage de certaines comorbidités psychiatriques comme de TSPT afin d'y développer une prise en charge spécifique.

2. OBJECTIF DE TRAVAIL

A travers ce travail de recherche, nous tentons de déterminer la prévalence du TSPT dans la population présentant un trouble de l'usage de substance ou une addiction comportementale consultant en CSAPA. Nous tentons dans un second temps de repérer les comorbidités addictologiques et psychiatriques associées, de définir des caractéristiques psychologiques propres aux patients présentant cette dualité, afin de tenter de mieux définir leur profil psychologique. Nous tenterons d'étudier la régulation émotionnelle, l'impulsivité, les capacités d'ajustement au stress et les dimensions de personnalité préférentielles de ces patients. Enfin, nous tenterons de définir les facteurs prédictifs de la sévérité du trouble de stress post traumatique parmi les troubles de l'usage de substances.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Population

Cette étude transversale observationnelle et multicentrique a été réalisée dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Tours (La Rotonde et Port Bretagne), de Loches et le CSAPA-45 (APLEAT) entre le premier Novembre 2018 et le premier juin 2019. Ce travail de recherche fait suite à une première phase de recrutement qui a eu lieu dans les CSAPA d'Indre et Loire de décembre 2016 à mai 2017 et s'intègre dans une recherche réalisée dans le but de mieux définir le profil des patients suivis en CSAPA.

Les critères d'inclusion étaient :

- Age supérieur à 18 ans, -
- Une bonne maîtrise de la langue française (indispensable à bonne compréhension des auto-questionnaires),
- Patient consultant dans les CSAPA d'Indre et Loire et d'Orléans
- Patients répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'usage avec ou sans substance.

Les critères d'exclusion étaient :

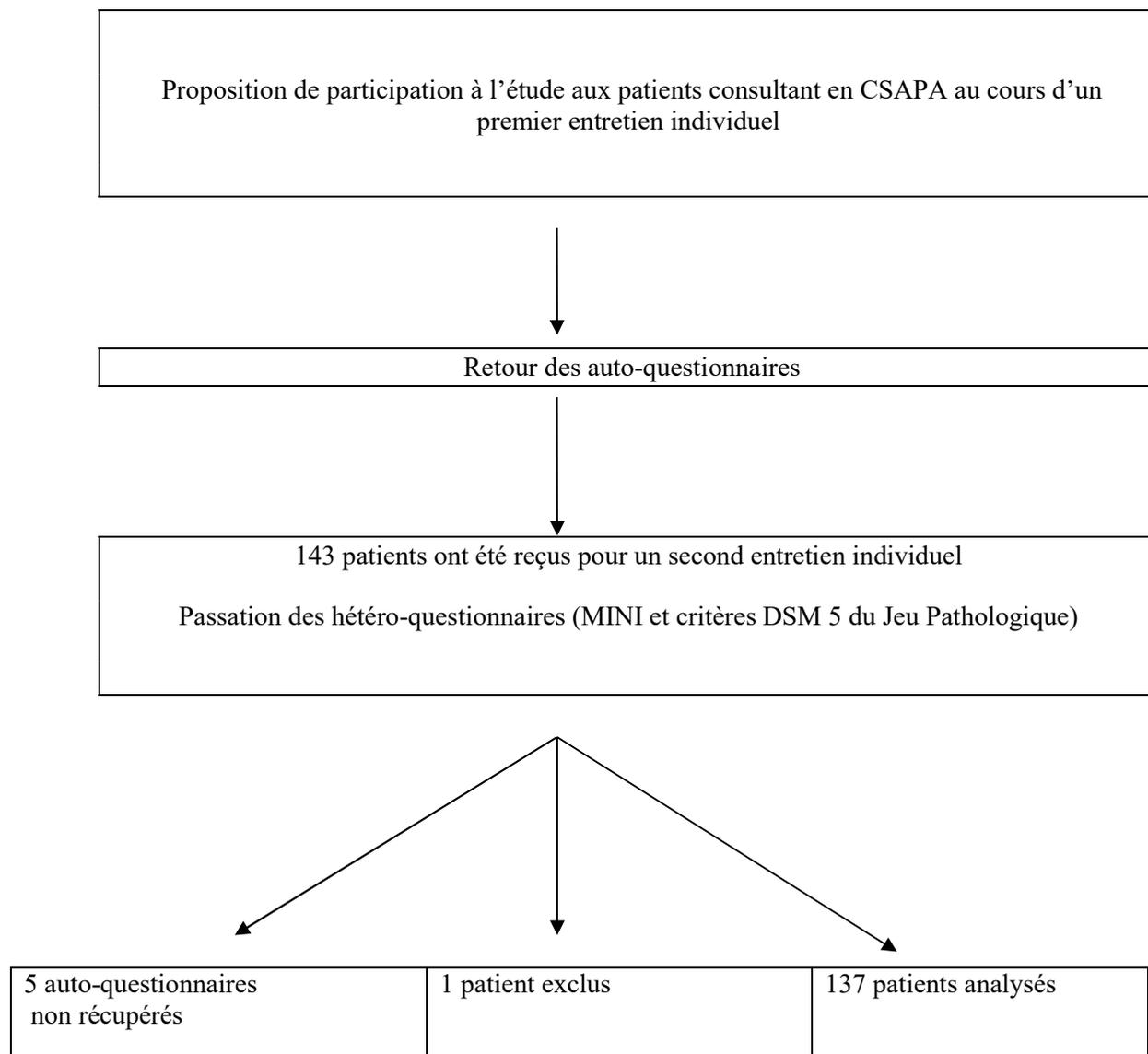
- Age inférieur à 18 ans
- Patient présentant un trouble cognitif.
- Absence de trouble de l'usage avec ou sans substance, usage simple tel que le définissent les critères du DSM 5.
- Patient consultant à la consultation Jeune consommateur (CJC)

3.2 Procédure

Au cours de cette période, les patients consultant en CSAPA et présentant les critères d'inclusion pour l'étude se sont vus proposé la participation à l'étude au cours d'un entretien individuel. Dans un premier temps, il leur était remis une brève note informative de la procédure de l'étude et un consentement éclairé qu'ils devaient signer avant de répondre aux différents auto-questionnaires. (consultables en annexe 4)

Un rendez-vous était planifié quelques jours après pour récupérer les auto-questionnaires et la passation d'hétéro-questionnaires (MINI et Critères DSM 5 JP)

La procédure est résumée par le diagramme suivant :



Détails du nombre des patients inclus par CSAPA :

CSAPA	Port Bretagne	La Rotonde	Loches	Orléans
Nombre de patients inclus	61	7	30	39

3.3 Mesures

Les questionnaires nous ont permis de rechercher et d'évaluer certaines caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques relatives au trouble de l'usage avec ou sans substance, les troubles psychiatriques et les caractéristiques psychologiques des patients venant consulter en CSAPA entre novembre 2018 et juin 2019.

Les questionnaires proposés aux patients sont visibles en Annexe.

<u>Variables mesurées</u>	<u>Questionnaires utilisés</u>
Caractéristiques individuelles Sexe Age Profession Catégorie socio-professionnelle Niveau d'étude Situation matrimoniale	Auto-questionnaire Auto-questionnaire Auto-questionnaire Auto-questionnaire Auto-questionnaire
Motif initial de consultation	Auto-questionnaire
Trouble de stress post traumatique	PCL autoquestionnaire / Mini International Neuropsychiatric Interview LEC (Life Event Checklist version française)
Recherche de comorbidités psychiatriques - Episode dépressif caractérisé - Dysthymie - Trouble bipolaire - Risque suicidaire - Trouble obsessionnel compulsif - Trouble panique - Agoraphobie - Trouble anxieux généralisé - Phobie sociale - Trouble du comportement alimentaire - Trouble délirant - Personnalité antisociale - TDA/H	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ASRS –V1.1 (Adult ADHD Report Scale) et WURS (Wender Utah Rating Scale) pour le TDA/H BES (Binge eating scale) pour l'hyperphagie boulimique.

<p>Trouble de l'usage avec ou sans substance</p> <p>Evaluation du craving et dépistage des différentes addictions avec ou sans substance</p> <p>Identification des pratiques de jeu d'argent et de hasard</p>	<p>Critères de Goodman</p> <p>Indice Canadien du Jeu du jeu Excessif et South Oaks Gambling Scale</p> <p>Critères diagnostiques DSM-5</p> <p>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</p> <p>Audit</p> <p>CAST</p> <p>Fagerström</p>
<p>Caractéristiques psychologiques</p> <p>Impulsivité</p> <p>Régulation émotionnelle</p> <p>Type de personnalité</p> <p>Capacités d'ajustement</p>	<p>UPPS-P</p> <p>DERS à 16 items (Difficulties in Emotion Regulation Scale)</p> <p>BFI (Big Five Inventory)</p> <p>Brief COPE à 28 items</p>
<p>Conséquence judiciaire à la conduite de jeu d'hasard et d'argent</p>	<p>Autoquestionnaire</p>

3.4 Questionnaires utilisés

- **Evaluation du trouble de l'usage de substance :**
- Evaluation du trouble de l'usage de l'alcool par l'*Alcohol use disorders identification test (AUDIT)*

L'AUDIT est un questionnaire qui permet l'identification des troubles de l'usage de l'alcool. Il aurait été élaboré sous l'égide de l'OMS avec des centres de médecine de premier recours en Australie, en Bulgarie, au Kenya, en Norvège, aux USA et au Mexique pour être utilisé dans le dépistage du trouble de l'usage de l'alcool.

Il est composé de 10 questions qui explorent les différentes modalités d'utilisations de l'alcool et ses conséquences.

Les 8 premières questions portent sur les douze derniers mois, alors que les deux dernières n'ont pas de temporalité.

Les questions ont pour but de quantifier la consommation, de rechercher la perte de contrôle de la consommation, les conséquences sur la vie du sujet ou sur sa santé, les signes de dépendance physique.

Chaque réponse aux questions est cotée de 0 à 4 points, donnant un score maximal possible de 40 points (Saunders et al. 1993).

Un score supérieur à 8 chez l'homme et 7 chez la femme permettrait d'identifier un « usage problématique », et un score supérieur à 12 chez l'homme et 11 chez la femme une « dépendance à l'alcool » (Denis, Alexandre, et Serre, s. d.).

L'AUDIT serait un instrument sensible et spécifique pour le repérage des patients ayant une consommation problématique, un trouble de l'usage de l'alcool, dans différents types de population adulte. Ce test présente une bonne consistance interne, le coefficient de Cronbach est de 0,88 (Accietto 2003).

- Questionnaire évaluant la probabilité de dépendance à la nicotine par le test de Fagerström :

Le FTNQ (Fagerström Test for Nicotine Dependence) proposé par Heatherton et al en 1991 est très utilisé aujourd'hui pour évaluer la dépendance à la nicotine. Il serait couramment appelé test de Fagerström en six questions (Heatherton et al. 1991).

Cet auto-questionnaire serait le plus connu et le plus utilisé pour l'évaluation de la consommation de tabac, et tenter de quantifier la dépendance à la nicotine. Il évalue la probabilité de dépendance à la nicotine et n'est donc pas un outil de diagnostic.

Ce questionnaire est composé de 6 questions cotées de 0 à 3 (pour certaines) ou de 0 à 1. Le score total varie de 0 à 10 son maximum. La probabilité de dépendance est évalué très faible pour un score entre 0 à 2, faible pour un score entre 3 et 4, moyenne pour un score entre 5 et 6 et forte pour un score entre 7 et 10 (Denis C. et al, 2016).

Deux interprétations du test seraient possibles, nous avons choisi de retenir le seuil de 7 comme le préconise la Conférence de consensus de l'Anae. (Underner M. et al, 2012).

La version française aurait été validée par Etter et al en 1999. Les propriétés psychométriques de ce test seraient supérieures au Fagerstrom tolérance questionnaire (en 8 questions) mais selon Underner M. et al, sa cohérence interne serait faible (le Coefficient alpha de Cronbach se situerait entre 0,60 et 0,70) (Underner et al. 2012).

- Evaluation du trouble de l'usage du cannabis : Le Cannabis abuse screening test (CAST)

Le CAST aurait été développé par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) et serait utilisé comme outil de repérage du mésusage du cannabis depuis 2002 (introduit pour la première fois en 2002 dans l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense).

Sa version actuelle date de 2006. Il ferait parti des tests les plus utilisés en population générale et des tests utilisés par la plupart des pays européens dans le cadre de l'enquête européenne ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) (Spilka et Janssen, 2013)

Ce questionnaire est composé de 6 questions qui concernent une consommation sur les douze derniers mois. Les questions portent sur l'usage le matin, seul (hors contexte festif), les

conséquences de l'usage comme le trouble de la mémoire, l'encouragement ou pas vers l'arrêt ou la réduction de la consommation, les tentatives d'arrêt infructueuse ou non, les conséquences sociales ou judiciaires. Il y a deux possibilités de réponse aux questions, l'une cotant pour 1 point et l'autre pour 0. Un score supérieur à 3 traduirait une forte probabilité de trouble de l'usage de cannabis.(Denis, Alexandre, et Serre, 2016)

Les propriétés psychométriques de dépistage de l'abus du cannabis ont été étudiés à l'aide des critères diagnostics du DSM-IV de la dépendance au cannabis et des troubles de l'usage du cannabis.

Le test présenterait de bonnes propriétés de repérage quelle que soit la population, la nationalité et les références diagnostiques retenues chez les patients jeunes (Spilka et Janssen, 2013).

Le coefficient de Cronbach est égal à 0,8 (Legleye et al. 2007).

- **Evaluation du jeu d'argent pathologique :**
- **Critères de jeu d'argent pathologique du DSM-5 :**

Il s'agit du Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'association américaine de psychiatrie, qui fut publié en mai 2013. C'est un texte référence pour la pratique de la psychiatrie clinique puisqu'il y référence les troubles psychiatriques et addictions. Il y sont établis également des seuils diagnostiques.

Dans cet ouvrage, le terme de trouble de l'usage à propos d'une substance y est introduit pour la première fois (DSM-5), venant ainsi remplacer les termes de dépendance et d'abus. L'intensité y est évaluée et classée selon les termes « légère », « modérée » ou « sévère ». De la même façon le « craving » y apparait pour la première fois.

En ce qui concerne le jeu d'argent pathologique : Le seuil diagnostique serait la réponse positive au minimum à 4 critères sur l'ensemble des critères qui sont :

- Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissants pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
- Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique de jeu.
- Préoccupation par le jeu (remémoration des expériences passées, ou par la prévision des tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent)
- Joue souvent lors des sentiments de souffrance/mal-être.

- Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (se refaire)
- Ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- Met en danger, ou a perdu une relation affective importante un emploi, ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu.
- Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

La pratique du jeu n'est pas expliquée par un épisode maniaque.

L'intensité du jeu d'argent pathologique est défini de la façon suivante :

- 4 ou 5 critères : Léger
- 6 ou 7 critères : Modéré
- 8 ou 9 critères : Sévère
- SOGS ou *South Oaks gambling screen* .

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 20 items développé par Lesieur et Blume en 1987 et adaptée à l'utilisation française par Lejoyeux en 1999. Elle cible les pratiques de jeu de hasard et d'argent au moins aussi fréquentes qu'une fois par semaine au cours des 12 derniers mois (Lesieur et Blume 1987).

Celui-ci serait considéré comme un test d'évaluation rapide fiable pour la détection d'une pratique de jeu d'hasard et d'argent et de qualifier la pratique de jeu. Cet auto-questionnaire est un outil de repérage d'un pratique de jeu de hasard ou d'argent qu'elle soit dite « classique » ou effectuée « en ligne ». Les différentes pratiques recherchées sont : jeux de cartes, jeux de dés, Paris sur les animaux, paris sportifs, Tables de casino, Jeux de grattage, Jeu de loterie, Bingo, Machine à sous.

Dans notre auto-questionnaire, la réponse aux questions s'effectuait par oui ou par non.

Un score global supérieur ou égal à cinq indique le caractère pathologique de jeu d'argent (Denis, Alexandre, et Serre, 2016).

Le coefficient alpha se situerait entre 0,69 et 0,86 dans la population générale. Cependant, ce test génère également un nombre de faux positifs non négligeable en population générale. (Stinchfield 2002).

- ICJE ou *Indice canadien du jeu excessif*

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 9 questions autour des pratiques de jeu de hasard et d'argent. Il a été développé et présenté en 2001 par le Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT) et aurait été validé auprès d'un échantillon tiré de la population générale contrairement aux autres instruments disponibles. Il serait également très utilisé dans les études de prévalence concernant le jeu pathologique ;

Chacune des questions a quatre réponses possibles allant de « Jamais » à « Presque toujours » cotant de 0 à 3.

Les résultats aux différentes questions sont additionnés.

- Un score de 0 : Les habitudes de jeu ne sont pas problématiques.
- Un score de 1 ou 2 : Habitudes de jeu à faible risque. Cela pourrait signifier qu'il existe peu de conséquences négatives de la pratique de jeu.
- Un score de 3 à 7 : Habitudes de jeu à risque modéré. Les habitudes de jeu du sujet pourraient avoir des conséquences négatives.
- Un score de 8 à 27 : Le jeu est problématique. Il existerait probablement une perte de contrôle de ses habitudes de jeu. Plus le score est élevé, plus le jeu est excessif et la pratique augmente en sévérité.

Le coefficient alpha serait 0,84. (Ferris et Wynne, 2001)

- **Evaluation du Trouble de Stress post traumatique :**

- Life Event Checklist version française (LEC-Fr) :

Cette liste a été élaborée au Centre National du Trouble de Stress Post Traumatique pour faciliter son diagnostic. Elle est présentée avec la Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. Elle recherche 17 événements traumatiques et laisse la possibilité au sujet de proposer une situation particulièrement stressante à laquelle il a pu assister ou vivre. Il existe également une possibilité au sujet d'ajouter un événement non présent dans la liste, dans l'item « autre ».

Les données psychométriques ont été évaluées dans la version anglaise du questionnaire et se sont révélées être correctes (Gray et al. 2004).

Concernant la fiabilité du test pour la mesure de l'exposition directe à des traumatismes, tous les items sauf un ont obtenu un coefficient kappa au dessus de 0,4. Sept de ces items avaient des coefficients kappa supérieurs à 0,6. La moyenne des kappas pour tous les items était de 0,61. La corrélation de test était $r=0,82$. Quelques items n'avaient pas une fiabilité adéquate, les auteurs expliquent cela, par la rareté de certains événements (Gray et al. 2004).

- PCL-5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 :

La PCL-5 comporte 20 items correspondant aux 20 critères de stress post traumatique du DSM-5. Chacun des 20 items est coté respectivement de 0 à 4 en fonction de la fréquence d'apparition des symptômes (« Pas du tout », « Un peu », « Parfois », « Souvent », « Très souvent »). Un score supérieur ou égal à 2 est considéré comme « cliniquement pertinent ».

Un diagnostic de Trouble de stress post traumatique peut être évoqué (sous réserve d'une confirmation lors d'un entretien clinique) s'il existe des scores de 2 ou plus pour au moins un symptôme de répétition, un symptôme d'évitement, deux symptômes en lien avec une éventuelle altération des capacités cognitives ou de l'humeur, et deux symptômes faisant évoquer une hypervigilance.

Dans sa version anglaise, la PCL présentait un coefficient alpha le 0,94 (Gray et al. 2004).

La version française validée par Ashbaugh A.R. et al en 2016 présente de bonnes données psychométriques. En effet, elle a présenté les mêmes qualités psychométriques que les versions anglaises ou la version de l'échelle précédente (l'échelle a été révisée depuis la parution du DSM5 pour correspondre aux critères diagnostic de celui-ci)

Elle aurait montré une excellente cohésion interne et une forte validité convergente et divergente (Ashbaugh et al. 2016).

- **Evaluation des comobidités psychiatriques :**
- **MINI *Mini International Neuropsychiatric Interview* :**

Le Mini a été développé par deux psychiatres Sheehan DV et Lecubrier Y pour permettre le dépistage d'un nombre important de troubles psychiatriques au cours d'un bref entretien diagnostique structuré, reproductible, valide et fiable.

Ce questionnaire contient 120 questions et permettrait de dépister 17 troubles selon les critères diagnostiques DSM-IV pour la dernière version, celle que nous avons utilisée pour la réalisation de l'étude.

Le questionnaire est organisé en sections diagnostiques et propose deux à quatre questions de sélections par trouble. Ces questions permettent d'exclure le diagnostic en cas de réponse négative. Des questions supplémentaires sont posées si les questions initiales ont une réponse positive afin de rechercher les autres critères diagnostiques. Certains auteurs prennent l'exemple d'un arbre décisionnel pour décrire ce questionnaire.

De plus, le questionnaire se concentre sur les épisodes actuels et n'explorent la vie entière que quand cela peut avoir un intérêt diagnostique comme l'épisode hypomaniaque dans le trouble bipolaire.

Les limites décrites par ses auteurs sont sa brièveté. La partie « psychose » ne détaille et ne recherche pas les grands types de troubles psychotiques et se limite à quelques symptômes pouvant orienter l'évaluateur (Lecrubier et al. 1997; Sheehan et al. 1998).

- **BES ou *Bing eating scale* :**

La Binge eating scale serait un outil fiable et validé pour le dépistage de l'hyperphagie boulimique créée par Gormally et al en 1982. Elle est également utilisée pour la mesure de la sévérité du trouble.

Elle est composée de 16 items comportant 4 réponses dont la formulation correspond le mieux aux comportements, aux émotions ou aux cognitions du sujet. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 ou de 0 à 2. Le score final varie entre 0 et 46. Un score supérieur ou égal à 18 serait le témoin du trouble d'hyperphagie boulimie chez le patient. Un score supérieur à 18 témoignerait d'une sévérité plus importante.

La version française de cette échelle validée par Brunault P. et al en 2016, présentait des propriétés psychométriques proches de l'originale, une très bonne consistance interne (coefficient alpha de 0,93 en population non clinique, et 0,88 en population clinique), une bonne validité en population non clinique ainsi que chez des patients souffrant d'obésité morbide (Brunault et al. 2016).

- ASRS Adult ADHD Self-Report Scale

L'échelle de dépistage ASRS du TDA/H aurait été développée à partir du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de l'Organisation mondiale de la santé. Elle se rapporte aux critères diagnostiques du DSM-IV du TDA/H.

L'ASRSv1.1 est une échelle d'auto évaluation permettant de détecter le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité chez le sujet adulte.

Nous avons choisi d'utiliser la version à 6 items plutôt que la version originale à 18 items. La version courte de cette échelle serait plus sensible et spécifique que la version longue à 18 items (sensibilité : 68,7% versus 56,3% ; spécificité : 99,5% versus 98,3%) dans un échantillon de 154 patients issus de la population générale (il s'agit d'une communauté de patients ayant participé à l'enquête : The National Comorbidity Survey Replication mené entre 2001 et 2003 aux Etats Unis) (Kessler et al. 2005).

Elle est composée de 6 questions cotées selon la fréquence des difficultés étudiées, « jamais », « rarement », « parfois », « souvent », « Très souvent ». Les items 1 à 3 seraient positifs à partir d'une réponse cotée « parfois ». En revanche, les items 4 à 6 seraient positifs à partir d'une cotation « souvent ». Au moins quatre items positifs déterminent un possible TDA/H.

- WURS-25 Wender Utah Rating Scale

Cette échelle est une version abrégée de l'échelle de notation de Wender Utah elle-même élaborée à partir des critères de l'Utah dans les années 1970. L'échelle de Wender permettait l'évaluation rétrospective du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité durant l'enfance

La version originale comportait 61 items contre 25 seulement dans sa version courte.

Les items rendent compte de quatre facteurs étudiés à l'âge de 7ans :

- Problèmes émotionnels et affectifs (items 2, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18 et 21)
- L'impulsivité dans le cadre de troubles des conduites (items 10, 15, 19, 20 et 22)
- L'hyperactivité (items 3, 5, 6 et 8)
- Les difficultés d'attention (items 1, 4, 7, 23, 24 et 25)

Chaque item est coté de 0 à 4 selon l'intensité du comportement : « Pas du tout ou très légèrement », « Légèrement », « Modérément », « Assez », « Beaucoup ». Un score seuil de 46 est établi pour indiquer la possibilité d'un TDAH dans l'enfance. Cette échelle serait sensible mais assez peu spécifique dans sa version initiale (Romo et al. 2010).

La version française à 25 items aurait montré de bonnes qualités psychométriques et aurait été validée par Caci et al (Caci, Bouchez, et Baylé 2010).

L'échelle d'autoévaluation se compose de 25 items et est souvent utilisée comme outil de dépistage du TDAH.

La cohérence interne de l'échelle WURS pour le score de 46 varierait de 0,8 à 0,94.

De plus, une corrélation significative aurait été démontrée entre la WURS et ASRS, de l'ordre de 0,52. Ainsi, la force du dépistage du TDAH serait augmentée en cas d'association de la WURS et de l'ASRS.(Romo et al. 2010) Les deux questionnaires positifs auraient une sensibilité de 57,14% et une spécificité de 90,91 pour la détection d'un TDAH, dans un population de patients présentant un trouble de l'usage de cocaïne (Dakwar et al. 2012).

De plus, Daigre et al ont étudié les propriétés psychométriques de la WURS et de l'ASRS dans une population de 355 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Leurs résultats révèlent une sensibilité plus élevée lors de l'association des deux tests (92,3%). Ils ajoutent qu'un seuil de 41 pour la WURS permettait d'améliorer sa sensibilité et sa spécificité (respectivement 79,6% et 60,3%) (Daigre et al. 2015).

- **Evaluation des caractéristiques psychologiques :**
- **Big Five Inventory à 10 items.**

La Big Five inventory est un auto-questionnaire créée par John et al en 1991, à partir de courtes phrases et de groupes de mots mesurant les caractéristiques principales des « Big Five ».

La BFI-10 est une version courte (10 items) de la BFI normalement composée de 44 items.

Il s'agit d'une mesure de cinq dimensions résumées sous l'anagramme d'OCEAN :

- Ouverture, Originalité et l'Ouverture d'esprit
(est créatif, plein d'idées originales, est peu intéressé par tout ce qui est artistique)
- Conscience, Contrôle, Contrainte
(travaille consciencieusement, a tendance à être paresseux)
- Extraversion, Energie, Enthousiasme
(est bavard, est réservé)
- Agréabilité, Altruisme, Affection
(est prévenant et gentil avec presque tout le monde, est parfois dédaigneux et méprisant)
- Emotions Négatives, Névrosisme, Nervosité
(est facilement anxieux, est « relaxe », détendu, gère bien le stress)

Chaque dimension est cotée de 1 à 5 selon son pôle négatif (bas) ou positif (élevé), certains items sont cotés à l'envers (R) selon s'ils sont proche du pôle positif ou négatif de sorte à ce que chaque score moyen se trouve « dans la même direction » pour chaque dimensions évaluées (Plaisant, Guertault, et al. 2010).

La BFI version française possède de bonnes propriétés psychométriques proches de la version originale américaine de John et al. Elle offrirait un inventaire rapide et fiable des traits de personnalités et permettrait une évaluation « dimensionnelle » de la personnalité (Courtois et al. 2018) La version française présenterait des coefficients de Cronbach (correspondant aux différentes dimensions) compris entre 0,77 et 0,83 (Plaisant, Courtois, et al. 2010).

Une version de la BFI ajustée à 10 items serait disponible en anglais et allemand. Elle présenterait des caractéristiques psychométriques similaires et conserverait des niveaux importants de fiabilité. Elle pourrait être utile dans les situations dans lesquelles il existerait une contrainte de temps (Rammstedt et John, 2007).

- DRES-16 items, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* :

Cette échelle, développée par Gratz et Roemer en 2004, permet une auto-évaluation des difficultés de régulation émotionnelle chez les sujets adultes.

La DERS permettrait d'étudier six difficultés de régulation des émotions :

- l'inacceptation des émotions négatives ou manque d'acceptation émotionnelle
- la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives,
- la difficulté à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives
- l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions efficaces
- le manque de conscience émotionnelle,
- l'incompréhension de ses émotions définie ou manque de clarté émotionnelle.

Elle est composée de 36 items dans sa version originale, 10 items dans sa version courte. Chaque item est coté de 0 à 4 selon sa fréquence « presque jamais », « quelques fois », « la moitié du temps », « la plupart du temps », « presque toujours » (Gratz et Roemer 2004).

La version francophone de la DERS version longue présenterait d'excellentes propriétés psychométriques comparables à celles de la version originale américaine. Le coefficient de Cronbach pour la version de 36 items est de 0,94 (Côté, Gosselin, et Dagenais 2013).

Le nombre important d'auto-questionnaires proposés au patient pour la réalisation de l'étude nous a amené à présenter au patient la version courte à 16 items développé à partir de la version anglaise validée par Bjureberg J. et al en 2016. (Bjureberg et al. 2016)

- CTQ *Childhood Trauma Questionnaire* :

Ce questionnaire a été développé par Bernstein et al en 1994, à partir d'un entretien structuré développé par les mêmes auteurs la *Childhood Trauma Interview*. Il comprenait à l'origine 70 items. (Bernstein et al. 1994)

C'est un questionnaire rétrospectif qui permettrait de référencer 5 types de maltraitance dans l'histoire du patient:

- l'abus physique
- l'abus sexuel
- l'abus émotionnel
- la négligence émotionnelle
- la négligence physique

Les auteurs ont ajouté dans la version courte (à 28 items), version utilisée dans notre protocole, trois items illustrant le déni du patient vis-à-vis de ses maltraitances.

La CTQ présente des données psychométriques satisfaisantes, validée dans sa version française. La consistance interne de cette échelle est évaluée excellente par Paquette et al, les alphas de Cronbach variant entre 0,68 et 0,91. De la même façon la stabilité temporelle excellente, elle varie entre 0,73 et 0,94 (Paquette et al. 2004).

- UPPS *Impulsive Behavior Scale* :

L'échelle UPPS a été développée par Whiteside et Lynamet en 2006. Elle permettrait de mesurer quatre dimensions de l'impulsivité :

- L'urgence négative (tendance à développer de fortes réactions en réponses aux émotions négatives)
- La préméditation (capacité à prendre en compte les conséquences possibles d'un acte avant de le réaliser)
- La persévérance (capacité à rester concentré sur une tâche qui peut être considérée comme ennuyeuse ou difficile)
- La recherche de sensations (tendance à poursuivre une activité stimulante ou excitante ou la tendance à essayer de nouvelles expériences considérées comme « non conventionnelles »)
- Cinquième composante plus récemment ajoutée, développée par Cyders et al: l'urgence positive (tendance à agir de façon imprudente dans un état émotionnel intense et positif) (Cyders et al. 2014).

L'UPPS-P abrégée est composée de 20 items (57 items dans sa version longue) qui évaluent les cinq facettes de l'impulsivité comme l'originale, qui sont, l'urgence négative (items 4, 7, 12 et 17), l'urgence positive (items 2, 10, 15 et 20), le manque de préméditation (items 1, 6, 13 et 19), le manque de persévérance (items 5, 8, 11, 16) et la recherche de sensations (items 3, 9, 14, 18). Tous les items sont évalués par le patient selon 4 possibilités (cotées graduellement de 1 à 4, et de façon inversé pour l'urgence négative, l'urgence positive et la recherche de sensation)) « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait d'accord ».

Selon Billieux J. et al, le coefficient de Cronbach variait de 0,7 à 0,84, ce qui suggère une bonne cohérence interne. Ils sont également proche des coefficients mesurés pour l'UPPS original dans sa forme abrégée ou non abrégée (Billieux et al. 2012).

- Brief-COPE

Ce questionnaire est la version abrégée de l'inventaire COPE développé par Carver et al en 1989, répertoriant les différentes dimensions du Coping ou « stratégie d'ajustement (Carver, Scheier, et Weintraub 1989). Elle comporte 14 dimensions de deux items chacune :

- Le coping actif (correspondrait à l'augmentation des efforts de la personne, nécessaire à la résolution du problème)
- La planification (réflexion autour de la meilleure manière de gérer le problème, organisation d'un plan)
- La recherche de soutien social instrumental (recherche de conseil, d'information ou d'assistance)
- La recherche de soutien social émotionnel (recherche de soutien moral, de sympathie ou de compréhension)
- Expression de sentiments (évacuation de la détresse émotionnelle sans recherche de solution)
- Le désengagement (réduction des efforts pour faire face au problème, « entravant un coping efficace »)
- La distraction (détournement des pensées afin d'éviter de penser au problème)
- Le blâme (reproches et culpabilité)
- La réinterprétation positive (dans le but de réduire la détresse émotionnelle afin de permettre la mise en place de stratégies d'ajustement)
- L'humour (effort cognitif pour permettre de faire face au problème)
- Le déni (refus de croire en l'existence du problème dans le but de minimiser la détresse émotionnelle)
- L'acceptation (acceptation de la réalité d'un problème et de sa réponse émotionnelle ainsi que l'absence de solution efficace)
- La religion (rejoint peut être le soutien émotionnel)
- L'utilisation de substance (alcool, médicament, drogue, fuite de la réalité du problème, évitement de la situation)

Il existe quatre possibilités de réponse pour chaque item coté de 1 à 4 : « pas du tout », « de temps en temps », « souvent », « toujours » en fonction de la fréquence à laquelle la situation s'applique dans la vie du sujet.

Les 14 dimensions étudiées peuvent être regroupées en Cinq dimensions d'ordre supérieur : la résolution de problème, la recherche de soutien, l'évitement, la restructuration cognitive, et la distraction. Cette hiérarchisation ne change rien à la validité de l'échelle (Doron et al. 2014).

Cette échelle permet une évaluation rapide des capacités d'ajustement d'un sujet. Elle est d'ailleurs fréquemment utilisée dans la recherche médicale et psychologique de nombreux pays.

Les qualités psychométriques de la version française sont plutôt bonnes. La validation française de cette échelle a été effectuée en deux parties, une validation dans un format dispositionnelle et dimensionnelle.

Dans son format dispositionnel, les coefficients de régression des items sur leurs facteurs respectifs étaient pour la majorité supérieurs à 0,5, sept étaient entre 0,4 et 0,5, et un seul item (de la catégorie « distraction ») était de 0,28.

Dans son format dimensionnel, la majorité des coefficients de régression étaient supérieurs à 0,60 et tous étaient supérieurs à 0,4 (Muller et Spitz 2003).

3.5 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est celui du diagnostic de trouble de stress post traumatique obtenu après la passation des LEC et PCL-5.

3.6 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R (R foundation for Statistical Computing, 2012) et du logiciel SPSS version 22.0.0.

Notre échantillon a, tout d'abord, été décrit à l'aide de statistiques descriptives pour les variables qualitatives (nombre, pourcentage) et pour les variables quantitatives (moyenne et écart-type).

Nous avons comparé la prévalence du Trouble de stress post traumatique chez les patients participants à notre étude avec la prévalence du Trouble de stress post traumatique observée

dans les populations de patients présentant des troubles de l'usage de substances, à l'aide d'une comparaison de moyenne pour l'échantillon.

Ensuite, nous avons comparé les patients présentant un Trouble de stress post traumatique actuel ou passé avec les personnes n'ayant jamais présenté un trouble de stress post traumatique à l'aide de test Chi-deux et des tests de comparaison de moyennes paramétriques et non paramétriques. Nous avons également présenté les caractéristiques des patients souffrant de Trouble de stress post traumatique.

Nous avons également réalisé une analyse multivariée visant à prédire la sévérité d'un TSPT en fonction de type de trouble de l'usage de substance pour lequel le patient vient consulter. L'analyse est ajustée sur les variables suivantes : l'âge, le sexe, le statut marital et la présence d'un trouble de l'humeur.

4. RESULTATS

4.1 Statistiques descriptives

Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon :

Dans le tableau 1, sont représentées les caractéristiques socio démographiques des 137 patients inclus dans l'étude.

Il s'agit d'un échantillon essentiellement constitué d'hommes (sexe ratio : 2,7 homme pour une femme). La plupart des personnes étaient célibataires et la moitié d'entre eux avaient au moins un enfant. 50% des patients de l'échantillon travaillaient.

Tous les patients consultaient dans un Centre de soins et d'accompagnement en Addictologie (CSAPA), 61 patients consultaient à Port Bretagne, 30 à Loches, 7 à la Rotonde et 39 à Orléans.

Le principal motif de consultation était l'usage d'alcool, vient ensuite dans l'ordre, l'usage d'héroïne, puis l'usage de tabac, de cannabis, de cocaïne, le mésusage de médicament et le jeu de hasard et d'argent.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patients inclus :

	% (n)
n total = 137	
Age (années)	
Sexe Masculin	73% (100)
Situation familiale	
Couple	28% (38)
Célibataire	72% (98)
Avec Enfants	50% (69)
Dernier diplôme obtenu	
Activité professionnelle	47% (65)
Centres de consultation :	
- Tours - Port Bretagne	44,5% (61)
- Tours - La rotonde	5,1% (7)
- Loches	21,9% (30)
- Orléans	28,5% (39)
Motif de consultation :	
- Alcool	48% (66)
- Héroïne	38% (52)
- Tabac	21% (29)
- Cannabis	25% (35)
- Cocaïne	13% (18)
- Mésusage de médicament	20% (27)
- JHA	2,2% (3)
- Autres	7,3 (10)

Les données descriptives sont présentées sous forme de pourcentage (nombre).

Dans le tableau 2, sont représentés les résultats du repérage des addictions comportementales obtenus à partir de l'auto questionnaire. 74 patients (soit 54%) remplissaient les différents critères de Goodman, et présentaient au moins une addiction comportementale.

Tableau 2 : Dépistage d'une addiction comportementale selon les critères de Goodman :

	% (n)
n total = 137	
<hr/>	
Présence d'une Addiction	
Comportementale	54% (74)
- Activités sexuelle	18% (25)
- Achats	21% (29)
- Internet	20% (27)
- Alimentation	22% (30)
- Sport	5,1% (7)
- Jeux vidéo	13% (18)
- Jeu d'hasard - et d'argent	10% (14)
<hr/>	
- Les données descriptives sont présentées sous forme de pourcentage (nombre).	

Evaluation des troubles psychiatriques présents dans l'échantillon réalisée avec le Mini International neuropsychiatric Interview :

Tableau 3 : Détails de différents troubles psychiatriques évalués avec le M.I.N.I. :

	Actuel	Vie Entière
n total = 137	% (n)	% (n)
Au moins un trouble Psychiatrique	71% (97)	87% (119)
Trouble de l'humeur		
Au moins un trouble de L'humeur	25% (35)	72% (98)
Episode dépressif majeur	23% (32)	70% (96)
Episode dépressif de type mélancolique	15% (20)	41% (56)
Episode maniaque ou Hypomaniaque	0% (0)	17% (23)
Dysthymie	2,2% (3)	
Risque suicidaire	30% (41)	31% (42)
Trouble anxieux		
Au moins un trouble Anxieux	56% (76)	79% (108)
Trouble panique	11% (14)	26% (35)
Agoraphobie	18% (25)	45% (62)
Phobie sociale	13% (18)	31% (42)
Trouble anxieux généralisé	37% (46)	37%(51)
Trouble de stress post Traumatique	14% (19)	28% (38)
Trouble obsessionnel Compulsif	5,1%(7)	7,3%(10)
Trouble du comportement alimentaire		
Au moins un TCA	0,7% (1)	5,1% (7)
Anorexie mentale	0,0% (0)	1,5% (2)
Boulimie nerveuse	0,7% (1)	3,6% (5)
BES	12% (17)	
Trouble psychotique	2,2% (3)	8,8% (12)
Trouble de personnalité Antisociale		12% (17)

Les données descriptives sont présentées sous forme de pourcentage (nombre).

Dans le tableau 3 se trouvent représentés les différents troubles psychiatriques évalués à l'aide du M.I.N.I. . 87% des patients de l'échantillon ont présenté au moins un trouble psychiatrique au cours de leur vie.

72 % d'entre eux ont présenté au cours de leur vie, au moins un trouble de l'humeur. 17% des patients ont présenté un épisode hypomaniaque ou maniaque. Cela nous laisse penser qu'il y aurait 17% de patients de l'échantillon qui présenteraient un trouble bipolaire.

De plus, 79% des patients, ont présenté un trouble anxieux au cours de leur vie.

Nous avons également retrouvé un risque suicidaire existant chez 30% des patients de l'échantillon.

Tableau 4: Evaluation du Trouble de stress post traumatique dans la population étudiée avec l'aide de la PCL-5, la M.I.N.I. et la List Eve Vie Score :

	Echantillon Total %(n)	Absence de PTSD n	Présence PTSD n
PCL -5 (diagnostic PTSD)		55 %(75)	45 %(62)
PCL -5			
- Score total supérieur à 33		90%(123)	10%(14)
- Expérience intrusive			
- Evitement			
- Hypervigilance			
- Altération de la vigilance et de la réactivité			
MINI			
TPST Actuel			14% (19)
TPST Vie entière			28% (38)
List Eve Vie Score total			
List Eve Vie Stressant de taille 2 ou 3			
- Catastrophe	37% (51)		
- Accident	74% (101)		
- Agression physique	64% (87)		
- Agression sexuelle	35% (48)		
- Guerre	14% (19)		
- Mort	87% (119)		
- Autre événement	55% (75)		

Les données descriptives sont présentées sous forme de pourcentage (nombre).

4.2 Statistiques comparatives univariées

Tableau 5 : Evaluation des différents troubles de l'usage de substance avec l'aide du M.I.N.I.) :

	Effectif	TSPT -	TPST +	Chi2	p
Un total = 137	% (n)	% (n)	% (n)		
Alcool Actuel	51,1%(70)	27,7%(38)	23,4%(32)	0,012	0,912
Alcool Vie entière	72,3%(99)	39,4%(54)	32,8%(45)	0,006	0,940
Tabac Actuel	73,7%(101)	35,8%(49)	38,0%(52)	6,021	0,014*
Tabac Vie Entière	85,4%(117)	43,1%(59)	35,0%(58)	6,029	0,014*
Cannabis Actuel	40,9%(56)	19,0%(26)	21,9%(30)	2,644	0,104
Cannabis Vie Entière	59,8%(82)	29,9%(41)	29,9%(41)	1,856	0,173
Cocaïne Actuel	19,0%(26)	6,6%(9)	12,4%(17)	5,248	0,022*
Cocaïne Vie Entière	35,8%(49)	16,8%(23)	19,0%(26)	1,876	0,171
Opiacés Actuel	47,4%(65)	29,9%(41)	17,5%(24)	3,466	0,063
Opiacés Vie Entière	54,7%(75)	32,1%(44)	22,6%(31)	1,029	0,310
Psychostimulants Actuel	5,8%(8)	1,5%(2)	4,4%(6)	3,034	0,140
Psychostimulants Vie Entière	24,8%(34)	11,7%(16)	13,1%(18)	1,078	0,299
Sédatifs Actuel	13,9%(19)	8,8%(12)	5,1%(7)	0,630	0,427
Sédatifs Vie Entière	24,1%(33)	13,9%(19)	10,2%(14)	0,141	0,708
Hallucinogènes Actuel	5,1%(7)	1,5%(2)	3,6%(5)	2,040	0,244
Hallucinogènes Vie Entière	8,8%(12)	4,4%(6)	4,4%(6)	0,119	0,730
Un trouble de l'usage de Substance (Actuel)	13,9%(19)	9,5%(13)	4,4%(6)	1,665	0,197
Un trouble de l'usage de Substance (Vie entière)	6,6%(9)	5,1%(7)	1,5%(2)	2,063	0,183
Deux troubles de l'usage de Substances (Actuel)	33,6%(46)	19,0%(26)	14,6%(20)	0,088	0,766
Deux troubles de l'usage de Substance (Vie Entière)	17,5%(24)	9,5%(13)	8,0%(11)	0,004	0,950
Au moins trois troubles de L'usage de substance (Actuel)	46,7%(64)	21,9%(30)	24,8%(34)	3,002	0,083
Au moins trois troubles de l'usage de substances (Vie entière)	73,0%(100)	37,3%(51)	35,8%(49)	2,096	0,148
Autre TUS Actuel	72,3%(99)	38,7%(53)	33,6%(46)	0,211	0,646
Autre TUS Vie Entière	82,5%(113)	43,1%(59)	39,4%(54)	1,669	0,196
Bing Eating Syndrom Actuel	12,4% (17)	6,8% (5)	16,4%(12)	5,027	0,025*
Jeu pathologique Actuel	4,4 (6)				
Jeu Pathologique Vie Entière	9,5 (13)				

Les données descriptives sont présentées sous forme de pourcentage (nombre). Nous avons comparé les patients avec et sans TSPT en utilisant le Chi de Pearson remplacé par le test de Fisher lorsqu'au moins un des effectifs théoriques était inférieur à 5. La valeur du **p*** indique les facteurs significativement associés au TSPT.

Tableau 6 : Evaluation des troubles de l'usage grâce aux différents auto-questionnaires énumérés dans ce tableau :

Moyenne +/- écart type	Echantillon Total n= 137	Absence de PTSD	Présence PTSD	Test student	p
AUDIT		12,7 +/- 11,7	11,5 +/- 10,5	0,639	0,524
FARGERSTROM		3,3 +/- 2,7	4,9 +/- 3,0	-3,242	0,002*
CAST		2,3 +/- 2,3	3,1 +/- 2,5	-2,050	0,042*
BES		5,7 +/- 6,5	9,0 +/- 9,3	-2,458	0,015*
Nbre TUS Actuel		1,3 +/- 0,9	1,5 +/- 0,9	-1,538	0,127
Nbre TUS VE		3,3 +/- 1,0	3,6 +/- 0,7	-2,399	0,018*
ICJE		0,9 +/- 2,5	1,8 +/- 4,1	-1,563	0,120
Jeu pathologie (Crit DSM5) Actuel		0,2 +/- 0,9	0,4 +/- 1,3	-1,147	0,253
Jeu pathologie (Crit DSM5) Vie Entière		0,5 +/- 1,4	0,8 +/- 2,0	-0,889	0,376

Les données descriptives sont présentées sous forme de déviation standard +/- moyenne, ou pourcentage. Nous avons comparé les patients avec et sans TSPT avec les tests de comparaison de moyenne, le test de Student. La valeur du **p*** indique les facteurs significativement associés au TSPT.

Ces tableaux représentent la prévalence des différents troubles de l'usage de substance et du jeu d'argent pathologique dans les deux groupes à partir des données obtenues avec les auto-questionnaires AUDIT, Fagerström, CAST, BES, ICJE, critères DSM-5 du jeu d'argent pathologique et du questionnaire MINI.

Nous constatons un plus grand nombre de trouble de l'usage de tabac, de cannabis et de cocaïne de façon significative chez les patients présentant ou ayant présenté un TPST. De la même façon, nous constatons un nombre de troubles de l'usage de substances significativement plus important chez les patients présentant ou ayant présenté un TPST.

Nous avons constaté un nombre significativement plus important d'hyperphagie boulimie chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance associé à un trouble de stress post traumatique.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en ce qui concerne le trouble de l'usage d'alcool, le jeu d'argent pathologique entre les deux groupes.

Tableau 7 : Evaluation du Trouble de stress post traumatique dans la population étudiée avec l'aide de la PCL-5 et List Eve Vie Stressant Score et détails de données obtenues avec la CTQ :

	Echantillon Total	Absence de PTSD	Présence PTSD	Test student	p
Moyenne +/- écart type n= 137					
PCL -5 (diagnostic PTSD)		15,3 +/-12,0	45,0 +/- 10,9	- 15,025	0,000*
- Expérience intrusive répétée		3,5 +/- 3,8	10,6 +/-3,9	-10,771	0,000*
- Evitement		1,6 +/- 1,6	5,4 +/- 1,9	- 12,330	0,000*
- Hypervigilance		5,5 +/- 5,4	15,9 +/- 4,7	-12,093	0,000*
- Altérations cognitives et thymiques		4,6 +/- 4,5	12,8 +/- 4,3	-10,796	0,000*
List Eve Vie stressant Score total		22,3 +/- 4,2	24,8 +/-4,1	-3,443	0,001*
List Eve Vie stressant de taille 2 ou 3		5,1 +/- 2,9	7,1 +/- 3,5	-3,518	0,001*
CTQ					
- Négligence physique		1,7 +/- 0,8	2,0 +/- 0,8	-2,042	0,043*
- Abus émotionnel		1,7 +/- 0,9	2,2 +/- 1,0	-2,780	0,006*
- Abus physique		1,4 +/- 0,8	1,5 +/- 0,8	-0,373	0,710
- Négligence émotionnelle		2,7 +/- 0,9	2,8 +/- 1,1	-0,910	0,365
- Abus sexuels		1,0 +/- 0,5	1,2 +/- 0,9	-1,706	0,090

Les données descriptives sont présentées sous forme de déviation standard +/- moyenne, ou pourcentage. Nous avons comparé les patients avec et sans TSPT avec les tests de comparaison de moyenne, le test de Student. La valeur du **p*** indique les facteurs significativement associés au TSPT.

Dans ce tableau sont représentés les résultats obtenus grâce à la PCL5 pour le diagnostic de TPST, ainsi qu'avec la Life Event Checklist et la CTQ.

Les résultats révèlent une différence significative entre le groupe de patient présentant un TPST et le groupe de patient n'ayant jamais présenté un TPST. En effet, le groupe TPST + aurait un vécu significativement plus important de négligence physique et d'abus émotionnels ($p < 0,05$) et un nombre d'événement de vie stressant plus important.

Tableau 8 : Evaluation des caractéristiques psychologiques de la population étudiée :

	Echantillon Total	Absence de PTSD	Présence PTSD	Test student	p
Moyenne +/- écart type	n= 137				
Brief-COPE					
- Evitement		15,9 +/- 4,6	19,4 +/- 4,0	-4,750	0,000*
- Désengagement comportemental		3,3 +/- 1,5	3,9 +/- 1,5	-2,543	0,012*
- Blâme		4,8 +/- 1,6	6,2 +/- 1,6	-4,939	0,000*
- Dénî		3,1 +/- 1,3	3,6 +/- 1,5	-2,145	0,034*
- Utilisation de substances		4,9 +/- 2,1	5,7 +/- 2,0	-2,410	0,017*
- Restructuration cognitive		13,9 +/- 3,7	12,3 +/- 3,8	2,467	0,015*
- Humour		3,7 +/- 1,6	3,4 +/- 1,5	1,127	0,262
- Réinterprétation positive		4,8 +/- 1,6	4,2 +/- 1,6	2,108	0,037*
- Acceptation		5,4 +/- 1,6	4,7 +/- 1,7	2,330	0,021*
- Résolution de problème		9,7 +/- 2,8	9,1 +/- 2,9	1,395	0,165
- Coping actif		5,0 +/- 1,6	4,4 +/- 1,5	1,869	0,064
- Planification		4,8 +/- 1,5	4,6 +/- 1,7	0,472	0,638
- Distraction		9,3 +/- 2,1	10,2 +/- 2,3	-2,424	0,017*
- Expression des sentiments		4,1 +/- 1,5	4,8 +/- 1,4	-2,719	0,007*
- Distraction		5,2 +/- 1,5	5,4 +/- 1,7	-0,926	0,356
- Recherche de soutien		11,6 +/- 4,0	13,2 +/- 3,9	-2,300	0,023*
- Religion		3,0 +/- 1,6	3,3 +/- 1,6	-0,894	0,373
- Soutien instrumental		4,4 +/- 1,7	4,8 +/- 1,7	-1,207	0,230
- Soutien émotionnel		4,2 +/- 1,6	5,2 +/- 1,8	-3,276	0,001*
- Evitement sans substance		11,1 +/- 3,3	13,7 +/- 3,4	-4,588	0,000*
DERS					
- score total		19,7 +/- 13,6	36,5 +/- 14,0	-7,067	0,000*
- Non acceptation		3,2 +/- 3,1	6,6 +/- 3,6	-5,967	0,000*
- Buts		5,1 +/- 3,3	8,2 +/- 2,7	-6,022	0,000*
- Comportements impulsifs		2,2 +/- 2,7	5,7 +/- 3,7	-6,344	0,000*
- Stratégies		6,5 +/- 4,8	11,8 +/- 5,1	-6,342	0,000*
- Incompréhension		2,7 +/- 2,1	4,2 +/- 2,3	-3,775	0,000*
UPPS					
- Urgence		9,4 +/- 3,0	11,0 +/- 2,3	-3,408	0,001*
- Preméditation		7,5 +/- 2,1	9,1 +/- 2,4	-4,088	0,000*
- Persévérance		7,6 +/- 2,4	9,5 +/- 2,6	-4,241	0,000*
- Recherche Sensation forte		9,2 +/- 2,5	10,2 +/- 2,7	-2,306	0,023*
- Urgence positive		10,2 +/- 2,7	12,0 +/- 2,3	-4,200	0,000*
BFI					
- Extraverti		2,9 +/- 1,1	2,8 +/- 1,0	0,402	0,689
- Agreabilité		3,6 +/- 0,8	3,4 +/- 0,9	1,358	0,177
- Caractère consciencieux		3,8 +/- 1,0	3,3 +/- 1,0	3,225	0,002*
- Nevrosisme		3,3 +/- 1,0	4,1 +/- 0,9	-4,561	0,000*
- Ouverture		3,6 +/- 0,9	3,5 +/- 1,0	0,917	0,361

Les données descriptives sont présentées sous forme de déviation standard +/- moyenne, ou pourcentage. Nous avons comparé les patients avec et sans TSPT avec les tests de comparaison de moyenne, le test de Student. La valeur du **p*** indique les facteurs significativement associés au TSPT.

Le tableau ci-dessus représente la comparaison de caractéristiques psychologiques entre les deux groupes (TPST + et TPST -) de l'échantillon. Il s'agit d'une comparaison de moyennes obtenues grâce aux questionnaires DERS pour la régulation émotionnelle, la Brief COPE pour les mécanismes de coping, l'UPPS-P pour l'impulsivité et la Big Five dans sa version à 10 items pour les traits de personnalité.

Capacités d'adaptation au stress, mécanismes de coping :

Nous constatons une différence significative entre les deux groupes pour certains mécanismes de coping en particulier. Les patients présentant un TPST, présentent significativement plus de conduites d'évitement que les patients sans TPST. De la même façon, ils présentent significativement plus de conduite de distraction et de recherche de soutien émotionnel face aux situations de stress, que les patients sans TPST.

Nous constatons également des capacités de restructuration cognitive comme l'acceptation ou la réinterprétation positive significativement moins importantes.

Régulation émotionnelle :

Nous constatons une différence significative entre les deux groupes de patients de l'échantillon. Les patients présentant un TSPT présentent également significativement en tout point des mécanismes permettant la régulation émotionnelle moins importants, moins présents (l'acceptation, la compréhension des émotions). Il existerait chez ces patients, plus de conduites impulsives et moins de stratégies face l'apparition d'émotions.

Impulsivité :

Nous relevons également une différence significative entre les deux groupes. Les patients présentant (ou ayant présenté) un TSPT présentent des niveaux d'impulsivité significativement plus importants.

Traits de personnalité :

Enfin, nous constatons dans le groupe TPST positif, des traits de personnalité de type caractère consciencieux significativement moins présents. A l'inverse, nous constatons dans ce groupe des traits de personnalité névrosisme significativement plus importants.

Tableau 9 : Evaluation du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) avec les échelles ASRS et WURS :

	Echantillon Total n= 137	Absence de PTSD	Présence PTSD	t	p
Moyenne +/- écart type					
ASRS	36% (49)	2,1 +/- 1,6	3,5 +/- 1,5	-5,45	0,000*
WURS	35% (48)	31,2 +/-20,5	45,5 +/- 21,9	-3,918	0,000*
ASRS + WURS positif	20%(28)	9% (7)	34% (21)	chi2=12,6	<0,001*
ASRS ou WURS positif	50% (69)	36%(27)	68% (42)	chi2=13,7	<0,001*

Les données descriptives sont présentées sous forme de déviation standard +/- moyenne, ou pourcentage.

Nous avons comparé les patients avec et sans TSPT avec les tests de comparaison de moyenne, le test de Student. La valeur du *p** indique les facteurs significativement associés au TSPT.

ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) positif si score supérieur ou égal à 4.

WURS (Wender Utah Rating Scale) positif si score supérieur ou égal à 46.

Ce tableau représente la prévalence du TDAH dans les deux groupes de patients étudiés.

Les deux échelles étudiées rapportent une prévalence du TDAH significativement plus importante dans le groupe de patients présentant, ou ayant présenté un TSPT. Pour indication, 20% de notre population étudiée cotait positif pour les deux tests et 50% cotait positif pour l'un ou l'autre test.

4.3 Statistiques comparatives multivariées

Quel trouble de l'usage est un facteur prédictif de la sévérité du PTSD ?

Les analyses de régression linéaire multiple visant à prédire si un trouble de l'usage de substance spécifique est un facteur prédictif de trouble de stress post traumatique sont présentées dans les tableaux suivants. Nous avons utilisé pour cela, les données concernant les troubles de l'usage de substances recueillies avec le MINI.

Les tableaux 10 à 16 présentent respectivement l'évaluation du trouble de l'usage du tabac actuel comme facteur prédictif de la sévérité du TSPT, puis le trouble de l'usage actuel d'alcool, le trouble de l'usage actuel du cannabis, le trouble de l'usage actuel de cocaïne, le trouble de l'usage actuel des opiacés, enfin le trouble de l'usage actuel de psychostimulants.

Tableau 10 : Evaluation du trouble de l'usage du tabac actuel comme facteur prédictif de la sévérité du TSPT

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	- 0,031 +/- 0,019	[0,934 ; 1,007]	2,568	0,109
Sexe Masculin	1,160 +/- 0,457	[1,303 ; 7,807]	6,448	0,11
Activité professionnelle	0,061 +/- 0,395	[0,490 ; 2,304]	0,024	0,878
En couple	0,711 +/- 0,466	[0,816 ; 5,078]	2,320	0,128
Au moins un trouble de l'humeur	-0,493 +/- 0,456	[0,250 ; 1,494]	1,168	0,280
TU Tabac Actuel	- 0,670 +/- 0,454	[0,210 ; 1,246]	0,576	0,448

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 11 : Evaluation du trouble de l'usage d'alcool actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSP

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,037+/-0,019	[0,929 ; 0,999]	3,948	0,047
Sexe Masculin	1,311 +/- 0,461	[1,503 ; 9,160]	8,082	0,004
Activité professionnelle	0,055 +/- 0,393	[0,489 ; 2,283]	0,019	0,890
En couple	0,790 +/- 0,460	[0,894 ; 5,433]	2,943	0,086
Au moins un trouble de l'humeur	-0,408 +/- 0,452	[0,274 ; 1,614]	0,812	0,367
TU Alcool Actuel	-0,352 +/- 0,389	[0,328 ; 1,509]	0,815	0,367

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 12 : Evaluation du trouble de l'usage du cannabis actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSPT.

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,029 +/- 0,020	[0,935 ; 1,010]	2,110	0,146
Sexe Masculin	1,245 +/- 0,451	[1,435 ; 8,408]	7,621	0,006
Activité professionnelle	0,035 +/- 0,394	[0,478 ; 2,241]	0,008	0,930
En couple	0,721 +/- 0,465	[0,826 ; 5,119]	2,397	0,122
Au moins un trouble de l'humeur	- 0,428 +/- 0,406	[0,268 ; 1,586]	0,889	0,346
TU Cannabis Actuel	-0,430 +/- 0,406	[0,294 ; 1,440]	1,126	0,289

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 13 : Evaluation du trouble de l'usage de la cocaïne actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSPT.

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,028 +/-0,019	[0,937 ; 1,009]	2,160	0,142
Sexe Masculin	1,243 +/- 0,452	[1,429 ; 8,406]	7,559	0,006
Activité professionnelle	-0,031 +/- 0,399	[0,444 ; 2,116]	0,006	0,937
En couple	0,728 +/- 0,465	[0,833 ; 5,151]	2,454	0,117
Au moins un trouble de l'humeur	-0,428 +/- 0,455	[0,267 ; 1,589]	0,887	0,346
TU Cocaïne Actuel	-0,816 +/- 0,515	[0,162 ; 1,210]	2,526	0,112

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 14 : Evaluation du trouble de l'usage d'opiacés actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSPT.

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,050 +/- 0,020	[0,915 ; 0,989]	6,232	0,013
Sexe Masculin	1,572 +/- 0,484	[1,865 ; 12,447]	10,545	0,001
Activité professionnelle	0,310 +/- 0,423	[0,595 ; 3,126]	0,538	0,463
En couple	1,024 +/-0,479	[1,090 ; 7,120]	4,577	0,032
Au moins un trouble de l'humeur	-0 ,308 +/-0,469	[0,293 ;1,843]	0,430	0,512
TU Opiacés Actuel	1,390 +/- 0,436	[1,707 ; 9,444]	10,149	0,001

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 15 : Evaluation du trouble de l'usage de psychostimulant actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSPT.

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,027 +/- 0,019	[0,937 ; 1,010]	2,046	0,153
Sexe Masculin	1,334 +/- 0,453	[1,562 ; 9,222]	8,669	0,003
Activité professionnelle	-0,047 +/- 0,398	[0,437 ; 2,082]	0,014	0,906
En couple	0,735 +/- 0,462	[0,843 ; 5,161]	2,532	0,112
Au moins un trouble de l'humeur	-0,310 +/- 0,465	[0,295 ; 1,822]	0,446	0,504
TU Stimulant Actuel	-1,730 +/- 1,158	[0,018 ; 1,715]	2,232	0,135

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Tableau 16 : Evaluation du trouble de sédatifs actuel comme facteur prédicteur de la sévérité du TSPT

Sévérité du TSPT (score total PCL-5)				
Total effect				
	B+/- SE	[95%CI]	Chi2-Wald	p
Age	-0,036 +/- 0,019	[0,930 ; 1,001]	3,720	0,054
Sexe Masculin	1,224 +/- 0,452	[1,403 ; 8,239]	7,338	0,007
Activité professionnelle	0,000 +/- 0,395	[0,461 ; 2,170]	0,000	1,000
En couple	0,904 +/- 0,474	[0,975 ; 6,260]	3,636	0,057
Au moins un trouble de l'humeur	-0,455 +/- 0,453	[0,261 ; 1,541]	1,008	0,315
TU Sédatifs Actuel	0,617 +/- 0,579	[0,596 ; 5,766]	1,137	0,286

Analyse linéaire de régression multiple pour prédire le TSPT, selon l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale, et la présence d'au moins un trouble de l'humeur. Les résultats sont présentés avec le coefficient non standardisé (B) +/- coefficient d'erreur standardisé (ES), son intervalle de confiance à 95% (95%IC) et les valeurs associés de t et p. Trouble de l'usage (TU)

Après ajustement sur l'âge, le sexe, l'activité professionnelle, la situation maritale et la présence d'un moins un trouble de l'humeur, le trouble de l'usage d'opiacés est un facteur prédictif de trouble de stress post traumatique.

A l'inverse, après ajustement sur l'âge, le sexe masculin, l'activité professionnelle, la situation maritale et la présence d'un moins un trouble de l'humeur, les autres troubles de l'usage de substances ne seraient pas des facteurs prédictifs de trouble de stress post traumatique.

5. DISCUSSION

5.1 Prévalence du trouble de stress post traumatique

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique chez les patients venant consulter aux CSAPA de La rotonde et Port Bretagne à Tours, au CSAPA de Loches et au CSAPA d'Orléans pour un trouble de l'usage de substance ou une addiction comportementale. Nous avons fait l'hypothèse que la prévalence du trouble de stress post traumatique était supérieure dans la population présentant des troubles de l'usage de substances ou une addiction comportementale que dans la population générale.

La prévalence du trouble de stress post traumatique vie entière dans la population étudiée était de 45%. 62 des 137 patients ayant participé à l'étude avait un diagnostic de TPST établi à partir de l'auto-questionnaire PCL-5.

La prévalence de TPST dans cette population évaluée à l'aide du M.I.N.I. est de 28%. 38 patients avaient un diagnostic vie entière de TPST sur les 137 patients inclus dans l'étude.

Ces deux prévalences étaient significativement supérieures à celles retrouvées dans la population générale. ($p < 0,001$)

Ces résultats sont similaires aux résultats retrouvés dans la littérature dans cette population.

Mc Goven et al en 2009, retrouvaient une prévalence de TSPT au cours de la vie chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance variant de 35 à 50% et 25 à 42% des patients présentant un TSPT au moment de l'étude (McGovern et al. 2009). Lalonde en 2011, retrouvaient 49% de TSPT dans son échantillon de patients présentant un TUS de 51 patients à Montréal (Lalonde 2011). Gisquet-Verrier et al en 2017, présentaient 30 à 59% de TSPT au cours de la vie dans cette population (Gisquet-Verrier, Tolédano, et Le Dorze 2017). Et plus récemment, Bellet et Varescon, en 2019, trouvaient une prévalence de TSPT dans cette population qui variait de 26 à 52% (Bellet et Varescon 2019).

5.2 Comorbidités addictologiques

Dans un second temps, nous avons tenté de déterminer quelles troubles de l'usage de substances, quelle(s) comorbidité(s) addictologique(s), étaient plus fréquemment présents dans cette population TSPT et TUS comorbides. Nous avons pu mettre en évidence que le trouble de l'usage du tabac, du cannabis, de la cocaïne et l'hyperphagie boulimie étaient significativement plus fréquents quand les patients avaient un TSPT comorbide. De la même

façon, nous avons constaté, que ces patients présentaient un nombre plus important de troubles de l'usage de substances au cours de leur vie.

Dans la littérature, le trouble de l'usage du cannabis est associé au trouble de stress post traumatique mais aussi à la sévérité de ses symptômes. Bonn-Miller et al en 2011, explique le lien entre la sévérité des symptômes de TSPT et TU de cannabis par les difficultés de régulation émotionnelle que présente les patients souffrant de TSPT. (Bonn-Miller et al. 2011). Steenkamp et al en 2017, conclue que le cannabis n'est associé à aucun effet thérapeutique potentiel sur le TSPT mais il aggraverait des mécanismes d'adaptation au stress déjà peu efficaces, permettant le maintien des symptômes de TSPT (Steenkamp et al. 2017).

En ce qui concerne le tabac, une revue de la littérature regroupant 45 études menées par Fu S. en 2007, 40 à 86% de patients fumeurs dans les différents échantillons de patients présentaient un TSPT. (34 à 61% dans les échantillons de patients non atteints). La majorité des études incluses ont montré le lien significatif entre le TSPT et le TU du tabac qui serait bidirectionnel (odds ratios variant de 2,04 à 4,52) (Fu et al. 2007).

Pour le trouble de l'usage de cocaïne, nos résultats révèlent une plus forte prévalence de trouble de l'usage de cocaïne chez les patients présentant un TSPT. D'après Lacoste J. et al, le trouble de l'usage de psychostimulants est associé au trouble de stress post traumatique chez 25 à 42% des patients présentant un trouble de l'usage de psychostimulants (cocaïne ou autre) (Lacoste et al. 2012).

Le lien entre l'hyperphagie boulimique et le trouble de stress post traumatique est également décrit dans la littérature. Une étude transversale incluant plus de 49000 participantes ont montré que le TSPT était associé à une forte prévalence d'addiction à l'alimentation (Mason et al. 2014). Une autre étude constituée majoritairement d'hommes vétérans de guerre, montrait également le lien significatif entre l'addiction alimentaire et le TSPT (Mitchell et Wolf 2016). Brewerton et al en 2011, expliquait ce lien par l'hypothèse de l'automédication au même titre que les addictions avec usage de substances. Les aliments sucrés ou gras seraient utilisés pour réduire les états émotionnels négatifs ou les souvenirs liés au traumatisme (Brewerton 2011). Le concept d'alimentation émotionnelle décrit par Berthoz et al en 2015, peut être appliqué dans le cas de patients TSPT avec une addiction alimentaire comorbide, la consommation d'aliment est « une réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété. » (Berthoz 2015).

Nous n'avons pas mis en évidence l'association significativement plus fréquente de TSPT et TU de l'alcool pourtant bien décrite dans la littérature. Beaucoup d'études décrivent cette association (Smith et Cottler 2018; S. E. Back et Jones 2018).

D'après Berenz et al en 2017, les patients présentant un TSPT présentaient également plus de risque de développer un TUA ultérieurement, la relation décrite serait bi directionnelle. Ainsi, les patients présentant un TUA avaient une probabilité plus grande de présenter un jour un TSPT (Berenz et al. 2017).

La forte proportion de notre population à présenter un trouble de l'usage d'alcool peut permettre d'expliquer l'absence d'association mise en évidence. En effet 99 patients, soit 72,3% ont présenté un TU d'alcool dans leur vie.

De la même façon, nous n'avons pas retrouvé d'association entre le TSPT et le jeu d'argent pathologique, pourtant décrite dans la littérature. La prévalence du TSPT chez les patients joueurs d'argent pathologique variait de 10 à 35% et serait associée à une plus grande sévérité du jeu d'argent pathologique à l'image du trouble de l'usage de substance (Dowling et al. 2015; Ledgerwood et Petry 2006; Najavits et al. 2011). Le petit effectif de patients présentant un jeu d'argent pathologique dans notre échantillon pourrait expliquer l'absence de lien mis en évidence entre ces deux troubles. En effet, seulement 13 patients présentaient un jeu d'argent pathologique sur leur vie entière et 6 actuellement. En plus des critères DSM-5 du jeu d'argent pathologique, les autres tests utilisés n'ont pas permis de mettre en évidence une éventuelle association avec le TSPT. Pourtant, au même titre que les autres addictions, les sujets présentant un jeu d'argent pathologique seraient soumis de manière plus fréquente aux événements traumatiques dans l'enfance (Schwaninger et al. 2017). Cela suggère que les patients présentant une addiction comportementale, particulièrement un jeu d'argent pathologique, pourraient avoir un profil similaire en termes de comorbidité du TSPT et de caractéristiques psychologiques que les patients présentant un trouble de l'usage de substance. On peut imaginer que les théories explicatives du lien entre TUS et TSPT sont valables pour l'addiction comportementale et le jeu d'argent pathologique avec le TSPT.

Nos résultats révélaient également une association plus fréquente pour les troubles de l'usage de substances multiples chez un même sujet avec la présence d'un trouble de stress post traumatique. Dans la littérature, la forte prévalence entre l'usage de substances multiples ou unique et le TSPT est bien décrite.

Cependant, peu de recherches se sont intéressées aux différences cliniques et thérapeutiques que peuvent poser la présence d'un seul TUS ou la présence simultanée de plusieurs TUS chez un même sujet.

Selon Benyamina et al, « les personnes ayant un trouble mental avaient un taux d'usage de substance illicite deux fois plus élevé que celles n'ayant pas eu de trouble mental dans l'année écoulée. » (Benyamina et CPNLF 2014).

Quelques auteurs décrivent des résultats, les sujets présentant différents troubles de l'usage de substances comorbides associés à un TSPT avaient une situation sociale plus précaire que les sujets présentant un seul trouble de l'usage (l'alcool) (Simpson et al. 2019).

L'usage multiple de substances influencerait également sur les résultats des traitements. Les patients présentant un seul TUS présenteraient une réduction plus importante des symptômes de TSPT au cours du traitement (ici le traitement était concomitant : TSPT et TUS par exposition prolongée) (Jeffirs et al. 2019).

5.3 Comorbidités psychiatriques

Parmi les patients de notre échantillon, 71% présentaient un trouble psychiatrique au moment de l'étude et 87% ont présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie. 25% d'entre eux présentaient un trouble de l'humeur actuel, 56% un trouble anxieux actuel. Ces résultats corroborent les données de la littérature. En effet, les patients présentant des troubles de l'usage de substances, ou une addiction comportementale, présentent significativement plus fréquemment un trouble psychiatrique associé, qu'il soit primaire ou secondaire. (Dervaux et Laqueille 2018) D'après Lejoyeux et al en 2017, le risque relatif de développer un trouble anxieux et dépressif serait de 3,2 chez les patients alcoolo-dépendants (Lejoyeux et Embouazza 2017).

Nous retrouvons également un risque suicidaire élevé dans l'échantillon de la population étudiée, de l'ordre de 30%. Il est bien décrit dans la littérature, le lien important liant le trouble de l'usage de substance et l'augmentation du risque suicidaire dans cette population. Le trouble de l'usage de substance serait un facteur de risque puissant de passage à l'acte suicidaire (Conner et al. 2019).

Certains facteurs de risque de suicide chez les patients consultant en ambulatoire pour un trouble de l'usage de substance ont été mis en évidence. Il s'agirait d'un degré important d'impulsivité, les antécédents de violences subies au cours de la vie (émotionnelle, physique ou sexuelle), les troubles anxieux et dépressifs comorbides, le trouble de personnalité limite, les troubles psychotiques comorbides ainsi que le trouble de l'usage de substance multiple (Rodríguez-Cintas et al. 2018).

En ce qui concerne la dualité : trouble de stress post traumatique et trouble de l'usage de substance, une étude a montré l'augmentation considérable du risque suicidaire et de conduites auto agressives chez les patients anciens combattants souffrant de cette pathologie duelle. Ce risque serait plus important chez les hommes que chez les femmes (Ronzitti et al. 2019).

Cette forte prévalence, pourrait être expliquée par certaines hypothèses précédemment décrites, comme la présence de facteurs de vulnérabilité communs, biologiques, environnementaux ou bien encore psychologiques. Peut être que le profil psychologique de ces patients, présentant des traits de personnalité impulsif et de névrosisme plus fréquents, les difficultés également plus fréquentes dans la régulation émotionnelle ou bien encore les capacités d'adaptation au stress dysfonctionnelles, les rendraient plus vulnérable au passage à l'acte suicidaire.

Cette forte prévalence nous donne une raison supplémentaire pour encourager le dépistage et la prise en charge spécifique des patients présentant cette dualité.

Nous nous sommes intéressés au trouble de déficit d'attention et d'hyperactivité chez les patients présentant la comorbidité TSPT et TUS, et avons fait l'hypothèse, d'un nombre plus important de patients présentant les symptômes de TDA/H dans cette population.

Nos résultats sont en faveur de cette hypothèse, la prévalence du TDA/H chez les patients présentant un TSPT comorbide était significativement plus importante (20% de notre population étudiée cotait positif pour les deux tests, ASRS et WURS, et 50% cotait positif pour l'un ou l'autre test).

Le lien entre le TSPT et le TDA/H est bien décrit dans la littérature (Harrington et al. 2012; Biederman et al. 2014).

Une corrélation entre la symptomatologie de TSPT et TDA/H chez 190 patients hospitalisés pour un trouble de l'usage de l'alcool, a été établie par Evren et al en 2016. Ceux-ci ont mis en évidence, que la sévérité des symptômes de TDA/H était associée à une sévérité plus importante des symptômes de TSPT. Les dimensions impulsives et le manque d'attention étaient associés à une plus grande sévérité de la symptomatologie du TSPT (Evren et al. 2016).

Cependant, il peut exister un biais de recrutement avec possibilité de faux positifs parmi les patients de notre études présentant un TDA/H. En effet, les évaluations ont été réalisées avec l'aide d'auto-questionnaires. De plus, notre population était constituée de patients consommateurs de substances psycho-actives pouvant générer des difficultés de concentration et une instabilité psychomotrice. De la même façon, les patients présentant un TSPT pouvait également avoir des difficultés dans la réalisation de leur auto-questionnaire, pour les mêmes raisons. L'ensemble des symptômes pouvait interférer avec l'évaluation du TDA/H.

A notre connaissance, peu de travaux de recherche expliquent le lien entre la dualité : TSPT et TUS avec le TDA/H.

Les traits de personnalité impulsifs pourraient être une piste pour expliquer ce lien. Daurio et al, en 2017, explique le lien entre le TU d'alcool et TDA/H par une plus grande fréquence de traits de personnalité impulsifs, comme l'urgence positive et négative. Ces difficultés étant associées à une plus grande gravité du TU d'alcool (Daurio et al. 2018). Ces traits de personnalité préexistantes pourraient expliquer la grande proportion de ces patients à développer un TSPT s'il sont exposés à des événements traumatiques, par les difficultés d'adaptation au stress que cela entretiendrait, ces patients mettant en place des stratégies visant à atténuer les symptômes avec l'aide des substances sans prendre le temps d'évaluer les conséquences. La possibilité d'une plus grande vulnérabilité des patients TDA/H par leur plus fréquente exposition à des événements potentiellement traumatiques pourrait peut être l'expliquer. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour expliquer ce lien.

5.4 Caractéristiques psychologiques

Nous avons également tenté de dépeindre un profil psychologique des patients présentant à la fois un trouble de l'usage de substance et un trouble de stress post traumatique.

Nos patients présentant un TSPT avaient révélé un nombre significativement plus important d'événements de vie stressant et avaient révélé également un vécu significativement plus important de négligence physique et d'abus émotionnels. Nos résultats s'accordent avec les résultats de la littérature en ce qui concerne le nombre d'événements de vie stressant présentés au cours de la vie plus important chez les patients TUS et TSPT et la maltraitance physique (Huang et al. 2011; Lalonde 2011). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en ce qui concerne les antécédents d'abus sexuels, pourtant traumatisme fortement associé au TSPT comorbide du TUS (Cusack, Herring, et Steadman 2013; Hingray et al. 2018). Dans notre échantillon, 101 patients, soit 74%, avaient déclaré avoir déjà vécu un accident grave, 87 patients, soit 64% avaient déclaré une agression physique, 48 patients, soit 35% avaient déclaré une agression sexuelle. Le nombre important d'événements de vie stressants survenus dans notre échantillon de patients présentant un trouble de l'usage de substance et le faible effectif de notre échantillon n'a pas permis de rendre cette différence significativement visible et d'accorder nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

Nous avons fait l'hypothèse que ces patients (TSPT-TUS) présentaient des difficultés de régulation émotionnelle. Nos résultats confirment cette première hypothèse. En effet, il existe une différence significative entre les patients TSPT + et TSPT – et consommateurs de substances. Tous les niveaux de régulation émotionnelle évalués par la DERS sont impactés significativement et négativement. Les patients qui présentent cette dualité, présentent significativement plus de difficultés à accepter leurs émotions, à les comprendre, à ajuster leur comportement lors d'émotions négatives, à mettre en place des stratégies flexibles permettant une régulation émotionnelle adaptée. Ces patients présentent significativement plus de difficultés à contrôler un comportement lors d'émotions négatives.

Conformément à ce qui est décrit dans la littérature, les patients présentant un TSPT et un TUS auraient significativement plus souvent recours à des stratégies de régulation émotionnelles inadaptées, et la sévérité des symptômes de TSPT seraient liée significativement à ces stratégies inadaptées (Tull et al. 2018; 2015; Weiss et al. 2015). L'intensité des difficultés de régulation émotionnelle est liée significativement à la sévérité des symptômes de TSPT (Sippel et al. 2015).

D'autres auteurs expliquent le lien entre le TSPT et le trouble de l'usage d'alcool par l'absence ou les mauvaises compétences en régulation émotionnelle. Pour eux, cela favoriserait les conduites d'évitement présent dans le TSPT et l'évolution négative. Le TSPT serait un facteur prédictif de trouble de l'usage de l'alcool chez les patients présentant de faibles compétences en régulation émotionnelle (Goldstein et al. 2017).

Nous avons envisagé que nos patients TPST + présenteraient des niveaux plus élevés d'impulsivité que les patients présentant un TUS sans TPST. Nos résultats viennent étayer cette hypothèse. Les patients présentant un TUS et un TSPT auraient des niveaux d'impulsivité supérieurs que les patients TUS sans TPST, dans toutes les dimensions d'impulsivité mesurées avec l'UPPS-P. Ils présentent significativement plus tendance à développer de fortes réactions en réponses aux émotions négatives, mais significativement moins de capacités à prendre en compte les conséquences possible d'un comportement avant de le réaliser, également significativement moins de capacités à rester concentrer sur une tâche. Nous avons mis en évidence également chez ces patients une tendance significative à rechercher les sensations fortes, à développer des comportements qui peuvent être considérés comme imprudents lorsque l'état émotionnel ressenti est intense.

Nos résultats sont en accord avec Junglen et al en 2019 qui révèlent des niveaux plus élevés d'urgence négative chez les patients présentant cette pathologie duelle. Ils font l'hypothèse que l'impulsivité, et particulièrement l'urgence négative, est incluse dans le modèle de comorbidité : TSPT et TUS (Junglen et al. 2019). D'autres études corroborent le lien entre TUS-TSPT comorbides et des niveaux significatifs d'impulsivité (Schaumberg et al. 2015).

Les traits de personnalités impulsifs au même titre que la dépression ou l'anxiété serait des facteurs prédictifs de TSPT chez des patients présentant un TUS comorbide. Ces caractéristiques prédiraient également le niveau de sévérité du TSPT. Dans le détail des niveaux d'impulsivité étudiés dans cette étude, seul des niveaux de persévérance significativement inférieurs étaient un facteur prédicteur de TSPT dans cette population (Evren et al. 2018).

Nous nous sommes intéressés aux traits de personnalité que pouvaient présenter ces patients (TSPT –TUS). Nous avons remarqué que les patients TSPT et TU comorbides présentaient des traits de personnalité de type Nevrosime plus importants et des traits de personnalité de type contrôle significativement moins présents.

Certaines dimensions de personnalité sont significativement plus fréquemment retrouvées chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance, l'extraversion et le névrosisme (Coëffec 2011). On retrouve également dans chez les patients présentant un TUS des traits de personnalité significativement moins importants de contrôle et de conscience (Coëffec 2011; Walton et Roberts 2004).

En revanche, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude explorant les traits de personnalité chez les patients présentant la comorbidité TSPT et TUS.

Nous avons également fait l'hypothèse que les patients présentaient des capacités d'ajustement au stress, ou mécanismes de coping, moins efficaces ou plus inadaptés que les patients TUS seul. Nous avons retrouvés des résultats qui viennent encore une fois souligner d'autres résultats d'une étude conduite par Lalonde et al. (Lalonde 2011). Nos patients TSPT-TUS présentaient significativement plus de conduites d'évitement (désengagement comportemental, le blâme, le déni, l'évitement avec l'utilisation de substance mais aussi sans substance), de conduite de distraction et une recherche de soutien émotionnel.

Ouimette et al en 1999, retrouvaient dans leur échantillon de patients TSPT et TUS comorbide une tendance significative au recours aux stratégies inadaptées comme les conduites d'évitement et le moindre recours aux stratégies adaptées (Ouimette, Finney, et Moos 1999). Donard et al en 2013, avancent la possibilité de l'utilisation de stratégies de coping inadaptées, combinée à une l'altération de l'estime de soi et une altération du soutien social perçu, pourraient conduire à une mauvaise régulation émotionnelle (Dorard, Bungener, et Berthoz 2013).

Ces résultats suggèrent une interrelation complexe entre les différents facteurs psychologiques d'adaptation au stress dans le cas de cette pathologie duelle.

L'altération d'un ou plusieurs facteurs intervenant dans cet équilibre permettant l'adaptation et la résilience du patient, pourrait expliquer le lien entre la sévérité des symptômes des troubles et l'évolution négative.

D'après la théorie de l'automédication, les patients recherchent dans la substance psychoactive, le soulagement, l'évitement de l'émotion négative, ce que certains mécanismes défaillants chez ces patients ne peuvent pas soulager.

D'après nos résultats et ceux retrouvés dans la littérature : l'état émotionnel négatif récurrent, sa recherche de soulagement inadaptée dans l'évitement ou la distraction, l'absence ou les stratégies insuffisantes pour permettre la régulation émotionnelle, auxquels s'ajoutent la présence potentielle de traits de personnalité impulsifs pourraient définir un profil de patients caractéristiques de TSPT et TUS comorbides.

5.5 Facteurs prédictifs de Trouble de stress post traumatique chez les patients souffrant d'addiction

D'après nos résultats, le trouble de l'usage d'opiacés serait un facteur prédictif de trouble de stress post traumatique dans cette population.

L'existence d'un lien bidirectionnel entre les deux troubles pourrait s'expliquer par l'interaction complexe des différentes symptomatologies, la recherche de soulagement émotionnelle avec l'usage d'opiacés, la réduction du stress, d'une douleur associée générée par les symptômes physiques d'anxiété, mais peut être également par la modification de circuits intracérébraux par mécanismes neurobiologiques similaires. D'après Elman et al en 2019, il existerait une susceptibilité plus importante des patients TSPT à développer un TUO.

De plus, le TSPT et le TUO partageraient certaines particularités neurobiologiques, qui seraient : une altération commune du circuit de récompense (par l'exposition répétée au stress pour le TSPT). Ils décrivent une augmentation du tonus opioïdique central et périphérique chez les patients présentant un TSPT. Ainsi, comme les patients présentant un TUO, une activité opioïdique sur le SNC exagérée chez ces patients pourrait contribuer aux réactions de stress et de douleur « anti-récompense » sensibilisées. Ils ajoutent que l'amplification de neurotransmetteurs excitateurs (glutamate) interviendrait dans la sensibilisation générale au stress du SNC, ainsi que dans la modulation de réponses hypersensibles aux stimuli stressant conditionnés. Cela influencerait l'évolution des deux troubles quand il est comorbide, puisque cela améliorerait la réactivité des récepteurs liés au système opioïde aux signaux de stress et

donc d'augmenter la consommation excessive de produit, « spiraling distress cycle » (Elman et Borsook 2019).

Finalement, la théorie de l'automédication ne semble plus suffisante pour expliquer l'interaction de TSPT et le TUS. En revanche, l'hypothèse d'un terrain initial, constitué de facteurs de vulnérabilités communs pourrait être une explication possible. Ces différents points de vu pourraient être adaptés, plusieurs mécanismes psychopathologiques ou neurobiologiques pourraient venir expliquer, étayer cette théorie. Le renforcement de certains mécanismes neurobiologiques initialement dysfonctionnels et modifiés (circuit de récompense) par l'évolution séquentiel d'un TUS et d'un TSPT pourrait être une autre hypothèse de recherche.

Peut être qu'une recherche complémentaire dans l'association trouble de stress post traumatique et trouble de l'usage des opiacés pourrait être intéressante, et notamment la comparaison de l'intensité des symptômes du TSPT et la posologie du traitement de substitution aux opiacés prescrite au patient.

5.6 Limites

Notre étude présente plusieurs limites. On peut d'abord citer le faible effectif de patient inclus dans l'étude. A cela, s'ajoute l'impossibilité de quantifier la proportion de patients auxquels la participation a été proposée et le nombre de patients n'ayant pas rendu l'auto-questionnaire.

Notre étude s'étendant sur quatre sites différents, et proposée par différents membres des équipes des CSAPA, nous n'avons pas réussi à tracer le nombre exact d'auto-questionnaires distribués. Il aurait été intéressant d'obtenir ces informations et de comparer les patients participants avec les patients n'ayant pas rendu l'auto-questionnaire afin de mettre en évidence des biais potentiels à l'inclusion.

De plus, notre auto-questionnaire présentait un nombre important de question et nécessitait d'une vingtaine de minutes en moyenne pour le remplir entièrement. Cela nécessitait donc des capacités d'attention et de concentration efficaces. De plus, la deuxième partie était un entretien semi structuré. Cela suggère un risque de biais de déclaration et de mémorisation relatif à prendre en compte.

Les patients inclus étaient des patients issus de la file active de médecin psychiatre ou d'internes de psychiatrie effectuant leur semestre dans les services où s'effectuait le recrutement. Nous devons évoquer le risque d'un biais de recrutement et de surestimation du nombre de troubles psychiatriques et donc du TSPT.

Nous avons choisi de ne pas utiliser la M.I.N.I pour le diagnostic de TSPT chez nos patients. Cet outil pourrait avoir comme effet de sous évaluer la prévalence du trouble, les critères

diagnostics étant moins nombreux et plus sélectifs. Elle ne semblait pas adaptée à notre travail de recherche contrairement à la PCL-5. En effet, Kok et al en 2013, retrouvait une faible sensibilité (0,58) et une spécificité plus élevée (0,91) pour la section du M.I.N.I. concernant le TSPT (Kok et al. 2013).

Cependant, parmi notre population de patients, 90% avait un score supérieur à 33 à la PCL-5, ce qui veut dire que la plupart des patients remplissait une grande partie des critères significatifs de TSPT. Cela pourrait venir corroborer l'hypothèse d'une surestimation de la prévalence du TSPT dans notre population d'étude.

5.7 Intérêts

Notre travail a permis de mettre en évidence une prévalence importante du TSPT dans la population de patients présentant une addiction et venant consulter en CSAPA. Notre échantillon devait représenter au moment de l'étude environ 15% de la file active en CSAPA. Cette forte prévalence vient renforcer l'idée d'une recherche systématique du TSPT chez les patients consultant en CSAPA. Les autres résultats retrouvés viennent ajouter de l'intérêt au dépistage : les comorbidités associées, la proportion importante des patients présentant la dualité présentant également un nombre important de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité, de trouble de l'humeur, et le risque suicidaire élevé dans notre population d'addicts. A cela s'ajoute le plus grand nombre de troubles de l'usage de substances que peuvent présenter les patients TSPT et addiction comorbides.

L'évolution bien souvent plus compliquée de cette pathologie duelle sous entend la mise en place d'une prise en charge associée des comorbidités psychiatriques et addictologiques pour tenter de favoriser une évolution plus favorable des troubles. En effet, dans le cas de cette association, la plupart des données de la littérature s'accordent à dire qu'une prise en charge cocomitante des deux troubles permettrait une amélioration des symptômes du TUS et du TSPT.

Le modèle de psychothérapie intégré est le modèle recommandé par différents auteurs. (Sudie E. Back et al. 2019; 2014; Allen, Crawford, et Kudler 2016; Japuntich et al. 2019; Roberts et al. 2015a). Cependant, les auteurs préconisent également une adaptation individuelle de la psychothérapie, ce qui nous permet de douter de la possibilité de comparer objectivement certaines techniques de psychothérapie. Mais d'un autre côté, cela vient renforcer l'idée d'une adaptation d'un modèle de traitement jugé efficace, aux caractéristiques psychologiques objectivement plus fréquemment retrouvés chez les patients présentant cette comorbidité. Les caractéristiques psychologiques préférentielles des patients TSPT et TUS pourraient être des pistes psychothérapeutiques intéressantes.

Une étude menée par Charney et al en 2004, a montré que certains facteurs psychologiques pouvaient favoriser la résilience chez des patients exposés de façon chronique au stress. Ces facteurs étaient : l'hédonisme, l'optimisme, le « learn helpfulness », les comportements efficaces en situations de stress, le comportement social adapté, l'altruisme, et le travail d'équipe (Charney 2004). Le travail psychothérapeutique pourrait passer par une rééducation des mécanismes d'adaptation au stress, d'une régulation émotionnelle efficace, de la gestion d'une impulsivité, et de l'assouplissement de certains traits de personnalité.

Il serait intéressant de savoir si ces mécanismes d'adaptation au stress (difficultés de régulation émotionnelle, impulsivité, stratégies de coping inadaptées et traits de personnalité nevrosism) seraient des facteurs prédictifs de TSPT chez les patients TUS.

Enfin, nous pourrions discuter de l'intérêt d'une formation spécifique, le développement de compétences, en ce qui concerne le trouble de stress post traumatique, pour les différentes équipes travaillant auprès des usagers de substances, afin d'optimiser le repérage et la prise en charge des troubles et de leurs comorbidités, plutôt que de privilégier l'orientation systématique de ces patients vers des structures hyperspécialisées.

CONCLUSION

Ce travail confirme l'intérêt de rechercher le trouble de stress post traumatique chez les patients consultant en CSAPA. Le diagnostic de cette pathologie dans la population de patients présentant une addiction implique une recherche d'autres comorbidités psychiatriques et addictologiques. Il confirme également l'intérêt du repérage et de la prise en charge d'éventuelles addictions chez les patients présentant un trouble de stress post traumatique d'intensité sévère ou réfractaire aux traitements mis en place.

Certains facteurs psychologiques d'adaptation au stress comme, la régulation émotionnelle, les stratégies d'ajustement au stress (coping), l'impulsivité, et les traits de personnalité semblent être déterminants dans la relation complexe entre le TSPT et l'addiction.

Les comorbidités et caractéristiques psychologiques devraient être à prendre en compte dans le développement ou l'ajustement thérapeutique. Le travail psychothérapeutique pourrait être ajusté aux caractéristiques psychologiques propres à cette population et pourrait passer par une rééducation des mécanismes d'adaptation au stress, d'une régulation émotionnelle efficace, de la gestion d'une impulsivité et l'assouplissement de certains traits de personnalité.

Des études ultérieures sont nécessaires pour expliquer le lien complexe existant entre le trouble de stress post traumatique et l'addiction.

Il serait intéressant d'étudier, les différents mécanismes d'adaptation au stress (difficultés de régulations émotionnelle, impulsivité, stratégies de coping inadaptés et traits de personnalité Nevrosism) afin de déterminer s'il s'agit de facteurs prédicteurs de TSPT chez les patients présentant une addiction.

Nous pourrions ajouter, l'intérêt d'une nouvelle recherche en ce qui concerne l'association entre le trouble de stress post traumatique et le trouble de l'usage d'opiacés, notamment en comparant l'intensité des symptômes du TSPT et la posologie du traitement de substitution aux opiacés prescrite aux patients.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un trouble de l'usage selon le DSM-V

- 1- Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- 2- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
- 3- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer des effets.
- 4- Craving ou envie intense de consommer le produit.
- 5- Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
- 6- Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du produit.
- 7- Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- 8- L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- 9- Activités sociales, occupationnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation du produit.
- 10- Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de produit.
- 11- Sevrage caractérisé diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de produit.
 - Syndrome de sevrage du produit caractérisé
 - Le produit ou une substance proche sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 2 : Critères d'addiction comportementale selon Goodman, 1990

- 1- Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement.
- 2- Tension croissante avant d'initier le comportement
- 3- Plaisir ou soulagement au moment de l'action.
- 4- Perte de contrôle en débutant le comportement.
- 5- Symptômes évoluant depuis plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période.
- 6- Au moins cinq critères parmi les neuf suivants :
 - Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci.
 - Engagement plus intense ou plus longue que prévu dans le comportement
 - Efforts répétés pour réduire ou arrêter le comportement.
 - Temps considérable passé à réaliser le comportement
 - Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
 - L'engagement dans le comportement empêche de remplir ses obligations sociales, familiales ou professionnelles
 - Poursuite du comportement malgré les problèmes sociaux.
 - Tolérance marquée.
 - Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement.

Annexe 3 : Critères diagnostique DSM-5 du Trouble de Stress Post Traumatique

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A :

avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- 1.en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
- 2.en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
- 3.en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
- 4.en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque :Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

- 1.Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
- 2.Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- 3.Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;
- 4.Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
- 5.Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

- 1.Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
- 2.Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

- 1.Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues)
- 2.Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
- 3.Idees déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
- 4.État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ; 6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ; 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréflecti ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants : 1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ; 2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Annexe 4 : Auto-questionnaire



Notice d'information :

Projet : Trouble de stress post traumatique chez les patients suivis aux CSAPA-37 : Prévalence, comorbidités et facteurs psychologiques associés.

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à la réalisation de cette étude et nous vous remercions de votre confiance.

Le déroulement de l'étude se fait en deux parties. Dans un premier temps nous vous proposerons de remplir le questionnaire d'auto-évaluation suivant, ce qui vous prendra environ 40 minutes. Suite à cela, nous vous proposerons de participer à un entretien recherche d'une durée d'environ 30 minutes. Ces entretiens se dérouleront dans les locaux des différents CSAPA.

Il s'agit d'un projet de thèse de psychiatrie. L'objectif de cette recherche est de déterminer la prévalence du trouble de stress post traumatique chez les patients présentant une addiction et consultant en CSAPA dans l'Indre et Loire. Il s'agit également de déterminer les caractéristiques psychologiques de ses patients, leurs comorbidités.

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension de cette pathologie chez les patients souffrant d'addiction afin de proposer une prise en charge adaptée. A notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort.

Votre participation à cette recherche est anonyme. Les données obtenues feront l'objet d'un traitement statistique, respectant la confidentialité de chacun. Ainsi, aucune donnée permettant de révéler votre identité ne sera dévoilée.

Votre participation est libre et entièrement volontaire. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude ou d'interrompre votre participation à tout moment, ainsi que de demander la destruction des données vous concernant. Ces décisions n'auront aucun effet sur votre prise en charge et les résultats pourront vous être communiqués au décours d'une consultation.

Merci d'adresser toute votre correspondance à

ELSA-37 : CHRU de TOURS – F.37044 TOURS Cedex 9 – Tel : 33.(0)2.47.47.80.92

Certaines questions vous paraîtront répétitives et d'autres bizarres, indiscretes ou compliquées, mais la consigne est de répondre **la première chose qui vous vient à l'esprit** (même si cela semble contradictoire avec des réponses précédentes). Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des propositions, les questionnaires sont faits pour gérer les contradictions.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous verrez que chaque question comporte plusieurs propositions de réponses. Pour chaque question, merci d'indiquer à l'aide d'une croix la réponse qui correspond le mieux à **ce que vous ressentez** et soyez attentif à **répondez à toutes les questions**.

Ce document est imprimé recto-verso.

Bien cordialement.

Sophie CATANANTI
Interne de psychiatrie

Dr Hussein El-Ayoubi
Psychiatre

Dr Servane Barrault
Docteur en psychologie

Merci d'adresser toute votre correspondance à

ELSA-37 : CHRU de TOURS – F.37044 TOURS Cedex 9 – Tel : 33.(0)2.47.47.80.92



Formulaire de Consentement libre, éclairé et exprès :

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude sur la prévalence du jeu pathologique chez une population de personnes bénéficiant de soins en addictologie, ainsi qu'une détermination du profil et la recherche de spécificités de cette population en la comparant à des personnes souffrant d'autres troubles addictifs. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux retirer ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès du CHRU de Tours.

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

Nom :

Prénom :

Signature :

INFORMATION GENERALES :

Date : / /

Date de naissance : / /

Âge: ans

Sexe:

- Homme
- Femme

Situation familiale:

- Célibataire
- Marié(e), pacsé(e), en concubinage
- Séparé(e) ou divorcé(e)
- Veuf (veuve)

Diplôme obtenu:

- Aucun
- Certificat d'études primaires ou équivalent (fin du primaire)
- BEPC ou équivalent (fin du collège)
- Baccalauréat général, professionnel ou équivalent
- Diplôme d'études supérieures après le bac
- Autres

Avez-vous des enfants?

- Oui
- Non

Activité professionnelle:

- En activité à temps plein
- En activité à temps partiel
- Travail irrégulier (CDD courts, intérim...)
- Chômage
- Invalidité ou longue maladie
- Retraite
- Etudiant
- Autre

Catégorie socioprofessionnelle:

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (dont professions libérales, professeurs, professions artistiques ou ingénieurs)
- Professions intermédiaires (dont instituteurs, professions de la santé et du social, religieux, technicien et contremaîtres)
- Employés (dont militaires, policiers)
- Ouvriers (dont chauffeurs)
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle (dont chômeurs n'ayant jamais travaillé, étudiants)

Motif de consultation :

Pour quelle(s) addiction(s) consultez-vous actuellement (plusieurs réponses possibles)?

- Alcool Héroïne Tabac
- Cannabis Cocaïne Médicaments (anxiolytiques, sédatifs)
- Jeux de hasard et d'argent (jeux à gratter, jeu de loterie, paris hippiques, paris sportifs, poker, casinos, ...)
- Autre (merci de préciser) :

Parmi les comportements suivants, vous est déjà arrivé d'avoir des envies irrépessibles pour ces comportements, de les faire de manière de plus en plus fréquente, d'avoir du mal à les contrôler et de les poursuivre malgré la connaissance de conséquences négatives pour vous ou votre entourage ? Si oui, merci de cocher les comportements concernés dans la grille ci-dessous.

, Non , Oui

- Activités sexuelles Achats Internet
- Alimentation Sport Jeux vidéo
- Jeux de hasard et d'argent (jeux à gratter, jeu de loterie, paris hippiques, paris sportifs, poker, casinos, ...)

Définition des jeux d'argent et de hasard :

Les jeux sont d'argent et de hasard lorsqu'ils reposent :

- Sur l'argent : le joueur mise de l'argent qu'il ne peut reprendre dans l'espoir d'un gain
- Sur le hasard : l'issue du jeu repose principalement ou uniquement sur le hasard

Les lieux des jeux d'argent et de hasard sont principalement : les PMUs, les casinos, Internet, et jeux de grattage sur smartphone.

Les questions suivantes portent sur le type de jeux de hasard et d'argent auquel vous avez participé dans les douze derniers mois.

Veuillez indiquer auxquels des types de jeux suivants vous avez déjà joué. Pour chacun, **cochez la case** si vous y avez joué **au moins une fois par semaine** au cours de l'année.

	Jeux de hasard classiques	Jeux de hasard en ligne
Jeux de cartes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de dés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pari sur des animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pari sportif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tables de casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de grattage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux de loterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machine à sous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actes illégaux en lien avec le jeu:

Les personnes jouant aux jeux de hasard et d'argent peuvent parfois commettre des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu. Avez-vous déjà commis des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu ?

- Oui Non

Les questions suivantes portent sur votre participation éventuelle à des jeux de hasard et d'argent (jeux à gratter, jeu de loterie, paris hippiques, paris sportifs, poker, casinos, ... que ces jeux soient pratiqués en bar-tabac ou en ligne sur internet).

Au cours des 12 derniers mois :

	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Presque toujours
1. Avez-vous déjà misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Êtes-vous retourné(e) jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Vos habitudes de jeu ont-elles causées des difficultés financières à vous ou à votre ménage (votre entourage) ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Désapprouve fortement	Désapprouve un peu	N'approuve ni ne désapprouve	Approuve un peu	Approuve fortement
1	2	3	4	5

Je me vois comme quelqu'un qui

1. ___ est réservé.

2. ___ fait généralement confiance aux autres.

3. ___ a tendance à être paresseux.

4. ___ est "relaxé", détendu, gère bien les stress.

5. ___ est peu intéressé par tout ce qui est artistique.

6. ___ est sociable, extraverti.

7. ___ a tendance à critiquer les autres.

8. ___ travaille consciencieusement.

9. ___ est facilement anxieux.

10. ___ a une grande imagination.

Ce questionnaire permet d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Merci de répondre en cochant à chaque fois une seule case par énoncé en précisant si celui-ci vous correspond: **Presque jamais**, **Quelques fois**, **La moitié du temps**, **La plupart du temps** ou **Presque toujours**.

Presque jamais	Quelques fois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
0	1	2	3	4

1. J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments.
2. Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens
3. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à terminer un travail
4. Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable
5. Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps
6. Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)
7. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses
8. Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable
9. Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion
10. Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)
11. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement

12. Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien à faire pour que je puisse me sentir mieux.

13. Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion

14. Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal

15. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose

16. Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus

Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et comment vous vous êtes comporté **au cours des 6 derniers mois**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5
1. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait?	<input type="checkbox"/>				
2. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation ?	<input type="checkbox"/>				
3. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés pour vous souvenir de vos rendez-vous ou de vos engagements ?	<input type="checkbox"/>				
4. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à éviter ou à remettre à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion ?	<input type="checkbox"/>				
5. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis(e) pendant un long moment ?	<input type="checkbox"/>				
6. Avec quelle fréquence vous sentez-vous trop actif/active ou obligé(e) de faire des choses, comme si vous étiez actionné(e) par un moteur ?	<input type="checkbox"/>				

Les questions suivantes concernent votre enfance :

Comme enfant j'étais (ou j'avais)	Pas du tout ou très légèrement	Légèrement	Modérément	Assez	Beaucoup
1. Des problèmes de concentration, facilement distrait(e).					
2. Anxieux(se), se faisant du souci.					
3. Nerveux(se), ne tenant pas en place.					
4. Inattentif(ve), rêveur(se).					
5. Facilement en colère, « soupe au lait ».					
6. Des éclats d'humeur, des accès de colère.					
7. Des difficultés à me tenir aux choses, à mener ses projets jusqu'à la fin, à finir les choses commencées.					
8. Têtu(e), obstiné(e).					
9. Triste ou cafardeux(se), déprimé(e), malheureux(se).					
10. Désobéissant(e) à mes parents, rebelle, effronté(e).					
11. Une mauvaise opinion de moi-même.					
12. Irritable.					
13. D'humeur changeante, avec des hauts et des bas.					
14. En colère.					
15. Impulsif(ve), agissant sans réfléchir.					
16. Tendance à être immature.					
17. Culpabilisé(e), plein(e) de regrets.					
18. Une perte du contrôle de moi-même.					
19. Tendance à être ou à agir de façon irrationnelle.					
20. Impopulaire auprès des autres enfants, ne gardant pas longtemps mes amis, ne m'entendant pas avec les autres enfants.					
21. Du mal à voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.					
22. Des ennuis avec les autorités, l'école, convoqué(e) au bureau du proviseur.					
A l'école j'étais (j'avais ou j'ai)					
23. Dans l'ensemble un(e) mauvais(e) élève, apprenant lentement.					
24. Des difficultés en mathématiques ou avec les chiffres.					
25. En dessous de son potentiel.					

Consigne : Nous nous intéressons maintenant à la manière avec laquelle les personnes réagissent ou répondent lorsqu'elles sont confrontées à des événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer **ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant.**

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Je détermine une ligne d'action et je la suis.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Je me dis que ce n'est pas réel.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Je me critique.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. J'abandonne l'espoir de faire face.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Je prends la situation avec humour.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
18. J'exprime mes sentiments négatifs.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
21. Je refuse de croire que ça m'arrive.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
24. Je planifie les étapes à suivre.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
27. Je prie ou médite.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
28. Je m'amuse de la situation.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Avant de continuer, merci de vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions. Merci.

Consigne : Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes Tout à fait d'accord avec l'affirmation, cochez la case 1. Si vous êtes Plutôt d'accord cochez la case 2. Si vous êtes Plutôt en désaccord, cochez la case 3. Si vous êtes Tout à fait en désaccord, cochez la case 4.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
1. D'habitude, je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand je suis vraiment enthousiaste, j'ai tendance à ne pas penser aux conséquences de mes actions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'aime parfois faire des choses qui sont un peu effrayantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'achève ce que je commence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'éprouve du plaisir à prendre des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quand je suis ravi(e), je ne peux pas m'empêcher de m'emballer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'aggrave souvent les choses, parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. D'habitude, je me décide après un raisonnement bien mûri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quand je suis vraiment enthousiaste, j'agis souvent sans réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je suis une personne productive qui termine toujours son travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette par la suite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non-conformistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quand je suis très heureux / heureuse, j'ai l'impression qu'il est normal de céder à ses envies ou de se laisser aller à des excès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une liste d'évènements difficiles à vivre ou très stressants sont répertoriés ci-dessous. Pour chaque événement, cochez une ou plusieurs des cases de droite en précisant:
 (a) **Non** si cela ne vous est pas arrivé,
 (b) **Oui**, si cela vous est arrivé personnellement ou si vous avez été témoin de cet événement,
 (c) **NSP** si vous ne savez pas, si vous ne vous rappelez plus ou si vous ne souhaitez pas répondre.

	Non	Oui	NSP
Évènement			
1. Catastrophe naturelle (par exemple, inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3. Accident de transport (par exemple, accident de voiture, naufrage en bateau, déraillement de train, catastrophe aérienne)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4. Accident de travail ou domestique graves survenu pendant une occupation non professionnelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5. Exposition à une substance toxique dangereuse (produits chimiques, radiations)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6. Agression physique (par exemple, avoir été attaqué, battu, poignardé, tabassé)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7. Agression avec une arme (par exemple, avoir été visé, menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, tout autre acte sexuel commis de force ou sous la menace d'une arme)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9. Autre "expérience" sexuelle pénible, commise contre son gré	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10. Combat ou exposition à une zone en guerre (en tant que militaire ou en tant que civil)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11. Captivité (par exemple avoir été kidnappé, retenu en otage ou prisonnier de guerre)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12. Maladie ou blessure menaçant la survie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
13. Souffrance humaine grave	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
14. Mort soudaine, violente (par exemple, homicide, suicide)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
15. Mort soudaine, inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
16. Blessure grave, dommage important ou mort causés par vous à quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17a. Autre événement très stressant ou expérience pénible.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
17b. Si oui, préciser :			

Si vous avez répondu « Oui » à au moins une des questions précédentes, merci de répondre au questionnaire ci-dessous (en considérant l'événement qui vous a le plus stressé).

Si vous avez répondu « Non » à toutes les questions de la page précédente, merci de passer à la page suivante.

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant (= l'événement de la page précédente qui vous a le plus stressé). Veillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
18. Être perturbé(e) par des souvenirs répétitifs, involontaires, et envahissants de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
19. Être perturbé(e) par des rêves répétitifs en relation avec cette expérience ?	0	1	2	3	4
20. Brusquement agir ou sentir comme si l'expérience stressante se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) ?	0	1	2	3	4
21. Se sentir en détresse lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
22. Avoir des réactions physiques marquées lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (p. ex., battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs) ?	0	1	2	3	4
23. Éviter des souvenirs, des pensées, ou des sentiments qui sont en lien avec votre expérience stressante ?	0	1	2	3	4
24. Éviter des rappels externes de l'expérience stressante (p. ex., des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?	0	1	2	3	4
25. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
26. Avoir des croyances ou attentes négatives exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou le monde (p. ex. : je suis mauvais(e), j'ai un problème sérieux, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux)	0	1	2	3	4
27. Se blâmer ou à blâmer d'autres personnes à propos de la cause ou des conséquences de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
28. Avoir des émotions négatives exagérées, comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité, ou la honte ?	0	1	2	3	4
29. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir ?	0	1	2	3	4
30. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes ?	0	1	2	3	4
31. Difficulté d'éprouver des émotions positives (p. ex., incapacité d'éprouver de la joie ou des sentiments affectueux) ?	0	1	2	3	4
32. Agir de façon irritable, avec des crises de colère, ou de façon agressive ?	0	1	2	3	4
33. Prendre des risques ou avoir un comportement qui peut nuire ?	0	1	2	3	4
34. Être en état de super-alarmer, sur la défensive, ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
35. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
36. Avoir des difficultés à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
37. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e) ?	0	1	2	3	4

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer le retentissement de votre consommation d'alcool.

1- Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus 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 9
- 10 ou plus

3- Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Chaque jour ou presque

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

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Chaque jour 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
- Chaque jour ou presque

6- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Chaque jour 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
- Chaque jour ou presque

8- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Chaque jour ou presque

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

- Non
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois
- Oui, au cours des 12 derniers mois

10- Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- Non
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois
- Oui, au cours des 12 derniers mois

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer la dépendance physique à la nicotine.

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 premières minutes
- Entre 6 et 30 minutes
- Entre 31 et 60 minutes
- Après 60 minutes

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- Oui
- Non

3. A quelle cigarette renonceriez-vous plus difficilement ?

- La première le matin
- N'importe quelle autre

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins
- 11 à 20
- 21 à 30
- 31 ou plus

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui
- Non

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- Oui
- Non

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer le retentissement de votre consommation de cannabis.

		Oui	Non
1	Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?		
2	Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?		
3	Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?		
4	Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?		
5	Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?		
6	Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?		

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre enfance et votre adolescence. Pour chacune des questions, encerclez le numéro qui décrit le mieux ce que vous ressentez. Bien que certaines questions soient de nature personnelle, nous vous demandons d'y répondre le plus honnêtement possible.

Vos réponses demeureront confidentielles. Les questionnaires complétés sont strictement utilisés aux fins de cette recherche. Aucune copie ne sera mise en circulation, ces documents étant confidentiels.

1 Jamais vrai	2 Rarement vrai	3 Quelquefois vrai	4 Souvent vrai	5 Très souvent vrai
Durant ma croissance				
1. J'ai manqué de nourriture.				
1	2	3	4	5
2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger				
1	2	3	4	5
3. Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) » ou « laid(e) »				
1	2	3	4	5
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants				
1	2	3	4	5
5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi				
1	2	3	4	5
6. J'ai dû porter des vêtements sales				
1	2	3	4	5
7. Je me sentais aimé(e)				
1	2	3	4	5
8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance				
1	2	3	4	5
9. J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisé(e)				
1	2	3	4	5
10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille				
1	2	3	4	5
11. J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques				
1	2	3	4	5
12. J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur)				
1	2	3	4	5
13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille				
1	2	3	4	5
14. J'ai été bousculé(e) par les membres de ma famille				
1	2	3	4	5

1 Jamais vrai	2 Rarement vrai	3 Quelquefois vrai	4 Souvent vrai	5 Très souvent vrai
Durant ma croissance				
15. Je me croyais abusé(e) physiquement				
16. J'ai grandi dans un entourage idéal				
17. J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu				
18. Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait				
19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres				
20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes				
21. Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'ai des contacts sexuels avec lui/elle				
22. J'avais la meilleure famille au monde				
23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles				
24. J'ai été maltraité(e)				
25. Je croyais être abusé(e) émotionnellement				
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire				
27. Je croyais être abusé(e) sexuellement				
28. Ma famille était source de force et de support				

Toute l'équipe de recherche vous remercie pour votre précieuse coopération et pour le temps que vous avez consacré à remplir ces questionnaires.

Merci de vérifier une dernière fois que vous ayez bien répondu à chaque question.

Vous pouvez si vous le souhaitez mettre un/des commentaire(s) à propos de ces questionnaires et/ou sur votre situation personnelle.

Avez-vous eu des difficultés à bien comprendre les questions posées ?	Pas du tout (0)	Un peu (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)
--	--------------------	---------------	----------------	----------------	---------------------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BES

Instructions : ci-dessous sont présentés des groupes de plusieurs phrases. Lisez toutes les phrases de chaque groupe et, pour chaque groupe de phrase, entourez le chiffre qui correspond le mieux à vos sentiments concernant les problèmes que vous rencontrez pour contrôler votre alimentation.

I

- 1- Je ne me sens pas gêné(e) par mon poids ou la taille de mon corps quand je suis avec les autres.
- 2- Je suis soucieux(se) de mon apparence physique vis-à-vis des autres, mais en général, je ne suis pas déçu(e) par moi-même ;
- 3- Je suis gêné(e) par mon apparence et mon poids qui me déçoivent.
- 4- Je suis très gêné(e) par mon poids et fréquemment j'ai honte de moi-même et je me dégoûte. J'essaie d'éviter les contacts sociaux à cause de cette gêne.

II

- 1- Je n'ai aucune difficulté pour manger doucement de manière convenable.
- 2- Bien que j'aie l'impression d'avaler rapidement la nourriture, je ne termine pas en me sentant rempli(e) d'avoir trop mangé.
- 3- Parfois, j'ai tendance à manger rapidement et ensuite je me sens mal à l'aise d'être trop rempli(e).
- 4- J'ai l'habitude d'avaler ma nourriture sans vraiment la mâcher. Quand cela m'arrive, j'ai souvent l'impression d'être bourré(e) parce que j'ai trop mangé.

III

- 1- Je me sens capable de contrôler mes envies irrésistibles de nourriture quand je le veux.
- 2- J'ai l'impression de moins bien contrôler mes conduites alimentaires que la plupart des gens.
- 3- Je me sens absolument désespéré(e) quand il me vient à l'esprit de vouloir contrôler mes envies irrésistibles de nourriture.
- 4- Comme je me sens désespéré(e) pour contrôler mon alimentation, je suis vraiment sans espoir de pouvoir essayer de me contrôler.

IV

- 1- Je n'ai pas l'habitude de manger quand je m'ennuie.
- 2- Je mange parfois quand je m'ennuie, mais souvent je suis capable de m'occuper et de ne plus penser à la nourriture.
- 3- J'ai l'habitude de manger quand je m'ennuie, mais parfois je peux faire une autre activité pour chasser l'alimentation de mes pensées.
- 4- J'ai la grande habitude de manger quand je m'ennuie. Rien ne semble m'aider à supprimer cette habitude.

V

- 1- Habituellement j'ai faim quand je mange quelque chose.
- 2- Parfois, je mange de manière impulsive même si je n'ai pas vraiment faim.
- 3- J'ai l'habitude de manger des aliments que je n'aime pas vraiment pour satisfaire mon envie de nourriture même si je n'ai pas faim.
- 4- Même si je n'ai pas faim, j'ai une sensation de faim dans la bouche qui ne semble être satisfaite qu'en mangeant de la nourriture, par exemple un sandwich, qui remplit ma bouche. Parfois, après avoir mangé pour satisfaire cette sensation de faim, je recrache la nourriture pour ne pas prendre de poids.

VI

- 1- Je ne ressens aucune culpabilité ni aucun dégoût de moi-même après avoir trop mangé.
- 2- Après avoir trop mangé, je me sens coupable ou je me dégoûte parfois.
- 3- La plupart du temps, je ressens une profonde culpabilité ou un profond dégoût de moi-même après avoir trop mangé.

VII

- 1- Je ne perds jamais totalement le contrôle de mon alimentation quand je fais un régime, même après des périodes d'excès alimentaire.
- 2- Parfois je mange un aliment défendu par le régime, j'ai l'impression de le chasser de ma mémoire et je mange encore plus.
- 3- Fréquemment, quand je mange trop pendant le régime, je me dis : « je viens de faire un écart par rapport au régime, pourquoi ne pas continuer ? ». Quand cela m'arrive, je mange encore plus.
- 4- J'ai l'habitude de commencer un régime strict, mais je l'interromps en continuant mes excès alimentaires. Ma vie semble être soit « festin », soit « famine ».

VIII

- 1- Je mange rarement une telle quantité de nourriture que je me sens trop rempli(e) après.
- 2- Habituellement, environ une fois par mois, je mange une telle quantité de nourriture que je me sens trop rempli(e) après.
- 3- J'ai régulièrement des périodes dans le mois pendant lesquelles je mange de très grandes quantités d'aliments, soit lors des repas, soit en dehors des repas.
- 4- Je mange tant de nourriture, que fréquemment, je ne me sens vraiment pas très bien après les repas et parfois même, j'ai des nausées.

IX

- 1- Habituellement, la quantité de calories que j'ingère ne s'élève pas très haut ni ne descend jamais très bas.
- 2- Parfois, après avoir trop mangé, j'essaie de réduire les calories que j'ingère, au point de ne rien manger pour compenser l'excès alimentaire.
- 3- J'ai l'habitude de beaucoup manger durant la soirée. Il me semble que le plus souvent je n'ai pas faim le matin mais je mange beaucoup le soir.
- 4- Il y a eu des périodes de plusieurs semaines pendant lesquelles dans ma vie d'adulte, je me privais presque totalement de nourriture. Ces périodes succédaient à des périodes de suralimentation. J'ai l'impression d'alterner entre « festin » et « famine ».

X

- 1- Le plus souvent je suis capable de m'arrêter quand je le veux. Je sais quand « trop c'est trop ».
- 2- Assez souvent, j'éprouve un besoin irrésistible de manger que je ne semble pas pouvoir contrôler.
- 3- Fréquemment, j'ai des envies irrésistibles de grande quantité de nourriture que je semble incapable de contrôler, mais à d'autres moments je parviens à contrôler ces pulsions alimentaires.
- 4- Je me sens incapable de contrôler mes pulsions alimentaires. J'ai peur de ne pas pouvoir être capable de m'arrêter volontairement de manger.

XI

- 1- Je n'ai aucun problème pour m'arrêter de manger quand je me sens rempli(e).
- 2- Le plus souvent je peux m'arrêter de manger quand je n'ai plus faim, mais parfois je mange trop, au point de me sentir trop rempli(e).
- 3- J'ai des difficultés à m'arrêter de manger une fois que j'ai commencé et le plus souvent je me sens complètement rempli(e) après avoir mangé un repas.
- 4- Comme j'ai des difficultés à m'arrêter de manger quand je veux, je me fais parfois vomir pour ne plus me sentir trop rempli(e).

XII

- 1- J'ai l'impression de manger autant quand je suis avec les autres (famille, repas en société) que quand je suis seul(e).
- 2- De temps en temps, quand je suis avec d'autres personnes, je ne mange pas autant que je le voudrais parce que je suis gêné(e) par mes habitudes alimentaires.
- 3- Fréquemment, je mange seulement de petites quantités de nourriture quand je suis en présence d'autres personnes, parce que je suis très embarrassé(e) par ma manière de manger.
- 4- Je suis honteux(se) de trop manger que je choisis des moments pendant lesquels personne ne me voit pour manger de grosses quantités d'aliments. J'ai l'impression d'être un(e) « mangeur/mangeuse en cachette ».

XIII

- 1- Je mange trois repas par jour et occasionnellement une collation entre les repas.
- 2- Je mange trois repas par jour, mais je prends aussi souvent un casse-croûte entre les repas.
- 3- Quand je prends des casse-croûtes copieux entre les repas, j'ai l'habitude de sauter les repas.
- 4- Il y a des périodes pendant lesquelles j'ai l'impression de manger continuellement sans avoir de vrai repas planifié.

XIV

- 1- Je ne pense pas beaucoup à essayer de contrôler mes pulsions alimentaires.
- 2- Quelquefois, j'ai l'impression d'être préoccupé(e) par mes tentatives de contrôle de mes crises de « grande bouffe ».
- 3- J'ai l'impression que fréquemment, je passe beaucoup de temps à penser à la quantité d'aliments que j'ai mangée ou que j'ai essayée de ne pas manger.
- 4- J'ai l'impression de consacrer la plupart de mon temps à penser à ce que je mange ou pas. Je ressens comme si j'étais constamment en train de résister pour ne pas manger.

XV

- 1- Je ne pense pas beaucoup à la nourriture.
- 2- J'ai un grand besoin de nourriture mais cela ne dure que pendant de courtes périodes.
- 3- Il y a des jours où je ne peux pas penser à autre chose qu'à la nourriture.
- 4- La plupart de mes journées semble être occupées par des pensées concernant la nourriture. J'ai l'impression de vivre pour manger.

XVI

- 1- Je sais le plus souvent si j'ai faim ou non. Je mange une portion correcte de nourriture pour satisfaire ma faim.
- 2- De temps en temps, je ne suis pas sûr(e) de savoir si j'ai faim ou pas. A ces moments, il m'est difficile de savoir quelle quantité de nourriture je dois prendre pour me rassasier.
- 3- Même si je devrais connaître la quantité de calories que je devrais manger, je n'ai aucune idée de ce qu'est une portion normale pour moi.

BIBLIOGRAPHIE

- Accietto, Cataldo. 2003. « La validation d'une version française du questionnaire A.U.D.I.T. "Alcohol Use Identification Test" »; University of Geneva. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:174>.
- « Addictions ». s. d. Inserm - La science pour la santé. Consulté le 15 juillet 2019. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>.
- « Alcool & Santé ». s. d. Inserm - La science pour la santé. Consulté le 15 juillet 2019. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>.
- Allen, John P., Eric F. Crawford, et Harold Kudler. 2016. « Nature and Treatment of Comorbid Alcohol Problems and Post-Traumatic Stress Disorder Among American Military Personnel and Veterans ». *Alcohol Research : Current Reviews* 38 (1): 133-40.
- Ashbaugh, Andrea R., Stephanie Houle-Johnson, Christophe Herbert, Wissam El-Hage, et Alain Brunet. 2016. « Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) ». *PLOS ONE* 11 (10): e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>.
- Auxéméry, Y. 2012. « L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social ». *L'Encéphale* 38 (5): 373-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.12.003>.
- Back, S. E., et J. L. Jones. 2018. « Alcohol Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: An Introduction. » *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 42 (5): 836-40. <https://doi.org/10.1111/acer.13619>.
- Back, Sudie E., Therese Killeen, Christal L. Badour, Julianne C. Flanagan, Nicholas P. Allan, Elizabeth Santa Ana, Brian Lozano, Kristina J. Korte, Edna B. Foa, et Kathleen T. Brady. 2019. « Concurrent Treatment of Substance Use Disorders and PTSD Using Prolonged Exposure: A Randomized Clinical Trial in Military Veterans ». *Addictive Behaviors* 90 (mars): 369-77. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>.
- Back, Sudie E., Therese K. Killeen, Andrew P. Teer, Emily E. Hartwell, Amanda Federline, Frank Beylotte, et Elizabeth Cox. 2014. « Substance Use Disorders and PTSD: An Exploratory Study of Treatment Preferences among Military Veterans ». *Addictive Behaviors* 39 (2): 369-73. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.017>.
- Bellet, Pauline, et Isabelle Varescon. 2019. « Trouble de stress post-traumatique et trouble de l'usage de substance. État des lieux des connaissances ». *Alcoolologie et Addictologie* 41 (1): 22-32.
- Benyamina, Amine. 2018. « Pathologie duelle, actualités et perspectives ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 176 (8): 742-45. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.016>.
- Benyamina, Amine, et CPNLF. 2014. *Addictions et comorbidités*. Dunod.
- Berenz, Erin C., Roxann Roberson-Nay, Shawn J. Latendresse, Briana Mezuk, Charles O. Gardner, Ananda B. Amstadter, et Timothy P. York. 2017. « Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Epidemiology and order of onset ». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 9 (4): 485-92. <https://doi.org/10.1037/tra0000185>.
- Bernstein, David P., Laura Fink, Leonard Handelsman, Jeffrey Foote, Meg Lovejoy, Katherine Wenzel, Elizabeth Sapareto, et Joseph Ruggiero. 1994. « Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect ». *The American Journal of Psychiatry* 151 (8): 1132-36. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>.
- Berthoz, S. 2015. « Concept d'alimentation Émotionnelle : Mesure et Données Expérimentales ». *European Psychiatry* 30 (8): S29-30. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.088>.
- Biederman, Joseph, Carter Petty, Thomas J. Spencer, K. Yvonne Woodworth, Pradeep Bhide, Jinmin Zhu, et Stephen V. Faraone. 2014. « Is ADHD a risk for posttraumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD ». *The World Journal of Biological Psychiatry* 15 (1): 49-55. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.756585>.

- Billieux, Joël, Lucien Rochat, Grazia Ceschi, Arnaud Carré, Isabelle Offerlin-Meyer, Anne-Catherine Defeldre, Yasser Khazaal, Chrystel Besche-Richard, et Martial Van der Linden. 2012. « Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale ». *Comprehensive Psychiatry* 53 (5): 609-15. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.001>.
- Bjureberg, Johan, Brjánn Ljótsson, Matthew T. Tull, Erik Hedman, Hanna Sahlin, Lars-Gunnar Lundh, Jonas Bjärehed, et al. 2016. « Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16 ». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 38 (2): 284-96. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>.
- Bonnet, A., M. Bejaoui, V. Bréjard, et J.-L. Pardinielli. 2011. « Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 169 (2): 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.04.022>.
- Bonn-Miller, Marcel O., Anka A. Vujanovic, Matthew Tyler Boden, et James J. Gross. 2011. « Posttraumatic Stress, Difficulties in Emotion Regulation, and Coping-Oriented Marijuana Use ». *Cognitive Behaviour Therapy* 40 (1): 34-44. <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.525253>.
- Braga, M. F., V. Aroniadou-Anderjaska, H. Li, et M. A. Rogawski. 2009. « Topiramate Reduces Excitability in the Basolateral Amygdala by Selectively Inhibiting GluK1 (GluR5) Kainate Receptors on Interneurons and Positively Modulating GABAA Receptors on Principal Neurons. » *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 330 (2): 558-66. <https://doi.org/10.1124/jpet.109.153908>.
- Brewerton, Timothy D. 2011. « Posttraumatic stress disorder and disordered eating: Food addiction as self-medication ». *Journal of Women's Health* 20 (8): 1133-34. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3050>.
- Brunault, P., P. Gaillard, N. Ballon, C. Couet, P. Isnard, S. Cook, I. Delbachian, C. Réveillère, et R. Courtois. 2016. « Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique ». *Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population (English)* 42 (5): 426-33. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>.
- Caci, Hervé M., Jacques Bouchez, et Franck J. Baylé. 2010. « An aid for diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder at adulthood: psychometric properties of the French versions of two Wender Utah Rating Scales (WURS-25 and WURS-K) ». *Comprehensive Psychiatry* 51 (3): 325-31. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.05.006>.
- Carver, Charles S., Michael F. Scheier, et Jagdish Kumari Weintraub. 1989. « Assessing coping strategies: A theoretically based approach ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 267–283.
- Charney, Dennis S. 2004. « Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress ». *American Journal of Psychiatry* 161 (2): 195-216. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>.
- Chilcoat, Howard D., et Naomi Breslau. 1998. « Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders ». *Addictive Behaviors, Addictions '98: Comorbidity Across the Addictions*, 23 (6): 827-40. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00069-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00069-0).
- Christophe, V., P. Antoine, T. Leroy, et G. Delelis. 2009. « Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive ». *Assessment of two emotional regulation processes: Expressive suppression and cognitive reevaluation (English)* 59 (1): 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>.
- Coëffec, A. 2011. « Les apports du modèle des cinq grands facteurs dans le domaine de l'alcoolodépendance ». *L'Encéphale* 37 (1): 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.03.006>.

- Conner, Kenneth R., Jeffrey A. Bridge, Dustin J. Davidson, Carly Pilcher, et David A. Brent. 2019. « Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths ». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49 (1): 278-92. <https://doi.org/10.1111/sltb.12422>.
- Côté, Guylaine, Patrick Gosselin, et Isabel Dagenais. 2013. « Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 23 (2): 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>.
- Courtois, R., J. -M. Petot, B. Lignier, G. Lecocq, et O. Plaisant. 2018. « Le Big Five Inventory français permet-il d'évaluer des facettes en plus des cinq grands facteurs ? » *L'Encéphale* 44 (3): 208-14. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.02.004>.
- Cusack, Karen J., Amy H. Herring, et Henry J. Steadman. 2013. « PTSD as a Mediator Between Lifetime Sexual Abuse and Substance Use Among Jail Diversion Participants ». *Psychiatric Services* 64 (8): 776-81. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.000052012>.
- Cyders, Melissa A., Andrew K. Littlefield, Scott Coffey, et Kenny A. Karyadi. 2014. « Examination of a short English version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale ». *Addictive Behaviors* 39 (9): 1372-76. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.013>.
- Dakwar, Elias, Amy Mahony, Martina Pavlicova, Andrew Glass, Daniel Brooks, John J. Mariani, John Grabowski, et Frances Rudnick Levin. 2012. « The Utility of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Screening Instruments in Individuals Seeking Treatment for Substance Use Disorders ». *The Journal of clinical psychiatry* 73 (11): e1372-78. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07895>.
- Daurio, Allison M., Sean A. Aston, Melanie L. Schwandt, Mohammad O. Bukhari, Sofia Bouhlal, Mehdi Farokhnia, Mary R. Lee, et Lorenzo Leggio. 2018. « Impulsive Personality Traits Mediate the Relationship Between Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms and Alcohol Dependence Severity ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 42 (1): 173-83. <https://doi.org/10.1111/acer.13538>.
- Décamps, G., N. Scroccaro, et N. Battaglia. 2009. « Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167 (7): 491-96. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.12.020>.
- Denis, Cécile, Jean-Marc Alexandre, et Fuschia Serre. s. d. « OUTILS D'ÉVALUATION 38 POUR LES ADDICTIONS », 8.
- Dervaux, Alain, et Xavier Laqueille. 2018. « Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance ». *La Presse Médicale*, Dossier thématique. Alcoolodépendance 1ère partie, 47 (6): 575-85. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.01.005>.
- Dickman, Scott J. 1990. « Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates ». *Journal of Personality and Social Psychology* 58 (1): 95-102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>.
- Dorard, G., C. Bungener, et S. Berthoz. 2013. « Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence ». *Psychologie Française* 58 (2): 107-21. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2013.01.003>.
- Doron, Julie, Raphaël Trouillet, Kamel Gana, Julie Boiché, Dorine Neveu, et Grégory Ninot. 2014. « Examination of the Hierarchical Structure of the Brief COPE in a French Sample: Empirical and Theoretical Convergences ». *Journal of Personality Assessment* 96 (5): 567-75. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.886255>.
- Dowling, Nicki A, Sean Cowlshaw, Alun C Jackson, Stephanie S Merkouris, Kate L Francis, et Darren R Christensen. 2015. « Prevalence of Psychiatric Co-Morbidity in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 49 (6): 519-39. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>.
- Ehring, Thomas, et Dorothea Quack. 2010. « Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity ». *Behavior Therapy* 41 (4): 587-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>.

- Elman, Igor, et David Borsook. 2019. « The failing cascade: Comorbid post traumatic stress- and opioid use disorders ». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 103 (août): 374-83. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.023>.
- Evren, Cuneyt, Gokhan Umut, Muge Bozkurt, et Bilge Evren. 2018. « Relationship of PTSD With impulsivity Dimensions While Controlling the Effect of Anxiety and Depression in a Sample of Inpatients With Alcohol Use Disorder ». *Journal of Dual Diagnosis* 14 (1): 40-49. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1404665>.
- Evren, Cuneyt, Gokhan Umut, Muge Bozkurt, Bilge Evren, et Ruken Agachanli. 2016. « Mediating role of childhood emotional abuse on the relationship between severity of ADHD and PTSD symptoms in a sample of male inpatients with alcohol use disorder ». *Psychiatry Research* 239 (mai): 320-24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.049>.
- Farley, Melissa, Jacqueline M. Golding, George Young, Marie Mulligan, et Jerome R. Minkoff. 2004. « Trauma History and Relapse Probability among Patients Seeking Substance Abuse Treatment ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 27 (2): 161-67. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.006>.
- Foa, Edna B., David A. Yusko, Carmen P. McLean, Michael K. Suvak, Donald A. Bux Jr., David Oslin, Charles P. O'Brien, Patricia Imms, David S. Riggs, et Joseph Volpicelli. 2013. « Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial ». *JAMA: Journal of the American Medical Association* 310 (5): 488-95. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8268>.
- Fu, Steven S., Miles McFall, Andrew J. Saxon, Jean C. Beckham, Timothy P. Carmody, Dewleen G. Baker, et Anne M. Joseph. 2007. « Post-Traumatic Stress Disorder and Smoking: A Systematic Review ». *Nicotine & Tobacco Research* 9 (11): 1071-84. <https://doi.org/10.1080/14622200701488418>.
- Gandolphe, M. -C., et J. -L. Nandrino. 2012. « Dérèglements émotionnels chez les consommateurs de substances psychoactives : une revue de la littérature ». *Psychologie Française* 57 (4): 251-75. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.09.002>.
- Gielen, Nele, Remco C. Havermans, Mignon Tekelenburg, et Anita Jansen. 2012. « Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is ». *European Journal of Psychotraumatology* 3 (janvier): 1.
- Gilpin, N. W., et J. L. Weiner. 2017. « Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder ». *Genes, brain, and behavior* 16 (1): 15-43. <https://doi.org/10.1111/gbb.12349>.
- Gisquet-Verrier, Pascale, Daniel Tolédano, et Claire Le Dorze. 2017. « Bases physiologiques communes pour les troubles de stress post-traumatique et la dépendance aux drogues d'abus : conséquences pour de nouvelles approches thérapeutiques ». *Thérapies* 72 (3): 357-66. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.07.005>.
- Goldstein, Brittany, Bekh Bradley, Kerry J. Ressler, et Abigail Powers. 2017. « Associations Between Posttraumatic Stress Disorder, Emotion Dysregulation, and Alcohol Dependence Symptoms Among Inner City Females ». *Journal of Clinical Psychology* 73 (3): 319-30. <https://doi.org/10.1002/jclp.22332>.
- Goodman, A. 1990. « Addiction: Definition and Implications ». *British Journal of Addiction* 85 (11): 1403-8.
- Goodman, Aviel. 2008. « Neurobiology of addiction: An integrative review ». *Biochemical Pharmacology, Addiction Special Issue*, 75 (1): 266-322. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.07.030>.
- Gratz, Kim L., et Lizabeth Roemer. 2004. « Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale ». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26 (1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>.
- Gray, M. J., B. T. Litz, J. L. Hsu, et T. W. Lombardo. 2004. « Psychometric Properties of the Life Events Checklist. » *Assessment* 11 (4): 330-41. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>.

- Guelfi, Julien-Daniel, et Frédéric Rouillon. 2012. *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson.
- Habibi, Zahra, Hasan Sadeghi, Farrokh Haghtrangbar, Kobra Madanipour, et Amin Azarnoosh. 2013. « The Study of Personality Characteristics and Mental Health in Addicts ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, The 3rd World Conference on Psychology, Counseling and Guidance, WCPCG-2012, 84 (juillet): 509-13. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.594>.
- Harrington, Kelly M., Mark W. Miller, Erika J. Wolf, Annemarie F. Reardon, Karen A. Ryabchenko, et Shani Ofrat. 2012. « Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder ». *Comprehensive Psychiatry* 53 (6): 679-90. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.001>.
- Hase, Michael, Sabine Schallmayer, et Martin Sack. 2008. « EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-Up ». *Journal of EMDR Practice and Research* 2 (3): 170-79. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.170>.
- Heatheron, Todd F., Lynn T. Kozlowski, Richard C. Frecker, et Karl-Olov Fagerström. 1991. « The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire ». *British Journal of Addiction* 86 (9): 1119-27. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>.
- Henry, Mylène, Christian C Joyal, et Laurence Jacob. s. d. « ÉVALUATION CLINIQUE DE L'IMPULSIVITÉ », 25.
- Hidalgo, Rosario B., et Jonathan R. T. Davidson. 2000. « Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 61 (Suppl7): 5-13.
- Hingray, C., C. Donné, H. Martini, A. Cohn, W. El Hage, R. Schwan, et F. Paille. 2018. « Description of type of trauma in alcohol-dependent women ». *European Journal of Trauma & Dissociation* 2 (3): 153-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.01.001>.
- Huang, Shi, Edward Trapido, Lora Fleming, Kristopher Arheart, Lee Crandall, Michael French, Shandey Malcolm, et Guillermo Prado. 2011. « The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood ». *Addictive Behaviors* 36 (1): 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.09.001>.
- Japuntich, Sandra J., Lewina O. Lee, Suzanne L. Pineles, Kristin Gregor, Celina M. Joos, Samantha C. Patton, Suchitra Krishnan-Sarin, et Ann M. Rasmussen. 2019. « Contingency Management and Cognitive Behavioral Therapy for Trauma-Exposed Smokers with and without Posttraumatic Stress Disorder ». *Addictive Behaviors* 90 (mars): 136-42. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.042>.
- Jarnecke, Amber M., Nicholas P. Allan, Christal L. Badour, Julianne C. Flanagan, Therese K. Killeen, et Sudie E. Back. 2019. « Substance Use Disorders and PTSD: Examining Substance Use, PTSD Symptoms, and Dropout Following Imaginal Exposure ». *Addictive Behaviors* 90 (mars): 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.020>.
- Jeffirs, Stephanie M., Amber M. Jarnecke, Julianne C. Flanagan, Therese K. Killeen, Taylor F. Laffey, et Sudie E. Back. 2019. « Veterans with PTSD and comorbid substance use disorders: Does single versus poly-substance use disorder affect treatment outcomes? ». *Drug and Alcohol Dependence* 199 (juin): 70-75. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.001>.
- Junglen, Angela, Bryce Hruska, Tammy Jensen, Alec Boros, et Douglas L. Delahanty. 2019. « Improving our understanding of the relationship between emotional abuse and substance use disorders: the mediating roles of negative urgency and posttraumatic stress disorder ». *Substance Use & Misuse* 54 (9): 1569-79. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1594905>.
- Karila, L., et A. Benyamina. 2019. « Addictions ». *Revue des Maladies Respiratoires* 36 (2): 233-40. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.12.001>.
- Kessler, Ronald C., Lenard Adler, Minnie Ames, Olga Demler, Steve Faraone, Eva Hiripi, Mary J. Howes, et al. 2005. « The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population ». *Psychological Medicine* 35 (2): 245-56. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>.
- Kok, Tim, Hein A. de Haan, Helena J. W. van der Velden, Margreet van der Meer, Lisa M. Najavits, et Cor A. J. de Jong. 2013. « Validation of Two Screening Instruments for PTSD in Dutch

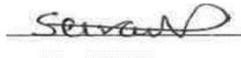
- Substance Use Disorder Inpatients ». *Addictive Behaviors* 38 (3): 1726-31. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.10.011>.
- Lacoste, Jérôme, Héloïse Delavenne-Garcia, Aimé Charles-Nicolas, Frederico Duarte Garcia, et Louis Jehel. 2012. « Addiction à la cocaïne et aux psychostimulants ». *La Presse Médicale, Addictions*, 41 (12, Part 1): 1209-20. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.013>.
- Lalonde, François. 2011. « État de Stress Post-Traumatique Comorbide, Facteurs de Risque et de Protection Parmi Des Individus Itinérants En Traitement Pour Des Troubles Liés à l'utilisation de Substances », juin. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5148>.
- Lavoie, Vicky, Robert Langlois, Hélène Simoneau, et Stéphane Guay. 2008. « État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 18 (3): 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.06.004>.
- Lecigne, M., et G. Tapia. 2016. « Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites : le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés ». *Pratiques Psychologiques* 22 (4): 417-30. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.06.001>.
- Lecrubier, Y., D. V. Sheehan, E. Weiller, P. Amorim, I. Bonora, K. Harnett Sheehan, J. Janavs, et G. C. Dunbar. 1997. « The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI ». *European Psychiatry* 12 (5): 224-31. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8).
- Ledgerwood, David M., et Nancy M. Petry. 2006. « Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Treatment-Seeking Pathological Gamblers ». *Journal of Traumatic Stress* 19 (3): 411-16. <https://doi.org/10.1002/jts.20123>.
- Legleye, S., L. Karila, F. Beck, et M. Reynaud. 2007. « Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test ». *Journal of Substance Use* 12 (4): 233-42. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>.
- Lejoyeux, M., et H. Embouazza. 2017. « Chapitre 7 - Troubles psychiatriques et addictions ». In *Addictologie (Troisième Édition)*, édité par Michel Lejoyeux, 76-88. Paris: Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75125-7.00007-0>.
- Lesieur, Henry R., et Sheila B. Blume. 1987. « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. » *The American journal of psychiatry* 144 (9): 1184-88. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>.
- McCauley, Jenna L., Therese Killeen, Daniel F. Gros, Kathleen T. Brady, et Sudie E. Back. 2012. « Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment ». *Clinical Psychology: Science and Practice* 19 (3): 283-304. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>.
- McGovern, Mark P., Chantal Lambert-Harris, Stephanie Acquilano, Haiyi Xie, Arthur I. Alterman, et Roger D. Weiss. 2009. « A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders ». *Addictive Behaviors, Research Advances in Comorbidity of Substance Misuse and Mental Disorders*, 34 (10): 892-97. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.009>.
- Miller, Robert. 2012. « Treatment of Behavioral Addictions Utilizing the Feeling-State Addiction Protocol: A Multiple Baseline Study ». *Journal of EMDR Practice and Research* 6 (4): 159-69. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.4.159>.
- Mitchell, Karen S., et Erika J. Wolf. 2016. « PTSD, food addiction, and disordered eating in a sample of primarily older veterans: The mediating role of emotion regulation ». *Psychiatry Research* 243 (septembre): 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.013>.
- Monnelly, Edward P., Domenic A. Ciraulo, Clifford Knapp, Joseph LoCastro, et Isaias Sepulveda. 2004. « Quetiapine for Treatment of Alcohol Dependence ». *Journal of Clinical Psychopharmacology* 24 (5): 532. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000138763.23482.2a>.
- Muller, L., et E. Spitz. 2003. « Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. [Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief

- COPE among a french population.] ». *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* 29 (6): 507-18.
- Najavits, Lisa M., Tamar Meyer, Kay M. Johnson, et David Korn. 2011. « Pathological Gambling and Posttraumatic Stress Disorder: A Study of the Co-Morbidity versus Each Alone ». *Journal of Gambling Studies* 27 (4): 663-83. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9230-0>.
- Ouimette, Paige Crosby, John W. Finney, et Rudolf H. Moos. 1999. « Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder ». *Psychology of Addictive Behaviors* 13 (2): 105-14. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.13.2.105>.
- Pani, Pier Paolo, Icro Maremmanni, Emanuela Trogu, Gian Luigi Gessa, Pedro Ruiz, et Hagop Souren Akiskal. 2010. « Delineating the Psychic Structure of Substance Abuse and Addictions: Should Anxiety, Mood and Impulse-Control Dysregulation Be Included? ». *Journal of Affective Disorders* 122 (3): 185-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.012>.
- Paquette, Daniel, Lise Laporte, Marc Bigras, et Mark Zoccolillo. 2004. « Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance ». *Santé mentale au Québec* 29 (1): 201-20. <https://doi.org/10.7202/008831ar>.
- Paulhan, Isabelle. 1992. « Le concept de coping ». *L'Année psychologique* 92 (4): 545-57. <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>.
- Petrakis, Ismene L., Nitigna Desai, Ralitzia Gueorguieva, Albert Arias, Erin O'Brien, J. Serrita Jane, Kevin Sevarino, Steven Southwick, et Elizabeth Ralevski. 2016. « Prazosin for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Dependence: A Clinical Trial ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 40 (1): 178-86. <https://doi.org/10.1111/acer.12926>.
- Plaisant, O., R. Courtois, C. Réveillère, G. A. Mendelsohn, et O. P. John. 2010. « Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 168 (2): 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.003>.
- Plaisant, O., J. Guertault, R. Courtois, C. Réveillère, G. A. Mendelsohn, et O. P. John. 2010. « Histoire des "Big Five" : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 168 (7): 481-86. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.016>.
- Rammstedt, Beatrice, et Oliver P. John. 2007. « Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German ». *Journal of Research in Personality* 41 (1): 203-12. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>.
- « Rapport national OFDT 2018 - OFDT ». s. d. Consulté le 15 juillet 2019. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2018/>.
- Reynaud, M., et R. Schwan. 2017. « Chapitre 20 - Organisation des soins en addictologie ». In *Addictologie (Troisième Édition)*, édité par Michel Lejoyeux, 365-80. Paris: Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75125-7.00020-3>.
- Roberts, Neil P., Pamela A. Roberts, Neil Jones, et Jonathan I. Bisson. 2015a. « Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis ». *Clinical Psychology Review* 38: 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>.
- . 2015b. « Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis ». *Clinical Psychology Review* 38 (juin): 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>.
- Rodríguez-Cintas, Laia, Constanza Daigre, María Dolores Braquehais, Raúl Felipe Palma-Alvarez, Lara Grau-López, Elena Ros-Cucurull, Lola Rodríguez-Martos, Alfonso Carlos Abad, et Carlos Roncero. 2018. « Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders ». *Psychiatry Research* 262 (avril): 440-45. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>.

- Romo, L., C. Legauffre, S. Mille, N. Chèze, A. -L. Fougères, S. Marquez, A. Excoffier, C. Dubertret, et J. Adès. 2010. « Propriétés psychométriques des versions françaises des échelles d'hyperactivité de Wender (WURS) et de l'Échelle de déficit d'attention de Brown (ADD) ». *L'Encéphale* 36 (5): 380-89. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.12.005>.
- Ronzitti, Silvia, Amy M. Loree, Marc N. Potenza, Suzanne E. Decker, Sarah M. Wilson, Erica A. Abel, Sally G. Haskell, Cynthia A. Brandt, et Joseph L. Goulet. 2019. « Gender Differences in Suicide and Self-Directed Violence Risk Among Veterans With Post-traumatic Stress and Substance Use Disorders ». *Women's Health Issues, Examining Sex/Gender Differences in Veterans Affairs Research*, 29 (juin): S94-102. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.010>.
- Saunders, John B., Olaf G. Aasland, Thomas F. Babor, Juan R. De La Fuente, et Marcus Grant. 1993. « Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II ». *Addiction* 88 (6): 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>.
- Schaumberg, Katherine, Christine Vinci, Joseph S. Raiker, Natalie Mota, Michelle Jackson, Diana Whalen, Julie A. Schumacher, et Scott F. Coffey. 2015. « PTSD-related alcohol expectancies and impulsivity interact to predict alcohol use severity in a substance dependent sample with PTSD ». *Addictive Behaviors* 41 (février): 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.022>.
- Schwanger, Philipp V., Sandra E. Mueller, Rebecca Dittmann, Renanto Poespodihardjo, Marc Vogel, Gerhard A. Wiesbeck, Marc Walter, et Sylvie A. Petitjean. 2017. « Patients with Non-Substance-Related Disorders Report a Similar Profile of Childhood Trauma Experiences Compared to Heroin-Dependent Patients ». *The American Journal on Addictions* 26 (3): 215-20. <https://doi.org/10.1111/ajad.12512>.
- Scuvée-Moreau, J. s. d. « NEUROBIOLOGIE DE L'ADDICTION ». *Rev Med Liège*, 7.
- Sheehan, David V., Yves Lecrubier, K. Harnett Sheehan, Patricia Amorim, Juris Janavs, Emmanuelle Weiller, Thierry Hergueta, Roxy Baker, et Geoffrey C. Dunbar. 1998. « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Suppl 20): 22-33.
- Sippel, Lauren M., Rachel E. Jones, Michael J. Bordieri, Laura J. Dixon, Anna C. May, Mallory L. Malkin, Julie A. Schumacher, et Scott F. Coffey. 2015. « Interactive Effects of Anxiety Sensitivity and Difficulties in Emotion Regulation: An Examination Among Individuals in Residential Substance Use Treatment with Comorbid Posttraumatic Stress Disorder ». *Cognitive Therapy and Research* 39 (2): 245-52. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9648-2>.
- Smith, Nathan D. L., et Linda B. Cottler. 2018. « The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder ». *Alcohol Research : Current Reviews* 39 (2): 113-20.
- Spilka, Stanislas, et Eric Janssen. s. d. « DETECTION DES USAGES PROBLEMATIQUES DE CANNABIS : LE CANNABIS ABUSE SCREENING TEST (CAST). », 9.
- Steenkamp, Maria M., Esther M. Blessing, Isaac R. Galatzer-Levy, Laura C. Hollahan, et William T. Anderson. 2017. « Marijuana and Other Cannabinoids as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Literature Review ». *Depression and Anxiety* 34 (3): 207-16. <https://doi.org/10.1002/da.22596>.
- Stinchfield, Randy. 2002. « Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) ». *Addictive Behaviors* 27 (1): 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00158-1).
- « Tabagisme En France : 1 Million de Fumeurs Quotidiens En Moins ». s. d. Consulté le 15 juillet 2019. </liste-des-actualites/tabagisme-en-france-1-million-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>.
- Tarquinio, Cyril, Marie-Jo Brennstuhl, Hélène Dellucci, Martine Iracane-Coste, Jeanny Ann Rydberg, Michel Silvestre, Pascale Tarquinio, et Eva Zimmermann. 2019. *Aide-mémoire - EMDR: en 46 fiches*. Dunod.
- Tassin, Jean-Pol. 2008. « Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction ». *Psychotropes* Vol. 14 (3): 11-28.

- Tull, Matthew T., Joseph R. Bardeen, David DiLillo, Terri Messman-Moore, et Kim L. Gratz. 2015. « A prospective investigation of emotion dysregulation as a moderator of the relation between posttraumatic stress symptoms and substance use severity ». *Journal of Anxiety Disorders* 29 (janvier): 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.003>.
- Tull, Matthew T., Christopher R. Berghoff, Linnie E. Wheelless, Rivka T. Cohen, et Kim L. Gratz. 2018. « PTSD Symptom Severity and Emotion Regulation Strategy Use During Trauma Cue Exposure Among Patients With Substance Use Disorders: Associations With Negative Affect, Craving, and Cortisol Reactivity ». *Behavior Therapy* 49 (1): 57-70. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.05.005>.
- Underner, M., J. Le Houezec, J. Perriot, et G. Peiffer. 2012. « Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique ». *Revue des Maladies Respiratoires* 29 (4): 462-74. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2011.09.051>.
- Valentin, G., J. P. Lucas, J. C. Bougeant, et J. Chaïban. 2017. « État de stress post-traumatique chez les marins et addiction : étude de cas rapportés ». *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 78 (3): 282-87. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.11.001>.
- Varescon, Isabelle. 2010. « Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? ». *Bulletin de psychologie* Numéro 510 (6): 441-44.
- Walton, Kate E., et Brent W. Roberts. 2004. « On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted ». *Journal of Research in Personality* 38 (6): 515-35. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.01.002>.
- Weiss, Nicole H., Matthew T. Tull, Michael D. Anestis, et Kim L. Gratz. 2013. « The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients ». *Drug and Alcohol Dependence* 128 (1): 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017>.
- Weiss, Nicole H., Matthew T. Tull, Tami P. Sullivan, Katherine L. Dixon-Gordon, et Kim L. Gratz. 2015. « Posttraumatic stress disorder symptoms and risky behaviors among trauma-exposed inpatients with substance dependence: The influence of negative and positive urgency ». *Drug and Alcohol Dependence* 155 (octobre): 147-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.07.679>.
- Wieferink, Carol E.M., Hein A. de Haan, Boukje A.G. Dijkstra, Martine Fledderus, et Tim Kok. 2017. « Treatment of Substance Use Disorders: Effects on Patients with Higher or Lower Levels of PTSD Symptoms ». *Addictive Behaviors* 74 (novembre): 122-26. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.005>.
- Wit, Harriet de. 2009. « Impulsivity as a Determinant and Consequence of Drug Use: A Review of Underlying Processes ». *Addiction Biology* 14 (1): 22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x>.
- Zdankiewicz-Ścigała, Elżbieta, et Dawid K. Ścigała. 2018. « Trauma, Temperament, Alexithymia, and Dissociation Among Persons Addicted to Alcohol: Mediation Model of Dependencies ». *Frontiers in Psychology* 9 (septembre). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01570>.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Serrad' with a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

DEBACKER – CATANANTI Sophie

131 pages – 16 tableaux – 1 figure

Résumé :

INTRODUCTION : Trois personnes sur cent souffrent d'une pathologie associant un trouble addictologique et un trouble psychiatrique et près d'une personne sur deux présentant une addiction présente un trouble psychiatrique associé (Benyamina et al, 2014). Cette dualité, et particulièrement le trouble de stress post traumatique représente un poids socio économique non négligeable. Son association avec les addictions est fréquente, l'évolution de la pathologie duelle est plus sévère, la prise en charge est plus complexe et bien souvent insatisfaisante. Elle représente donc un enjeu de santé publique. A travers ce travail de recherche, nous avons tenté de déterminer la prévalence du trouble de stress post traumatique chez les patients présentant un trouble de l'usage de substance ou une addiction comportementale et venant consulter en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Dans un second temps, nous avons tenté de dépeindre un profil psychologique de ces patients en étudiant différentes caractéristiques psychologiques (la régulation émotionnelle, l'impulsivité, les capacités d'ajustement au stress et les dimensions de personnalité), ainsi que les comorbidités psychiatriques et addictologiques de ces patients. Nous avons également recherché un facteur prédictif du TSPT parmi les troubles de l'usage de substance.

MATERIEL ET METHODE : Cette étude transversale observationnelle et multicentrique a été réalisée dans les CSAPA de Tours (La Rotonde et Port Bretagne), de Loches, et le CSAPA – 45 (APLEAT) à Orléans entre novembre 2018 et juin 2019. En premier lieu, les patients devaient répondre à un ensemble d'auto questionnaires (PCL-5, LEC, ASRS, WURS, BES, ICJE, Audit, CAST, Fagerstrom, UPPS-P, DERS, BFI et la Brief COPE). Dans un second temps les patients devaient participer à un entretien semi structuré, avec la passation de la MINI et des critères DSM-5 du jeu d'argent pathologique.

RESULTATS : 137 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 45% présentaient un trouble de stress post traumatique dans le mois précédent l'étude. Les patients présentant un TSPT comorbide au TUS avaient vécu significativement plus d'événements de vie stressant que les patients TUS seul et avaient significativement plus d'antécédent de négligence physique et d'abus émotionnels. Ces patients présentent significativement plus de difficultés de régulation émotionnelle, des niveaux significativement supérieurs d'impulsivité et des capacités d'adaptation au stress significativement plus dysfonctionnels, de conduites d'évitement, de distraction face au stress et une recherche de soutien émotionnelle plus importante. Ces patients présentaient également des capacités de restructuration cognitive significativement moins importantes. Ces patients présentaient également des traits de personnalité de type « Nevrosisme » significativement plus important. Le trouble de l'usage du tabac, du cannabis, de la cocaïne, l'hyperphagie boulimique étaient plus fréquents chez ces patients. Ils présentaient un nombre plus important de troubles de l'usage de substance au cours de leur vie. Le TDHA était significativement plus fréquent chez les patients présentant un TSPT et une addiction. Nos résultats montrent également que le trouble de l'usage des opiacés serait un facteur prédictif de trouble de stress post traumatique dans cette population contrairement aux autres troubles de l'usage de substance étudiés.

CONCLUSION Ces données suggèrent qu'il faut dépister le TSPT chez les patients souffrant d'addiction, rechercher les comorbidités associées et proposer une prise en charge plus adaptée au profil de ces patients.

Mots clés : Trouble de stress post traumatique ; trouble de l'usage de substance ; addiction ; régulation émotionnelle ; coping ; impulsivité ; personnalité ; facteur prédictif

Jury :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON
 Directeurs de thèse : Docteur Hussein EL AYOUBI et Docteur Servane BARRAULT
 Membres du Jury : Professeur Wissam EL HAGE
 Professeur Marie GRALL-BRONNEC
 Docteur Damien MAUGE
 Docteur Paul BRUNAULT

Date de soutenance : Mardi 15 octobre 2019