



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 224/20

TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ
ET ALEXITHYMIE: ETUDE AU CENTRE D'ADDICTOLOGIE
DU CHU HASSAN II DE FES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31/12/2020

PAR

M. KHLIFI TAGHZOUTI ADAM

Né le 14 Mai 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Troubles de l'usage de substances – Troubles de la personnalité – Alexithymie

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI	PRÉSIDENT
Professeur de Neurologie	
M. AALOUANE RACHID	RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie	
Mme. ACHOUR SANAË	JUGES
Professeur agrégé de Toxicologie	
Mme. AARAB CHADIA	JUGES
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. BOUT AMINE	MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistant de Psychiatrie	

PLAN

INTRODUCTION	8
PARTIE THÉORIQUE:	12
ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES	12
I. Trouble d'usage de substances	13
1. Concept	13
2. Données épidémiologiques	15
3. Facteurs étiopathogéniques	17
a. Facteurs neurobiologiques	17
b. Facteurs psychodynamiques	24
c. Facteurs de vulnérabilité	25
4. Troubles psychiatriques associés	27
II. Usage de substances et trouble de la personnalité	29
1. Dimension de l'impulsivité dans les addictions	30
2. Comorbidité entre les troubles de la personnalité et le trouble d'usage de substances	31
3. Impact du trouble de la personnalité sur le trouble d'usage de substances	33
III. Usages de substances et alexithymie	35
4. Concept d'alexithymie	35
5. Relation entre alexithymie et usage de substances	37
6. Impact de l'alexithymie sur les addictions	39
PARTIE PRATIQUE.....	41
I. Objectifs	42
II. Matériel et méthodes	43
1. Type d'étude	43
2. Population d'étude	43
3. Consentement	43
4. Mode de recueil de données	44
4.1. Fiche d'exploitation	44
a. Données sociodémographiques	44
b. Données concernant les antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et juridiques	44
c. Données sur l'addiction aux substances	44
4.2. Echelles de mesure	45
4.2.1 Le Toronto alexithymia scale-20	45
4.2.2 Le Personality diagnostic questionnaire PDQ-4+	46
5. Organisation pratique de l'étude	50

6. Analyse statistique	50
III. Résultats	51
1. Résultats descriptifs	51
1.1 Données sociodémographiques	51
1.2 Données concernant les événements stressants :	59
1.3 Données concernant les antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et juridiques	62
1.4 Données sur l'usage de substances	66
1.5 Données sur l'alexithymie	69
1.6 Données sur la personnalité	70
2. Etude analytique	72
2.1 Analyse univariée	72
2.2 Analyse multivariée	79
IV. Discussion	82
1. Argumentaire de l'étude	82
2. Discussion des données sociodémographiques	82
3. Discussion des événements de vie	86
4. Discussion des antécédents	87
5. Discussion de l'usage de substances	89
6. Discussion de l'alexithymie et sa relation avec l'usage de substances	90
7. Discussion des troubles de la personnalité et leur relation avec l'usage de substance	92
8. Discussion de la relation entre l'alexithymie et les troubles de la personnalité	98
V. Apports et limites de l'étude	100
1. Points forts	100
2. Biais et limites	100
VI. Recommandations	103
CONCLUSION	104
RÉSUMÉ	107
ANNEXES	117
BIBLIOGRAPHIE	138

Liste des figures

- Figure 1 : Décès attribués à l'usage de substances dans le monde en 2017
- Figure 2 : Répartition en pourcentage des patients selon l'âge
- Figure 3 : Répartition des patients selon leur milieu de résidence
- Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon l'activité professionnelle
- Figure 5 : Répartition par catégories de revenu mensuel
- Figure 6 : Répartition selon le niveau socio-économique des parents
- Figure 7 : Répartition des patients selon le niveau d'étude
- Figure 8 : Répartition de sujets selon l'état marital
- Figure 9 : Répartition des patients de l'étude selon le nombre d'enfants
- Figure 10 : Répartition en pourcentage des patients selon le nombre de leur fratrie
- Figure 11 : Répartition des sujets en fonction de l'existence de conflits avec la famille
- Figure 12 : Répartition des sujets selon l'existence d'un évènement stressant dans la biographie
- Figure 13 : Répartition des sujets selon l'existence d'une comorbidité psychiatrique
- Figure 14 : Répartition des sujets souffrant de comorbidités psychiatriques en fonction des types de troubles
- Figure 15 : Répartition des sujets en fonction des antécédents judiciaires
- Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon l'âge de début de consommation
- Figure 17 : Répartition de l'échantillon selon la substance de dépendance
- Figure 18 : Répartition de l'échantillon en fonction de la sévérité du trouble de l'usage de substances
- Figure 19 : Répartition en pourcentages des sujets de l'étude en fonction de leurs scores au TAS-20
- Figure 20 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un trouble de

personnalité spécifique

Figure 21 : La prévalence des différents troubles de la personnalité dans notre échantillon

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Villes de résidence des patients enquêtés au service d'addictologie

Tableau 2 : Niveau d'étude des patients enquêtés au service d'addictologie

Tableau 3 : Répartition des sujets selon le motif d'arrêt des études

Tableau 4 : Sujets répartis en nombre et en pourcentage en fonction du type d'évènement stressant

Tableau 5 : Répartition des sujets selon les antécédents médico-chirurgicaux

Tableau 6 : Répartition des sujets selon les substances dont le trouble d'usage est le plus sévère

Tableau 7 : Association entre les types de substance et l'alexithymie

Tableau 8 : Association entre les troubles de la personnalité et l'alexithymie :

Tableau 9 : Comparaison de la moyenne du score PDQ-4+ entre le groupe de sujets alexithymiques et le groupe de sujets non alexithymiques ou possiblement alexithymiques

Tableau 10 : Association entre les clusters des troubles de la personnalité et le type de substances psycho actives

Tableau 11 : Moyenne d'âge de début de consommation en fonction de l'alexithymie et des clusters de personnalités pathologiques

Tableau 12 : Association entre la sévérité du trouble d'usage de substances, l'alexithymie et les troubles de la personnalité

Tableau 13 : Association entre la sévérité du trouble d'usage de substances et l'existence du trouble de personnalité selon PDQ 4+

Tableau 14 : Analyse multivariée

Liste des abréviations :

CIM	: Classification internationale des maladies
DSM	: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
ONDA	: National des Drogues et des Addictions
OMS	: L'Organisation mondiale de la santé
APA	: Association américaine de psychiatrie.
SPA	: substance psychoactive.
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TUS	: troubles d'usage de substances
SNC	: système nerveux central
SUD	: substance use disorder
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DH	: Dirham Marocain.
PFC	: prefrontal cortex,
DS	: dorsal striatum,
NAc	: nucleus accumbens,
BNST	: bed nucleus of the stria terminalis,
CeA	: central nucleus of the amygdala,
VTA	: ventral tegmental area.

INTRODUCTION

L'addiction à une substance psycho active est considérée un trouble neuropsychiatrique caractérisé par un désir récurrent de continuer à prendre la substance malgré ses conséquences néfastes [1]. Les conséquences de l'usage de substances coûtent aux États-Unis d'Amérique plus de 600 milliards de dollars par an (en rapport avec le coût du traitement, de la criminalité, des problèmes médicaux, des complications psychiatriques et des infections sexuellement transmissibles). A l'échelle mondiale, les 4^{ème}, 5^{ème} et 15^{ème} facteurs contributifs à la morbidité sont le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation de drogues illicites respectivement [2]. À titre d'illustration, le tabagisme mène aux premières, deuxièmes, cinquièmes et septièmes causes de la charge de morbidité (maladies cardiovasculaires, cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive) [3].

Souvent les individus qui consomment une substance provoquant une dépendance initient l'usage avant l'âge adulte. De plus, à l'exception de la récente augmentation de l'abus de médicaments opiacés prescrits sur ordonnance par les personnes âgées, le développement du trouble d'usage de substances se fait presque toujours avant l'âge de 25 ans. L'addiction est donc avant tout un trouble de la population jeune et active. L'initiation à la consommation se fait à un âge de plus en plus précoce et le développement du trouble accompagne le développement de la personnalité de l'individu au cours de la phase critique de l'adolescence [4].

L'exploration du concept de personnalité dans son sens large englobant la dimension normale et pathologique vient ainsi s'inscrire dans la perspective de relever le principal défi posé par la problématique de l'addiction ; celui de mieux comprendre son origine étiopathogénique et d'adapter, sur cette base, une nouvelle approche clinique et thérapeutique.

La personnalité, en tant qu'idée, date de plusieurs milliers d'années. Historiquement, le mot personnalité dérive du mot grec persona, représentant à

l'origine le masque théâtral utilisé par les acteurs dramatiques. Sa signification a changé à travers l'histoire.

La personnalité est considérée aujourd'hui comme un modèle complexe de caractéristiques psychologiques profondément enracinées qui sont en grande partie non conscientes et difficilement altérées (notion de stabilité de la personnalité), qui s'expriment automatiquement dans presque toutes les facettes du fonctionnement. Intrinsèques et omniprésents, ces traits émergent de la matrice compliquée de dispositions biologiques et d'apprentissages par expérience qui constituent finalement le modèle individuel distinctif de perception, de sentiment, de pensée, d'adaptation, et du comportement [5].

Les variations du comportement individuel et des modes habituels de penser et de ressentir sont aussi palpables que les variations de physiologie et d'anatomie. La nature privilégie la diversité pour optimiser la sélection naturelle et l'adaptation aux environnements changeants. Aux extrêmes, cependant, la variation peut devenir inadaptée, causant une détresse significative à la fois à la personne affligée qu'à ses proches. Selon cette logique, un mode de fonctionnement extrême et inadapté renvoie nécessairement à des traits individuels inadaptés s'inscrivant dans un cadre de personnalité pathologique cliniquement identifié comme trouble de personnalité [5].

Ainsi, les conduites addictives ont été historiquement associées au concept de « personnalité addictive ». Ce terme a été délaissé de nos jours pour être remplacé par plusieurs traits de personnalité étudiés séparément et considérés comme des facteurs de risque des conduites addictives (impulsivité, recherche de sensations, recherche de nouveautés, etc.) [6]

Les recherches sur l'alexithymie suggèrent qu'il s'agit aussi d'un trait susceptible de contribuer à la dépendance à une substance. L'alexithymie se définit par plusieurs dimensions :

- Incapacité à identifier ses émotions et à distinguer les sensations corporelles ;
- Incapacité à exprimer ses émotions ;
- Limitation de la vie imaginaire ;
- Pensées à contenu pragmatique (vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures) ;
- Recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions [7].

Du point de vue clinique, il est important de savoir si l'alexithymie est un trait hérité, est acquise à travers des expériences défavorables de l'enfance, ou résulte d'interactions entre les facteurs environnementaux et développementaux et une disposition tempéramentale. Une étiologie multifactorielle est fortement suggérée par la nature dimensionnelle de l'alexithymie [7].

Notre travail cherche d'abord à décrire les caractéristiques de l'usage de substances chez les patients du centre d'addictologie du CHU Hassan II.

Il s'interroge ensuite sur la prévalence des troubles de la personnalité et de l'alexithymie chez cette même population puis émet l'hypothèse selon laquelle ces deux facteurs ont un certain rôle à jouer dans l'engagement dans l'abus de substances psycho actives et dans l'évolution de celui-ci vers un véritable trouble.

Cette question revêt un intérêt central dans le domaine d'addictologie car elle touche à différents champs d'étude, à savoir : la pathogénie, la clinique et la thérapeutique.

PARTIE THÉORIQUE :

ÉTAT DES CONNAISSANCES

ACTUELLES

I. Trouble d'usage de substances :

1. Concept :

L'addiction aux substances est un trouble chronique récurrent qui se caractérise par la contrainte à chercher et à prendre la substance, une perte de contrôle sur la limitation d'apport, et l'émergence d'un état émotionnel négatif (dysphorie, anxiété, irritabilité, par exemple) lorsque l'accès à la substance est empêché. L'usage occasionnel mais limité d'une substance susceptible d'abus est cliniquement distinct de l'usage accrue, de la perte de contrôle sur la limitation de la consommation et de l'émergence de la quête chronique et compulsive de substance qui caractérise l'addiction. Historiquement, trois types de consommation de drogues ont été délimitées : la consommation occasionnelle, contrôlée ou sociale, l'abus ou usage nocif, et l'addiction aux substances caractérisée sous le terme dépendance à une substance (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition [DSM-IV]) ou sous le terme Dépendance (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision [CIM-10]). Des descriptions plus récentes ont élaboré un continuum de pathologie comportementale, allant de l'usage de substances à l'addiction, dans le contexte du nouveau concept de trouble d'usage de substances du DSM-5 [8].

De nombreuses drogues / substances peuvent favoriser l'addiction. Jusqu'ici, les scientifiques ont identifié les classes les plus courantes de drogues / substances addictives. Selon la cinquième révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10), les drogues addictives les plus courantes sont: l'alcool; la caféine; le cannabis; les hallucinogènes; les substances inhalées; les opioïdes; les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques; les stimulants (cocaïne et amphétamines); le tabac et autres substances (ou inconnues).

Dans le DSM 5, l'addiction aux drogues se présente sous la section intitulée « troubles d'usage de substances » qui décrit un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue à utiliser la substance malgré les problèmes importants liés à cette dernière. Ainsi, le diagnostic d'un trouble d'usage de substance peut être appliqué à toutes les 10 classes incluses dans cette section à l'exception de la caféine [9].

Une caractéristique importante des troubles d'usage de substances est le changement sous-jacent des circuits cérébraux qui peut persister au-delà de la désintoxication particulièrement dans les formes graves [9].

Avec le développement continu de techniques de recherche avancées, diverses approches ont été appliquées sur le terrain et ont permis une meilleure compréhension des processus sous-jacents à l'addiction. Via la technologie de neuro-imagerie, les experts ont observé que l'exposition chronique aux substances provoque des changements stables dans le cerveau au niveau moléculaire et cellulaire, et que ces changements peuvent éventuellement être à la base d'anomalies comportementales. La technologie d'inactivation des gènes et le scanning génomique nous permettent d'identifier à la fois les gènes qui contribuent au risque individuel de dépendance et ceux par lesquels les drogues peuvent entraîner une dépendance. Sur la base de ces preuves empiriques, les experts ont tendance à considérer l'addiction comme une maladie du cerveau [1].

2. Données épidémiologiques :

L'usage de substances est directement et indirectement responsable de 11.8 millions de décès chaque année (Figure 1) [10].

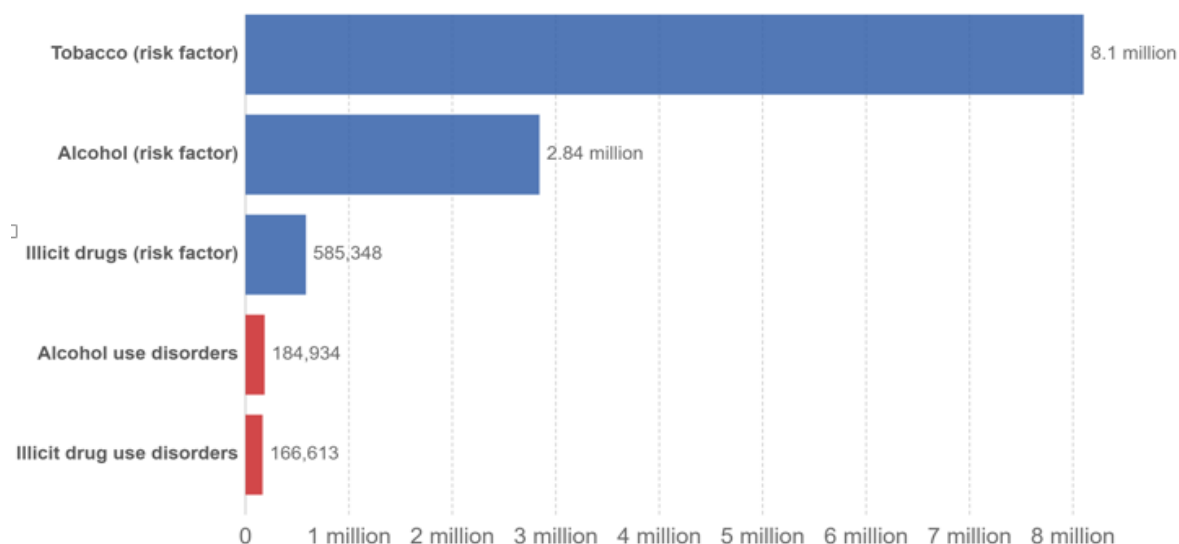


Figure 1 : Décès attribués à l'usage de substances dans le monde en 2017 [10]

- En rouge : décès directement liés à l'usage de substances (overdoses)
- En bleu : décès résultant de l'usage de substances agissant comme facteur de risque à d'autres maladies ou blessures.

a. Aux Etats Unis :

En 2017, 19,7 millions de personnes de 12 ans ou plus aux États-Unis étaient estimés souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogues illicites. Cette valeur comprend 14,5 millions de personnes souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool et 7,5 millions de personnes atteintes d'un trouble de l'usage de drogues illicites, la drogue illicite la plus courante étant la marijuana. L'usage du tabac reste également répandu, avec 48,7 millions de fumeurs actuels de cigarettes, dont 27,8 millions fument quotidiennement et 11,4 millions fument au moins un paquet par jour [3]. Les troubles d'usage de substances constituent un problème majeur de santé publique étant donné que les personnes qui en souffrent sont plus susceptibles aux douleurs chroniques, à l'hypertension, aux blessures, à

l'intoxication et au surdosage. Les coûts associés aux troubles liés à l'usage de substances dépassent 700 milliards de dollars par an en raison de la criminalité, de la perte de productivité au travail et des soins de santé ; 250 milliards de dollars dus à l'alcool ; et 300 milliards de dollars dus au tabac [3]. Le tabac est la principale cause de décès évitable aux États-Unis, et l'alcool est classé quatrième– les deux sont les principaux contributeurs à l'handicap et à l'espérance de vie réduite [3].

b. Au Maroc :

En 2014, l'observatoire national de drogues et d'addiction (ONDA) a publié des chiffres concernant l'usage des substances psychoactives, essentiellement le tabac, l'alcool, la cocaïne, et de l'héroïne.

Au moins 800 000 Marocains consomment des substances psycho actives, soit 4 à 5% de la population adulte du pays. Toutefois, l'ONDA précise que les 800 000 Marocains consommateurs de substances psychoactives ne sont pas nécessairement en situation d'addiction et ne consomment pas nécessairement celles-ci de manière abusive.

Plus de 95% de ces usagers, soit 750000 personnes, consomment du cannabis [11].

Le tabac est sur la liste des substances addictives les plus utilisées. En effet une personne sur trois âgée de 18 à 64 ans déclarait en consommer régulièrement [11].

Pour les autres substances, l'étude estime que 50000 et 70000 personnes « présenteraient un usage problématique de l'alcool», et 20000 personnes souffriraient d'addiction à l'héroïne, dont au moins les deux tiers seraient usagers par voie injectable, quant à la cocaïne, 20000 personnes en sont consommateurs.

Par ailleurs, les benzodiazépines seraient plutôt utilisées par les filles alors que les solvants et la colle seraient l'apanage des enfants vivant dans la rue.

Pour ce qui est des amphétamines (Ecstasy et MDMA), ils sont plutôt utilisés dans les boîtes de nuit et autres clubs.

L'usage de substances psychoactives touche également les jeunes et plus précisément les lycéens qui, pour la moitié d'entre eux, ont une perception banalisante de celle-ci. La synthèse note qu'un lycéen sur 5 a déjà fumé une cigarette et un sur 10 a eu accès, à un moment ou un autre de sa vie, au cannabis. Un lycéen sur 10 est consommateur de tabac et un lycéen sur 30 fume du cannabis [11].

3. Facteurs étiopathogéniques :

Un important corpus de recherche s'est accumulé pendant plusieurs décennies et a transformé notre compréhension de la consommation de substances et de ses effets sur le cerveau. Cette connaissance a ouvert la porte à de nouvelles façons de concevoir la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage de substances.

a. Facteurs neurobiologiques :

Un cadre en trois étapes peut être utilisé pour explorer les perspectives comportementales, neurobiologiques et thérapeutiques de l'addiction : Binge (frénésie) / intoxication, sevrage / affect négatif, et préoccupation / anticipation (Schéma 1) [12]

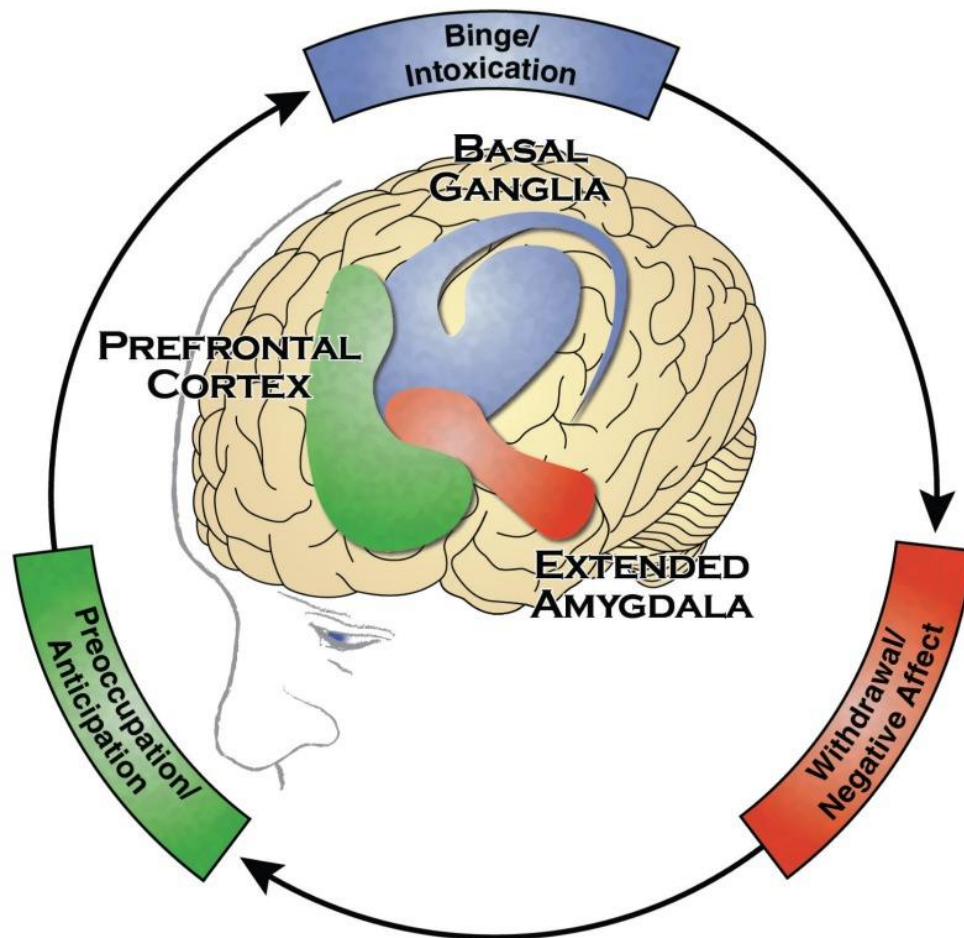


Schéma 1: Cycle de l'addiction [13]

- *Binge / Intoxication (ou frénésie/intoxication)* : l'étape durant laquelle un individu consomme une substance psycho active et éprouve ses effets gratifiants ou agréables ;
- *Sevrage / Affect négatif* : l'étape où un individu éprouve un état émotionnel négatif en l'absence de substance ;
- *Préoccupation / Anticipation* : l'étape où on cherche à nouveau des substances après une période d'abstinence. [12]

➤ L'étape Binge/intoxication : les ganglions de la base :

La phase de frénésie / intoxication implique fortement les ganglions de la base. (Schéma 2)

Les ganglions de la base sont un groupe de structures situées profondément dans le cerveau qui jouent un rôle important dans la coordination des mouvements du corps. Ils participent également à l'apprentissage des comportements de routine et à la formation des habitudes. Deux sous-régions des ganglions de la base sont particulièrement importantes dans les troubles liés à l'usage de substances :

- *Le noyau accumbens, qui participe à la motivation et à l'expérience de la récompense,*
- *Le striatum dorsal, qui participe à la formation d'habitudes et d'autres comportements de routine. [13]*

Le *renforcement positif* avec l'addiction se produit lorsque la présentation d'une drogue augmente la probabilité d'une réponse pour obtenir cette drogue et se réfère généralement à la production d'un état hédonique positif.

Toutes les drogues d'abus peuvent initialement provoquer une libération physiologique supérieure de *dopamine* dans le noyau accumbens. Cette *signalisation dopaminergique* peut éventuellement déclencher des neuro-adaptations dans les circuits cérébraux des autres ganglions de la base qui sont liés à la formation d'habitude. Ces neuro-adaptations conduisent à la tolérance et au sevrage et déclenchent la capacité des indices environnementaux associés à la drogue à augmenter les niveaux de dopamine dans le striatum dorsal, une région impliquée dans la formation d'habitudes et le renforcement de ces habitudes à mesure que l'addiction progresse [12].

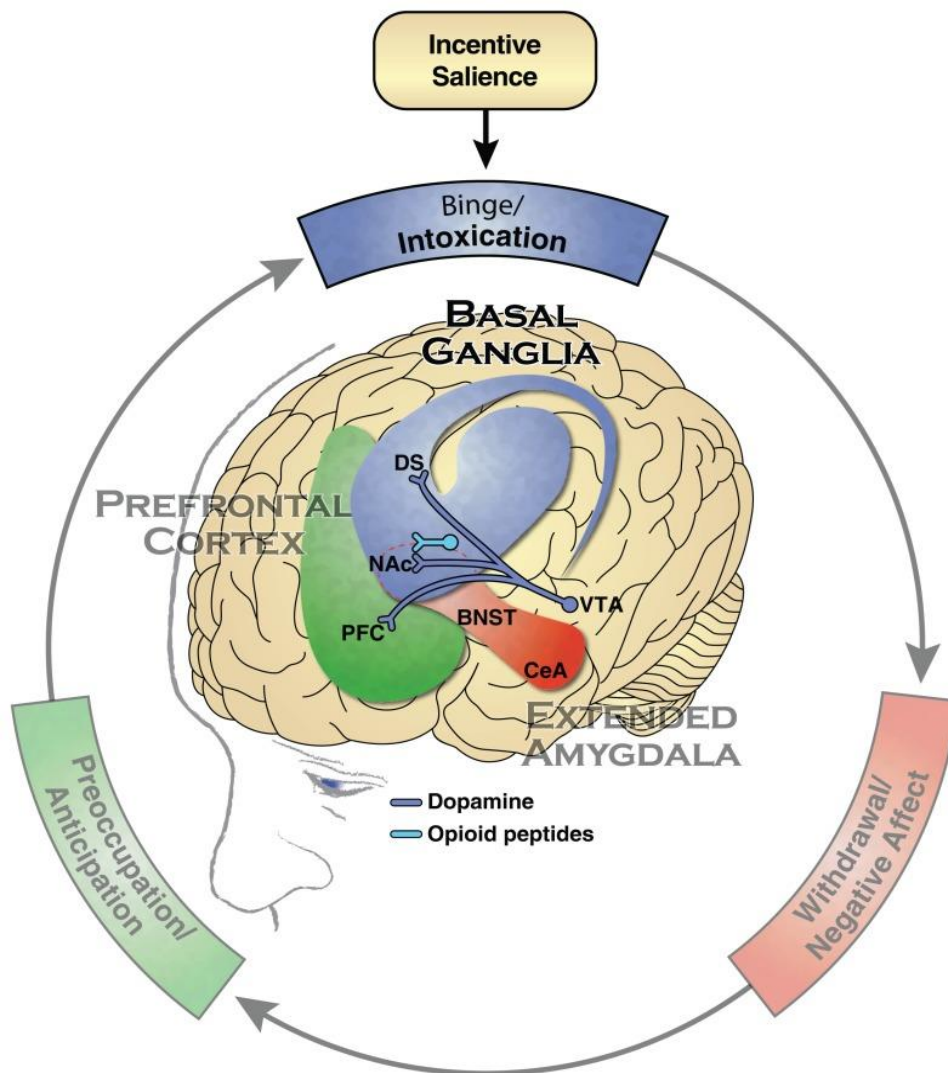


Schéma 2: L'étape *Binge/intoxication* [13]

PFC – prefrontal cortex, DS – dorsal striatum, NAc – nucleus accumbens, BNST – bed nucleus of the stria terminalis, CeA – central nucleus of the amygdala, VTA – ventral tegmental area.

➤ L'étape Sevrage/affect négatif : l'amygdale étendue :

La phase de sevrage / affect négatif implique des éléments clés de l'amygdale étendue. (Schéma 3)

L'amygdale étendue se compose principalement de trois structures : le noyau central de l'amygdale, le noyau du lit de la strie terminale et la coquille du noyau accumbens. L'amygdale étendue peut également être divisée en : division centrale et division médiale.

L'amygdale étendue comprend les principales composantes du *système cérébral de stress* associés au renforcement négatif de la dépendance.

Le *renforcement négatif* se produit lorsque la suppression d'un événement aversif augmente la probabilité d'une réponse. En cas de dépendance, le renforcement négatif implique la suppression d'un état émotionnel négatif associé au sevrage, tel que dysphorie, anxiété, irritabilité, troubles du sommeil et hyperalgie.

L'état émotionnel négatif qui entraîne un tel renforcement négatif est supposé dériver de la dérégulation des éléments neurochimiques clés impliqués dans les systèmes de récompense et de stress au niveau du striatum ventral, de l'amygdale étendue et du cortex.

Les éléments neurochimiques spécifiques dans ces structures incluent des diminutions de fonction du système de récompense, recrutement de l'axe de stress classique médié par le CRF (Corticotropin Releasing Factor) dans l'amygdale étendue, et le recrutement des systèmes opioïdes aversifs de la dynorphine-k dans le striatum ventral et l'amygdale étendue.

Ainsi, les systèmes de récompense du cerveau sont compromis et les systèmes cérébraux de stress deviennent activés par la consommation aigue et excessive de drogues. Ces changements deviennent sensibilisés pendant les sevrages répétés, se maintiennent au cours d'une abstinence prolongée et contribuent au développement et la persistance de l'addiction [8] [3].

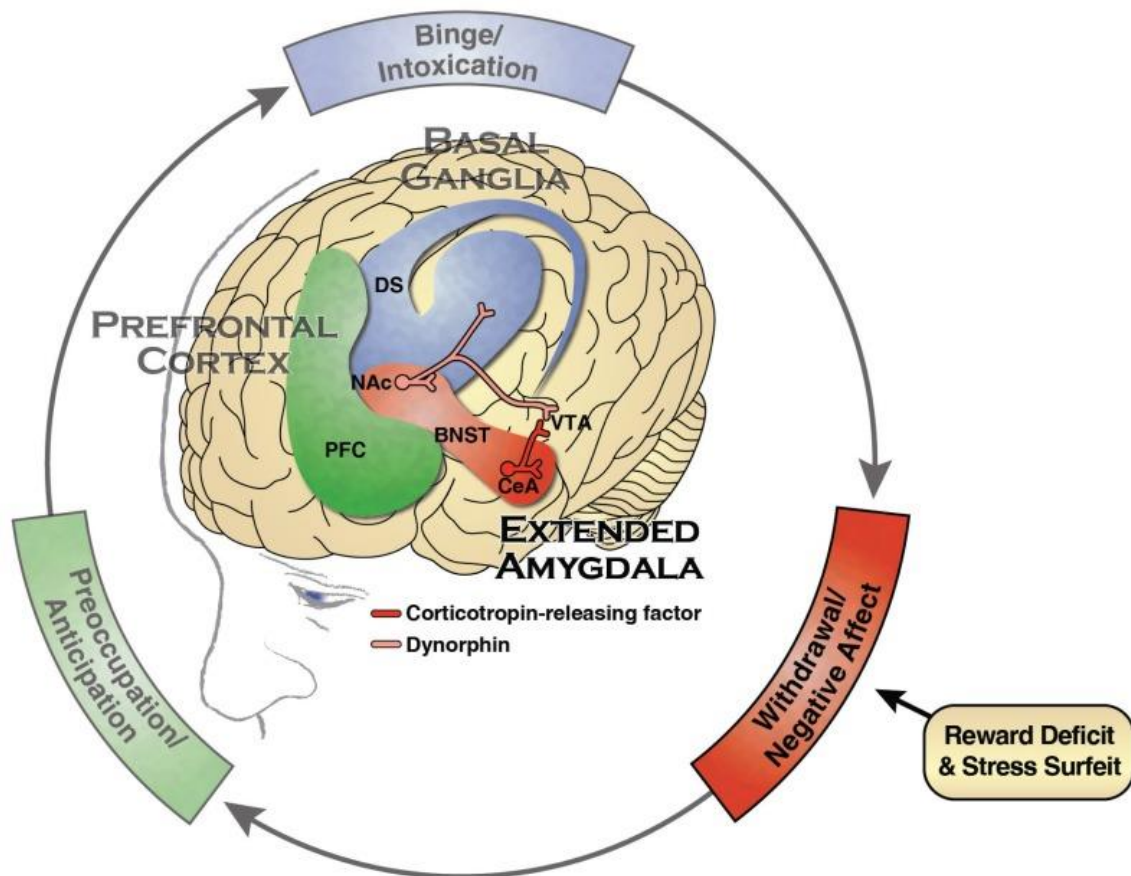


Schéma 3 : L'étape *Sevrage/affect négatif* [13]

PFC – prefrontal cortex, DS – dorsal striatum, NAc – nucleus accumbens, BNST – bed nucleus of the stria terminalis, CeA – central nucleus of the amygdala, VTA – ventral tegmental area.

➤ L'étape anticipation/préoccupation : cortex préfrontal :

La phase de préoccupation / anticipation (*craving*) implique des éléments clés du cortex préfrontal. (Schéma 4)

Le cortex préfrontal est situé tout à l'avant du cerveau, au-dessus des yeux, et est responsable de processus cognitifs complexes décrits comme «fonction exécutive». *La fonction exécutive* est la capacité à organiser les pensées et les activités, de hiérarchiser les tâches, de gérer le temps, de prendre des décisions et de réguler ses actions, ses émotions et ses impulsions.

Cette étape du cycle de l'addiction est caractérisée par une perturbation de la fonction exécutive causée par un dysfonctionnement du cortex préfrontal. L'activité du neurotransmetteur glutamate est augmentée, ce qui stimule les habitudes de consommation de substances associées au *craving* et perturbe l'influence de la dopamine sur le cortex frontal. La sur activation du système « Go » dans le cortex préfrontal favorise les habitudes de recherche de substances, et la sous activation du système « Stop » du cortex préfrontal favorise la recherche impulsive et compulsive de substances [8] [13].

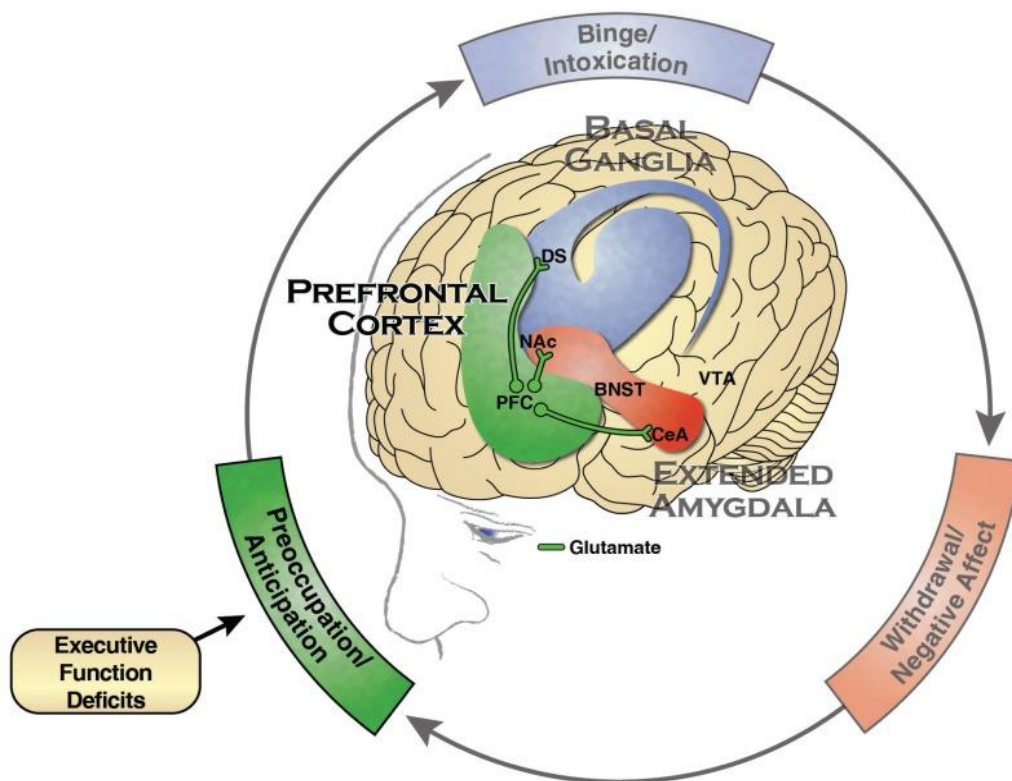


Schéma 4: L'étape *Préoccupation/anticipation* [13]

PFC – prefrontal cortex, DS – dorsal striatum, NAc – nucleus accumbens, BNST – bed nucleus of the stria terminalis, CeA – central nucleus of the amygdala, VTA – ventral tegmental area.

b. Facteurs psychodynamiques :

Du point de vue de l'approche psychodynamique, considérer l'addiction (et son traitement) comme un problème distinct de l'histoire d'un individu n'est pas acceptable. Elle perçoit l'addiction comme un symptôme d'une psychopathologie humaine largement comprise. L'objet de la dépendance n'attire pas de manière magnétique, c'est l'humain qui exerce tout le magnétisme. Cette approche est axée sur les difficultés de développement, les perturbations émotionnelles, les facteurs structurels (ego), l'organisation de la personnalité et la construction du «moi» [14].

Dans un tel contexte, il semble intéressant de procéder à une analyse étymologique et à une interprétation du mot décrivant ce phénomène – «addiction». Dans son origine, le mot est lié à la «diction», ce qui signifie – au sens large – «dire quelque chose». Selon N. Braunstein, il existe une opposition fondamentale entre «diction» et «addiction». Dans une telle compréhension, devenir « addict » devient un symbole de quelque chose d'inexprimable, d'inconscient, de caché, probablement de l'histoire de toute une vie. La douleur due à l'addiction devient « meilleure » que la douleur du traumatisme, qui ne peut pas être exprimée par des mots. D'après cette hypothèse d'automédication, les personnes ayant un trouble d'usage de substances prennent les drogues comme moyen pour faire face à des émotions douloureuses et menaçantes. La souffrance du patient est profondément enracinée dans des émotions désordonnées, caractérisée à leurs extrêmes, par un affect douloureux insupportable ou un vide douloureux. Certains ne peuvent pas exprimer ses sentiments personnels ou ne peuvent pas accéder à ses émotions et peuvent souffrir d'une alexithymie, définie comme « une difficulté marquée à utiliser un langage approprié pour exprimer et décrire les sentiments et les différencier des sensations corporelles » [14] [8].

Il semble que suivre l'approche psychodynamique dans la prise en charge thérapeutique d'un patient est légitime également en raison du fait qu'il y a

cooccurrence de troubles d'usage de substances avec d'autres troubles psychologiques, en particulier avec les troubles de la personnalité. Les troubles de la personnalité sont perçus comme courants chez les personnes souffrantes de dépendance à l'alcool. Selon certaines études, l'incidence des troubles de la personnalité parmi les sujets ayant un trouble d'usage d'alcool atteint 50% [15]. L'existence de troubles de la personnalité dans le groupe de patients dépendants aux substances constitue un défi important pour les cliniciens et les psychothérapeutes en raison, entre autres, de difficultés chez les patients avec des troubles de la personnalité dans la formation et le maintien d'une relation thérapeutique [16].

Verheul et van den Brink ont distingué trois modèles primordiaux de cooccurrence du trouble d'usage de substances psychoactives et de troubles de la personnalité [17]:

1. Le modèle de survenue primaire du trouble d'usage de substances psychoactive ;
2. Le modèle de survenue primaire des troubles de la personnalité ;
3. Le modèle d'un facteur commun qui provoque la dépendance à une substance psychoactive et le trouble de la personnalité.

Les auteurs susmentionnés soulignent en même temps que les preuves empiriques soutiennent la survenue primaire de troubles de la personnalité. Selon ce modèle, les traits de personnalité pathologiques contribuent au développement de la dépendance à une substance psychoactive [14].

c. Facteurs de vulnérabilité :

Les expériences vécues par une personne au début de l'enfance et à l'adolescence peuvent préparer le terrain pour une consommation future de substances et, parfois, une escalade vers un trouble d'usage de substances. Les facteurs de stress au début de la vie peuvent comprendre des abus physiques,

émotionnels et sexuels ; la négligence ; l'instabilité du foyer (comme la consommation de substances par les parents, les conflits, la maladie mentale ou l'incarcération d'un membre du foyer) et la pauvreté. La recherche suggère que le stress causé par ces facteurs de risque peut agir sur les mêmes circuits de stress dans le cerveau que les substances addictives, ce qui peut expliquer pourquoi ils augmenteraient le risque d'addiction [13].

L'adolescence est une période critique de vulnérabilité à l'addiction et aux troubles d'usage de substances, car une caractéristique essentielle de cette période de développement est la prise de risques et l'expérimentation, qui pour certains jeunes correspond à la consommation d'alcool, de marijuana ou d'autres drogues. De plus, le cerveau subit des changements importants au cours de cette étape de la vie, ce qui le rend particulièrement vulnérable à l'exposition à des substances. Le cortex frontal ne se développe complètement qu'au début de la troisième décennie, et la recherche montre que la consommation excessive d'alcool et de drogues pendant l'adolescence affecte le développement de cette zone critique du cerveau [4] [13].

Les personnes qui commencent à consommer des substances à l'adolescence éprouvent souvent une consommation plus chronique et intensive, et elles courent un plus grand risque de développer un trouble d'usage de drogues que celles qui commencent à en consommer plus tard dans la vie. En d'autres termes, plus l'exposition est précoce, plus le risque est élevé [4] [13].

Les facteurs génétiques expliqueraient 40 à 70% des différences individuelles de risque de dépendance. Bien que plusieurs gènes soient probablement impliqués dans le développement de l'addiction, seules quelques variantes spécifiques de gènes ont été identifiées qui prédisposent ou protègent contre elle. Certaines de ces variantes ont été associées au métabolisme de l'alcool et de la nicotine, tandis que d'autres impliquent des récepteurs et d'autres protéines associées à des

neurotransmetteurs et à des molécules clés impliqués dans toutes les étapes du cycle de l'addiction. Les gènes impliqués dans le renforcement des connexions entre les neurones et dans la formation de souvenirs liés à la consommation ont également été associés au risque de dépendance. Comme c'est le cas pour d'autres maladies chroniques, les troubles liés à l'usage de substances sont influencés par l'interaction complexe entre les gènes d'une personne et son environnement [13].

4. Troubles psychiatriques associés :

Une prévalence élevée de troubles psychiatriques supplémentaires est constatée chez les personnes traitées pour l'alcoolisme, la dépendance à la cocaïne ou aux opioïdes ; certaines études ont montré que jusqu'à 50% des personnes en addiction ont un trouble psychiatrique comorbide. Deux grandes études épidémiologiques ont montré que même parmi des échantillons représentatifs de la population, ceux qui répondent aux critères de dépendance à l'alcool ou aux autres drogues sont également beaucoup plus susceptibles de répondre aussi aux critères d'autres troubles psychiatriques [18].

Dans diverses études, 35 à 60% des patients ayant une dépendance aux substances répondent également aux critères de diagnostic du trouble de la personnalité antisociale.

Les patients diagnostiqués avec un abus ou une dépendance aux substances qui ont un trouble de la personnalité antisociale sont susceptibles d'utiliser plus de substances illégales ; d'avoir plus de troubles psychiatriques ; d'être moins satisfaits de leurs vies ; et d'être plus impulsifs, isolés et déprimés que les patients ayant le trouble de la personnalité antisociale seul [18].

Les symptômes dépressifs sont plus fréquents parmi les personnes chez qui on a diagnostiqué un abus ou une dépendance aux substances. Environ un tiers à la moitié de tous ceux ayant un abus ou une dépendance aux opioïdes et environ 40 %

de ceux ayant un abus ou une dépendance à l'alcool ont répondu aux critères de trouble dépressif majeur au cours de leur vie. La consommation de substances est également un facteur majeur déclenchant le suicide. Les personnes qui abusent de substances sont environ 20 fois plus susceptibles de se suicider que la population en général. Environ 15% des personnes ayant un abus ou une dépendance à l'alcool ont été signalés pour tentative de suicide [19].

Les sujets présentant un trouble de déficit de l'attention / hyperactivité ont un risque plus élevé de développer un trouble de l'usage de substances. L'association entre déficit d'attention / l'hyperactivité et l'abus de drogues a été largement expliquée par la coexistence du trouble de la conduite chez ces individus. Indépendant de cette association, peu de données indiquent un risque plus élevé causé par le traitement pharmacologique du trouble déficit de l'attention / hyperactivité avec des stimulants [19] [18].

II. Usage de substances et trouble de la personnalité :

Les troubles de la personnalité sont définis comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Selon l'American Psychiatric Association, ces troubles et traits associés sont d'une nature inflexible et omniprésente, apparaissant à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Ces traits sont stables dans le temps et entraînent une altération significative du fonctionnement retentissant sur l'individu et sur les autres.

Le Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux – 5ème édition (DSM-5) décrit un total de 10 troubles de la personnalité répartis en 3 groupes ou Clusters: le groupe A comprend les personnalités paranoïde, schizoïde et schizotypique; le groupe B comprend la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique; et le groupe C comprend la personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. La CIM-10 fournit également une classification des troubles de la personnalité et comprend un total de 10 troubles spécifiques.

Le DSM-5 décrit une classification plus hybride du trouble dans la section III. Ce modèle alternatif des troubles de la personnalité les caractérise par le critère A, à savoir les perturbations du fonctionnement de soi et des relations interpersonnelles, et le critère B, les traits de personnalité pathologiques. Les traits de personnalité sont divisés en cinq domaines, qui incluent l'affectivité négative, le détachement, le psychoticisme, la désinhibition et l'antagonisme. [9]

1. Dimension de l'impulsivité dans les addictions :

Les addictions sont souvent caractérisées comme des formes de comportement impulsif. On remarque souvent que l'impulsivité est un concept multidimensionnel, couvrant plusieurs domaines psychologiques.

Les impulsions sont de forts désirs de rechercher et d'obtenir des récompenses pouvant conduire à des comportements impulsifs, à moins que les individus ne les inhibent ou les interrompent avec effort. L'impulsivité correspond à la prédisposition à s'engager dans tels comportements en raison de fortes impulsions ou de la difficulté de raisonner ou de contrôler les actions impulsives.

Le rôle de l'impulsivité dans l'initiation, le maintien et le caractère récurrent des comportements de recherche et de prise de drogue n'a que récemment fait l'objet d'une attention particulière.

L'impulsivité et / ou une mauvaise maîtrise des impulsions pourraient avoir une influence sur presque toutes les étapes du cycle de l'addiction. Théoriquement, elles pourraient être liées à une probabilité accrue de commencer à prendre de la drogue, d'augmenter rapidement l'usage, de ne pas réduire la consommation une fois que cela devient problématique et de rechuter malgré la motivation de rester abstinent.

L'impulsivité a été largement explorée, en particulier en tant que facteur de risque de comportements addictifs basé sur la personnalité. On a ainsi constaté que :

Il n'existe pas de trait unique d'impulsivité ; il existe au moins cinq traits de personnalité différents d'après le modèle à cinq facteurs (UPPS), notamment :

- a. Urgence positive et urgence négative (tendance à agir de façon imprudente pour réguler les émotions positives ou négatives),
- b. Manque de préméditation (préférence pour les récompenses immédiates),

- c. Manque de persévérance (faible concentration sur les tâches ennuyeuses ou difficiles)
- d. Recherche de sensations (préférence pour les nouvelles situations).
- e. Les cinq traits prédisent différents comportements longitudinalement ; par exemple, les traits d'urgence fondés sur l'émotion prédisent une implication problématique dans plusieurs comportements à risque alors que la recherche de sensations prédit la fréquence de ces comportements ;
- f. les traits peuvent être mesurés chez les enfants préadolescents ;
- g. les différences individuelles dans ces traits chez les enfants préadolescents prédisent l'apparition ultérieure et l'augmentation de comportements à risque, y compris la consommation d'alcool ;
- h. les traits peuvent fonctionner en biaisant le processus d'apprentissage, de sorte que les traits à haut risque rendent l'apprentissage à haut risque plus probable, conduisant ainsi à un comportement inadapté ;
- i. les traits d'urgence fondés sur les émotions peuvent contribuer à un engagement compulsif dans des comportements d'addiction ;
- j. il est prouvé que différentes interventions sont appropriées pour les différentes structures de traits. [20] [21] [22]

2. Comorbidité entre les troubles de la personnalité et le trouble d'usage de substances :

Un grand nombre d'études effectuées jusqu'à présent suggèrent que la prévalence du trouble de la personnalité est plus élevée chez les patients ayant le trouble d'usage de substances que dans la population générale. La prévalence globale du trouble de personnalité varie de 10% à 14,8% dans la population normale et de 34,8% à 73,0% chez les patients traités pour addictions, avec une médiane de 56,5% [23]. Dans une étude récente, la comorbidité du trouble de personnalité a été

retrouvée chez 46% des patients ayant un trouble d'usage de substances, les deux plus courantes étant la personnalité antisociale (16%) et la personnalité borderline (13%) [24]. La comorbidité avec la personnalité est en corrélation positive avec la sévérité du trouble d'usage de substances. Ces études suggèrent que les patients ayant un trouble d'usage de substance souffrent généralement d'un type de trouble de personnalité.

Les troubles d'usage de substance sont également couramment retrouvés chez les patients atteints de trouble de personnalité, en particulier la personnalité borderline et antisociale. Parmi les patients ayant un trouble de personnalité, le risque du trouble d'usage d'alcool concomitant est cinq fois plus élevé et le risque de trouble d'usage de drogue est multiplié par 12 [25]. La comorbidité dépend également du type de trouble de personnalité. Par exemple, des études suggèrent que les troubles d'usage de substances constituent l'une des comorbidités psychiatriques les plus courantes chez les patients ayant une personnalité borderline, avec une prévalence au cours de la vie d'environ 78% [26]. Dans l'ensemble, les probabilités de consommation de substances, y compris le tabac, l'alcool et les drogues illicites, sont plus élevées chez les patients ayant un trouble de personnalité borderline que dans la population générale [23].

Les troubles de la personnalité et les troubles d'usage de substance comorbides surviennent à des taux qui dépassent de loin leurs taux de prévalence individuelle dans la population générale, ce qui suggère que ces deux conditions sont liées de manière causale. Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer leur relation, notamment un trouble de personnalité primaire conduisant à une addiction secondaire, un traumatisme lié au trouble d'usage de substance causant des changements de personnalité, et des facteurs biologiques communs causant l'impulsivité et des problèmes de contrôle des impulsions conduisant aux deux

troubles. La compréhension actuelle de cette comorbidité suggère la présence d'une pathologie de personnalité primaire conduisant au développement d'un trouble d'usage secondaire. Cela a été prouvé par une pléthore de preuves, y compris des études longitudinales, prédisant l'apparition tardive du trouble d'usage de substance par des facteurs de personnalité à l'adolescence et au début de l'âge adulte, ainsi que des études rétrospectives suggérant la précédenche de la psychopathologie de la personnalité chez un grand nombre de patients atteints de trouble d'usage de substances. Cependant, il est important de noter ici que la pathologie de la personnalité n'est ni exclusive ni essentielle dans tous les cas de trouble d'usage de substances [23].

3. Impact du trouble de la personnalité sur le trouble d'usage de substances :

En règle générale, l'évolution clinique et le pronostic des troubles d'usage de substance diffèrent en cas de présence d'un trouble de personnalité comorbide. Plusieurs études suggèrent que le trouble de personnalité chez les patients atteints de troubles d'usage de substance est un facteur prédictif de mauvais pronostic en termes de réponse au traitement et d'abstinence [23]. Cela inclut également divers problèmes dans la relation thérapeutique entre patient et thérapeute, les problèmes de non adhérence, une faible motivation à changer et plus d'abandons. En général, les patients présentant une personnalité comorbide au trouble d'usage de substance présentent des problèmes d'addiction plus précoces, des problèmes de dépendance plus graves (notamment des rechutes plus fréquentes et des périodes d'abstinence plus courtes), une charge psychopathologique accrue, une consommation plus fréquente d'autres drogues (y compris illégales), un fonctionnement social plus altéré, un risque accru de suicide et des abandons plus fréquents du traitement (à la fois par le patient et par le centre). Il est important de noter que le type de trouble

de personnalité comorbide a également une incidence sur l'évolution de la maladie. Par exemple, les trouble de personnalité antisociale, borderline et schizotypique étaient associées de manière plus systématique à des troubles persistants d'usage d'alcool, de cannabis et de nicotine par rapport aux autres troubles de la personnalité au cours d'un suivi sur trois ans d'un grand échantillon représentatif tiré du National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [23]. Ainsi, le trouble de personnalité comorbide exerce un impact négatif sur l'évolution et le pronostic des troubles d'usage de substance. Il a également été noté que la prise en charge du trouble d'usage de substance ne conduit pas à la rémission du trouble de personnalité, ce qui suggère que le traitement des troubles d'usage de substance à lui seul a peu d'impact sur l'évolution du trouble de personnalité comorbide. Par conséquent, il faut probablement prendre en compte le trouble de personnalité concomitant dans les programmes de traitement de l'addiction. [23] [27] [28]

III. Usages de substances et alexithymie :

L'Alexithymie pourrait être un facteur de risque des troubles d'usage de substances, en particulier du trouble d'usage d'alcool. L'Alexithymie est considérée comme un déficit dans le traitement des émotions. Plus précisément, ses caractéristiques comprennent la difficulté à identifier, à décrire les sentiments et à distinguer les sentiments des sensations physiques [29]. Les personnes alexithymiques ont également une pensée orientée vers l'extérieur et sont limités dans leur capacité à fantasmer ou à utiliser leur imagination. Globalement, 45 à 67% des patients souffrant de troubles d'usage de substances présentent une alexithymie [29].

Les premiers résultats ont démontré une association négative entre l'alexithymie et les résultats liés au traitement, en particulier chez les patients souffrant de troubles d'usage d'alcool. Dans trois études récentes, l'alexithymie n'était pas liée à l'abstinence, à l'attrition ou à des changements dans les problèmes liés aux troubles d'usage de substances après le traitement. Cependant, l'alexithymie était associée à de faibles capacités de régulation des émotions, ce qui prévoit des niveaux de consommation de substances psycho actives après le traitement et une augmentation du risque de rechute. Par conséquent, l'alexithymie reste un problème pertinent à considérer afin d'optimiser le traitement des troubles d'usage de substances. [29] [30]

1. Concept d'alexithymie :

Les psychanalystes et les psychothérapeutes ont longtemps observé que certains patients sont déficients en certaines capacités psychologiques et par conséquent ne répondent pas bien à la psychanalyse ou aux formes interprétatives de la psychothérapie. Au début des années soixante-dix, Nemiah J.C et Sifneos P.E (1970) ont mené des recherches sur des patients atteints de maladies

psychosomatiques classiques et observé que beaucoup de ces patients avaient une difficulté marquée à décrire les sentiments subjectifs, avaient une vie fantasmatique pauvre et un style cognitif littéral, utilitaire et orienté vers l'extérieur. Comme indiqué précédemment, le terme alexithymie a été inventé pour désigner cet ensemble de caractéristiques. Sifneos P.E (1973) avait l'impression que les caractéristiques alexithymiques ne sont pas spécifique aux patients psychosomatiques. En effet, d'autres psychanalystes décrivaient des caractéristiques similaires chez les patients atteints d'états post-traumatiques sévères (Krystal 1968), de dépendance aux drogues (Krystal et Raskin 1970), ou de troubles de conduites alimentaires (Bruch 1973). Nemiah J.C (1984) a suggéré plus tard que l'alexithymie pourrait également être associée au trouble panique. [7] [31]

Sur la base des résultats de leurs recherches cliniques, Nemiah J.C, Freyberger H et Sifneos P.E (1976) ont formulé l'alexithymie en tant que construction hypothétique testable avec les caractéristiques saillantes suivantes :

- ✓ difficulté à identifier les sentiments, à différencier parmi la gamme des affects communs, et à distinguer entre les sentiments et les sensations corporelles dues à l'excitation émotionnelle ;
- ✓ difficulté à trouver des mots pour décrire les sentiments à d'autres personnes ;
- ✓ processus d'imagination restreints, comme en témoigne une pénurie ou une absence de fantasmes référables aux pulsions et aux sentiments ;
- ✓ un contenu de pensée caractérisé par une préoccupation par les moindres détails d'événements externes (c'est-à-dire un style cognitif orienté vers l'extérieur) [31].

Les deux dernières caractéristiques correspondent au concept de *pensée opératoire* de Marty et M'Uzan.

Les dimensions cliniques constituant le noyau central du concept ont été regroupées ultérieurement en deux composantes distinctes : affectif et cognitif. La composante affective est caractérisée par l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles tandis que la composante cognitive est caractérisée par une limitation de la vie imaginaire, une pensée à contenu pragmatique et le recours à l'action pour gérer les conflits ou exprimer ses émotions [31].

Ces dernières années, la méthode empirique d'analyse taxométrique (Waller N.G et Meehl P.E 1998) a été utilisée pour déterminer si l'alexithymie est un construct catégorique ou dimensionnel. En utilisant les trois échelles de facteurs du TAS-20 comme indicateurs, Parker et al. (2008) ont appliqué diverses procédures taxométriques à la grande communauté anglophone, à un échantillon d'étudiants et à un plus petit échantillon de patients de psychiatrie ambulatoire au Canada.

Les résultats à travers les différentes procédures et les différents échantillons ont largement été en faveur de la conceptualisation dimensionnelle de l'alexithymie. Une deuxième étude avec un large échantillon de la population générale en Finlande a fourni des résultats similaires (Mattila et al. 2010). [7] [31] [32]

2. Relation entre alexithymie et usage de substances :

Les taux d'alexithymie dans la population générale sont compris entre 6 et 10%, mais l'alexithymie est plus fréquemment observée chez les personnes atteintes de troubles d'usage de substances [30]. Il a été rapporté que jusqu'à 78% des personnes présentant un trouble d'usage de l'alcool avaient un certain niveau d'alexithymie, avec des pourcentages compris généralement entre 45 et 67% [30]. L'alexithymie a également été associée à des antécédents familiaux d'alcoolisme. Les personnes atteintes de troubles d'usage de drogues illicites présentent fréquemment une alexithymie ; 42% des sujets dans une étude et 50% dans une

deuxième étude ont répondu aux critères d'alexithymie [30]. Comparées aux personnes non dépendantes, les personnes atteintes de troubles d'usage de substances présentent plus fréquemment une alexithymie [30] [33].

On s'interroge sur le lien qui existe entre alexithymie et le développement ou le maintien des addictions, notamment si l'alexithymie est un trait / caractéristique qui conduit à des problèmes de consommation de substances ou si elle apparaît ou s'aggrave de manière secondaire à ces problèmes. Les troubles d'usage de substances sont associés aux troubles affectifs et l'alexithymie est associée aux troubles dépressifs et anxieux. Il est possible que l'alexithymie prédomine dans les troubles d'usage de substances simplement parce que l'alexithymie est fréquemment observée dans les troubles affectifs qui accompagnent souvent les troubles d'usage de substance. Ainsi, les individus alexithymiques pourraient chercher à soulager la dépression ou l'anxiété par l'alexithymie en se tournant vers l'alcool ou les drogues. Cependant, l'alexithymie pourrait représenter un concept séparable de la dépression, puisque les individus qui présentent une alexithymie concomitante à la dépendance à une substance ne manifestent pas tous des troubles affectifs. L'alexithymie peut également être liée à la régulation affective et cognitive indépendamment de la présence d'autres troubles mentaux. Bien que la notion de manque de conscience émotionnelle ne semble pas en elle-même une cause intuitive de détresse, la diminution de la capacité d'identifier les émotions et la tendance des individus atteints d'alexithymie à identifier plutôt l'émotion comme une détresse physiologique peuvent conduire les individus alexithymiques à se droguer pour soulager cette détresse. En effet, la littérature sur l'alexithymie a objectivé un lien entre l'alexithymie et une réponse au stress chroniquement élevée, peut-être parce que l'incapacité à identifier une émotion négative rend ces émotions plus difficiles à réguler. C'est toujours une question ouverte. [30] [33]

Les individus alexithymiques montrent des capacités réduites de la fonction

exécutive, avec des réductions de performance dans plusieurs domaines de la fonction exécutive, y compris l'inhibition. Il est possible que l'alexithymie contribue à la consommation de substances via des mécanismes liés à une inhibition et une régulation réduites des pulsions puissantes telles que le craving. Les recherches suggèrent des liens entre l'alexithymie et le craving de drogue ou d'alcool. Les grands consommateurs d'alcool souffrant d'alexithymie font état de plus de craving, d'envie compulsive d'alcool et de pensées obsessionnelles au sujet de l'alcool, et cette relation entre craving et alexithymie semble se maintenir pendant 12 semaines. [30] [33]

3. Impact de l'alexithymie sur les addictions :

L'alexithymie pourrait être un facteur de résistance au traitement des addictions, car les personnes pour lesquelles il est difficile de reconnaître et de décrire les états émotionnels pourraient ne pas être en mesure de réguler correctement ces états ou de reconnaître leur relation par rapport à l'initiation ou au maintien de la consommation de drogue. Le statut d'alexithymie au début du traitement a été corrélé de manière prospective aux résultats après 15 mois de traitement dans une cohorte de 46 personnes ayant un trouble d'usage d'alcool ; une alexithymie élevée étant associée à des résultats plus médiocres [34]. En traitement ambulatoire chez 60 hommes souffrant de troubles d'usage d'alcool, ceux présentant une alexithymie plus élevée ont signalé plus d'épisodes de rechute après un an que ceux présentant de faibles niveaux d'alexithymie [35]. Sur un autre échantillon de 230 patients traités en ambulatoire pour des troubles d'usage de substances, ceux présentant une alexithymie plus élevée ont également montré une moins bonne observance du traitement, ce qui peut être à l'origine d'un résultat moins favorable du traitement [36].

Il convient de noter que certaines études n'ont pas trouvé de liens entre l'alexithymie et les résultats du traitement. Dans une étude portant sur une cohorte de 100 personnes présentant des troubles d'usage d'alcool, aucun effet de l'alexithymie n'a été observé sur le résultat du traitement, comme indiqué par les auto déclarations de consommation 30 jours après la fin d'un programme de traitement en milieu hospitalier comportant une combinaison d'entretiens motivationnels et d'approches de Thérapie Cognitivo-Comportementale délivrées en thérapie de groupe [37]. Néanmoins, la prépondérance des données suggère que l'alexithymie mérite d'être prise en compte dans les efforts de développement de traitements pour les addictions.

PARTIE PRATIQUE

I. Objectifs :

Les objectifs de notre travail se situent sur divers axes :

- Evaluer la prévalence des troubles de la personnalité et de l'alexithymie chez les patients pris en charge par le centre d'addictologie.
- Rechercher un éventuel rapport entre l'alexithymie, les différents troubles de la personnalité et la sévérité du trouble d'usage de substance.
- Rechercher un éventuel rapport entre l'alexithymie, les différents troubles de la personnalité et les aspects cliniques de l'usage de substances.

II. Matériel et méthodes :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du centre d'addictologie du CHU HASSAN II de Fès, étalée sur une année, du mois d'Octobre 2019 au mois d'Octobre 2020.

2. Population d'étude :

Le recrutement a porté sur les patients consultants ainsi que les patients qui étaient hospitalisés au service d'addictologie au moment du déroulement de l'étude et qui avaient consenti à passer le questionnaire.

Le recrutement a été réalisé grâce à un échantillonnage de convenance.

Le seul critère d'inclusion a consisté à avoir un diagnostic de trouble d'usage de substance selon les critères du DSM 5.

Ont été exclus les patients qui ont refusé la passation du questionnaire, ceux qui présentaient un tableau psychiatrique urgent (instabilité sur le plan psychomoteur, idéations suicidaires etc.) ainsi que tous les patients ayant dans les antécédents un trouble psychotique ou bien chez qui le médecin traitant a mis en évidence des symptômes psychotiques lors de l'entretien.

3. Consentement :

Nous avons obtenu un consentement éclairé après explication du protocole et des étapes de l'étude de la part de chaque patient ainsi que celui des tuteurs légaux pour les moins de 18 ans.

4. Mode de recueil de données :

4.1. Fiche d'exploitation :

Nous avons établi un questionnaire précisant les données suivantes :

a. Données sociodémographiques :

Ces données incluent l'âge , le sexe, le milieu de résidence (urbain ou rural) et la ville de résidence, le types de soins dispensés (hospitaliers ou ambulatoires), la profession, le niveau d'étude, le revenu mensuel du sujet et celui de ses parents, le statut matrimonial et le nombre d'enfants le cas échéant, le vécu de son enfance (seul, avec un seul parent ou avec les 2 parents), la fratrie, la qualité de sa relation avec son entourage et l'existence d'un évènement traumatisant ou stressant.

b. Données concernant les antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et juridiques :

Ont été recueilli dans cette rubrique toutes les affections médicales traitées ou non traitées et toutes les interventions chirurgicales subies par le sujet.

Il a aussi été question d'enquérir sur les antécédents judiciaires.

Une attention particulière a été accordée aux comorbidités psychiatriques. Le recueil de ces dernières s'est fait sur la base du dossier médical et après consultation du médecin traitant.

c. Données sur l'addiction aux substances :

Le questionnaire s'est chargé de relever l'ensemble des substances consommées et de préciser pour chacune d'elles l'âge de début de consommation et la quantité moyenne consommée par jour. Il a fallu par la suite vérifier pour chaque substance et à l'aide des 11 critères figurant dans le DSM 5 s'il s'agit effectivement d'un trouble d'usage de substance (au moins 2 critères parmi les 11 sont présents pendant pas moins de 12 mois) pour ensuite préciser la sévérité du trouble : léger si 2 à 3 critères, moyen si 4 à 5 critères et grave si plus de 5 critères. (Voir Annexes)

Il a aussi été question d'indiquer pour les malades vus en consultation s'ils étaient en rémission et de préciser le cas échéant s'il s'agissait d'une rémission précoce ou prolongée. En effet, dans le DSM 5, on parle de rémission précoce si aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois et on parle de rémission prolongée si aucun critère n'est présent pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère 4 qui correspond au « craving ») [9].

4.2. Echelles de mesure :

4.2.1 Le Toronto alexithymia scale-20 :

Le Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS) est un instrument à 20 éléments qui est l'une des mesures d'alexithymie les plus couramment utilisées. L'Alexithymie se réfère aux personnes qui ont du mal à identifier et à décrire les émotions et qui ont tendance à minimiser l'expérience émotionnelle et à orienter leur attention vers l'extérieur. Nous avons fait passer aux sujets la version française du questionnaire TAS-20 sur l'alexithymie, étant donné que l'échelle n'est pas validée en arabe dialectal. (Voir Annexes)

Le TAS-20 est composé de trois sous-échelles :

- La sous-échelle de la difficulté de description des sentiments est utilisée pour mesurer la difficulté à décrire les émotions. Cinq éléments – 2, 4, 11, 12, 17.
- La sous-échelle de la difficulté d'identification des sentiments sert à mesurer la difficulté à identifier les émotions. Sept éléments – 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.
- La sous-échelle de la pensée à contenu pragmatique est utilisée pour mesurer la tendance des individus à focaliser leur attention vers l'extérieur. Huit éléments – 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

- Cotation : Les items sont notés en utilisant une échelle de Likert à 5 points dans laquelle 1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord. Il y a 5 éléments à saisie négative (éléments 4, 5, 10, 18 et 19). Le score total d'alexithymie est la somme des réponses aux 20 items, tandis que le score de chaque facteur de sous-échelle est la somme des réponses à cette sous-échelle. Le TAS-20 utilise une valeur seuil : égale ou inférieure à 51 = non-alexithymie, égale ou supérieure à 61 = alexithymie. Scores de 52 à 60 = alexithymie possible.
- Fiabilité : démontre une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,81) et une fiabilité test-retest (0,77, $p < 0,01$).
- Validité : les recherches utilisant le TAS-20 démontrent des niveaux adéquats de validité convergente et concurrente. La structure à 3 facteurs s'est avérée théoriquement congruente avec le concept d'alexithymie. De plus, il s'est avéré stable et reproductible dans les populations cliniques et non cliniques. [32] [38]

4.2.2 Le Personality diagnostic questionnaire PDQ-4+ :

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui explore toutes les personnalités décrites dans le DSM. Sa dernière version est le PDQ-4 + (Hyler S.E, 1994), basé sur le DSM-IV-TR, qui étudie la présence ou non des dix troubles de la personnalité du DSM-IV, auxquels s'ajoutent les deux personnalités additionnelles : dépressive et passive-agressive. Il a été traduit en français par Fontaine et ses collaborateurs en 2003. Nous avons fait passer aux patients la version française du questionnaire PDQ-4+ sur les troubles de la personnalité, étant donné que l'échelle n'est pas validée en arabe dialectal. (Annexes)

Mode de passation :

Il s'agit d'un auto-questionnaire, dont la passation dure généralement 10 à 15 minutes.

Quelques consignes doivent être précisées par l'examineur avant que le sujet commence à répondre aux questions, notamment, l'examineur doit insister sur le fait que les réponses doivent correspondre à des caractéristiques du sujet présentes depuis longtemps, et non pas à des éléments qui seraient récents et/ou présents uniquement dans certaines circonstances, ceci afin de s'assurer que les réponses données correspondent à des critères de personnalité. Pour cela, la consigne du questionnaire insiste bien sur cet aspect, et chaque page du questionnaire commence par la formule : « depuis plusieurs années... ». Il existe 99 items, dont certains sont eux-mêmes subdivisés en plusieurs autres questions. Le sujet doit cocher la case « vrai » ou la case « faux ».

▪ *Cotation :*

Lorsque le sujet rend son questionnaire, l'examineur l'exploite en utilisant une « grille de correction » comportant 15 « cases » : 12 « cases » correspondant aux 12 personnalités du DSM-IV-TR et 2 « cases » se rapportant aux échelles de validité ; ces 2 dernières sont: la « case » « questionnaire suspect », susceptible d'invalider le questionnaire si celui-ci apparaît trop suspect (c'est-à-dire que le sujet a probablement menti dans le questionnaire), et la « case » « trop bon », explorant si le sujet a voulu donner une trop bonne image de lui-même en remplissant le questionnaire, et dans ce cas les résultats doivent être utilisés avec ménagement. Enfin, une dernière « case » fait le total des réponses « vrai » concernant les différentes personnalités, et permet de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un trouble de la personnalité. Les réponses pathologiques sont toutes cotées « vrai » afin d'améliorer la compréhension des items (sauf pour les questions 12, 25 et 38, cotées dans la « case » de l'image « trop bonne ») ; en revanche, tous

les items d'un trouble de la personnalité ne figurent plus sur la même page comme pour l'ancien PDQ, ce qui permet d'éviter l'effet de halo.

Il faut donc commencer par voir si le questionnaire est valide en explorant en premier lieu la « case » « questionnaire suspect » (question 64 : « une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée » et question 76 : « j'ai beaucoup menti dans ce questionnaire »). Le questionnaire est invalidé si le sujet répond vrai à la question 76 ou aux 2 questions 76 et 64 à la fois. Si le questionnaire n'est pas invalidé, on explore alors la « case » « trop bon » (question 12 : « parfois, je me sens bouleversé(e), question 25 : « parfois, je parle des gens dans leur dos », question 38 : « il y a des gens que je n'aime pas », question 51 : « je n'ai jamais dit un mensonge »), puis enfin les « cases » des différentes personnalités une à une, en commençant éventuellement par celle qui nous intéresse.

Pour chaque personnalité, il existe un nombre déterminé de réponses « vrai » nécessaires pour que le trouble soit détecté, ce qui est mentionné sous chaque personnalité par la mention « utile n », n correspondant au nombre minimum de critères requis dans la liste sous-jacente pour que la personnalité en question soit diagnostiquée par cette méthode. Dans un cas particulier, celui de la personnalité antisociale, un des critères de la liste doit obligatoirement être présent pour le diagnostic : la réponse 99 doit obligatoirement être « vrai », elle-même nécessitant la présence d'au moins 3 sous-réponses « vrai » pour être validée...

On retrouve la même condition pour coter la question n° 98 correspondant au critère impulsivité de la personnalité borderline : il faut au moins 2 réponses « vrai » aux sous-questions pour que ce critère soit retenu. Par ailleurs, si la question 60 est cotée « vrai », il ne faut la compter qu'une fois (car en effet, il n'y a que ce critère qui est présent dans deux personnalités à la fois : schizoïde et schizotypique).

Enfin, le score total du PDQ-4 + est un index général de perturbation de la personnalité.

Le total est calculé en additionnant toutes les réponses pathologiques à l'exception des deux échelles de validité : cela donne donc un score sur 93 points. Les auteurs divergent quant au seuil au-delà duquel on peut parler de trouble de la personnalité : certains définissent un score total supérieur ou égal à 28 comme étant un indice de probabilité d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité chez l'individu (Fossati et al. 1998), pour d'autres, la note seuil est à 25 (Davison et al. 2001).

La cotation du PDQ-4+ est rapide : elle dure entre 10 et 20 minutes.

▪ *Vérification des résultats :*

Dans un second temps, il est conseillé au clinicien d'utiliser l'échelle de signification clinique pour limiter les faux positifs très fréquents avec les questionnaires (il s'agit là encore d'une nouveauté de la version tirée du DSM-IV). Le clinicien reprend les troubles de la personnalité ayant un seuil pathologique et vérifie sous la forme d'un mini-entretien que le patient a bien répondu. Il doit notamment vérifier les points suivants :

- le patient n'a pas fait d'erreur en cotant l'item
- les traits sont présents depuis l'âge de 18 ans ou depuis plusieurs années
- les traits ne sont pas dus à la présence d'un trouble de l'axe I du DSM IV
- les traits entraînent une gêne importante à la maison, à l'école ou au travail, ou dans les relations avec les autres
- le patient est lui-même importuné par ces traits.

L'objectif de cette échelle de signification clinique est d'obtenir un résultat comparable aux entretiens structurés mais plus rapide (20 à 30 minutes). [39]

5. Organisation pratique de l'étude :

Nous avons eu recours à la collaboration du personnel du service d'addictologie du CHU HASSAN II de Fès.

L'équipe infirmière notamment a contribué largement par la supervision et l'encadrement des patients au cours de la passation du questionnaire.

La passation des questionnaires dans le service a été faite pour les patients hospitalisés ou vus en consultation ambulatoire d'aide au sevrage durant une période de 2 mois, allant du mois d'octobre au mois de décembre 2019.

Les médecins enquêteurs ont procédé au recueil des données, ont expliqué aux patients l'intérêt et le but de l'étude et leur ont laissé le temps pour poser des questions avant et au cours de la passation. Ils ont assisté ceux d'entre eux qui ont consenti à participer à l'enquête pour remplir le questionnaire.

6. Analyse statistique :

Les données ont été saisies et codées sur Excel 2013. Puis l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 23.0 (SPSS, Inc., Chicago)).

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écarts types ou médiane et quartiles, les variables qualitatives en effectifs et en pourcentages.

Nous avons utilisé les tests de comparaison de moyenne et de pourcentage pour identifier les facteurs liés à l'Alexithymie, les troubles de la personnalités et l'addiction :

- Test Chi-2 pour la comparaison des pourcentages ;
- Test de Fisher pour la comparaison des pourcentages ;
- Test T de Student pour la comparaison des moyennes.

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

III. Résultats :

1. Résultats descriptifs :

Au terme de notre étude, aucun refus de consentement n'a été déclaré et 54 patients ont été recrutés, dont 22 (41%) au niveau de l'unité d'hospitalisation et 32 (59%) en consultation d'aide au sevrage (ambulatoire).

1.1 Données sociodémographiques :

➤ L'âge :

L'âge moyen des sujets est de 27.07 ± 8.22 avec des extrêmes allant de 17 à 52 ans. La médiane d'âge est de 26.5. (Figure1)

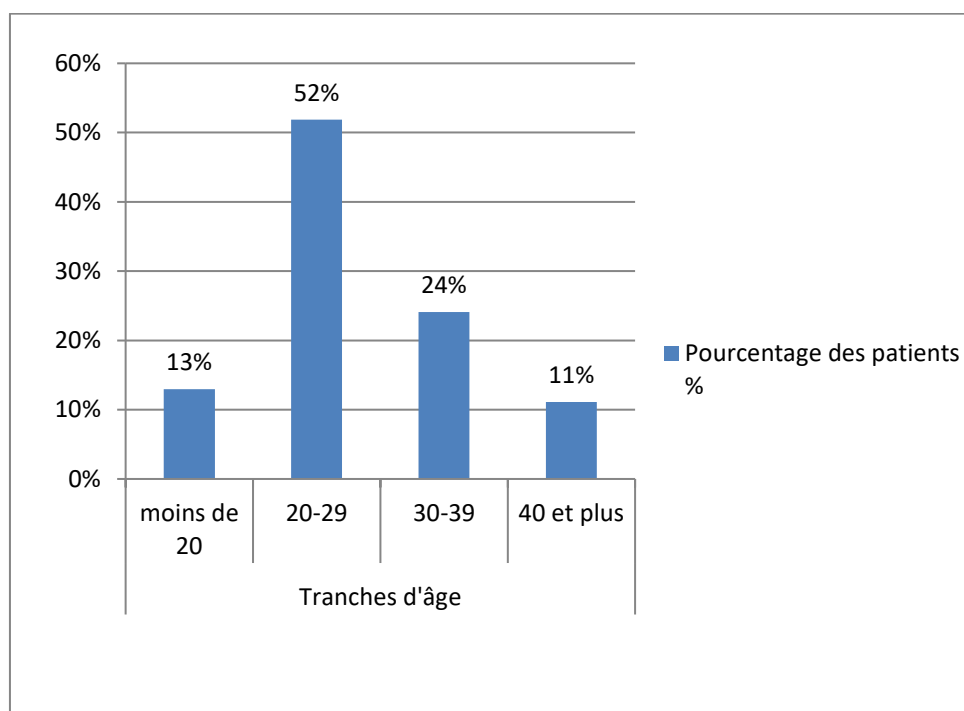


Figure 2: Répartition en pourcentage des patients selon l'âge

➤ **Le sexe :**

Dans notre échantillon, tous les individus sont de sexe masculin.

➤ **Le milieu de résidence :**

Dans notre série, la plupart des patients proviennent d'un milieu de résidence urbain (96%) avec seulement 2 patients (4%) résidents dans une zone rurale. (Figure2)

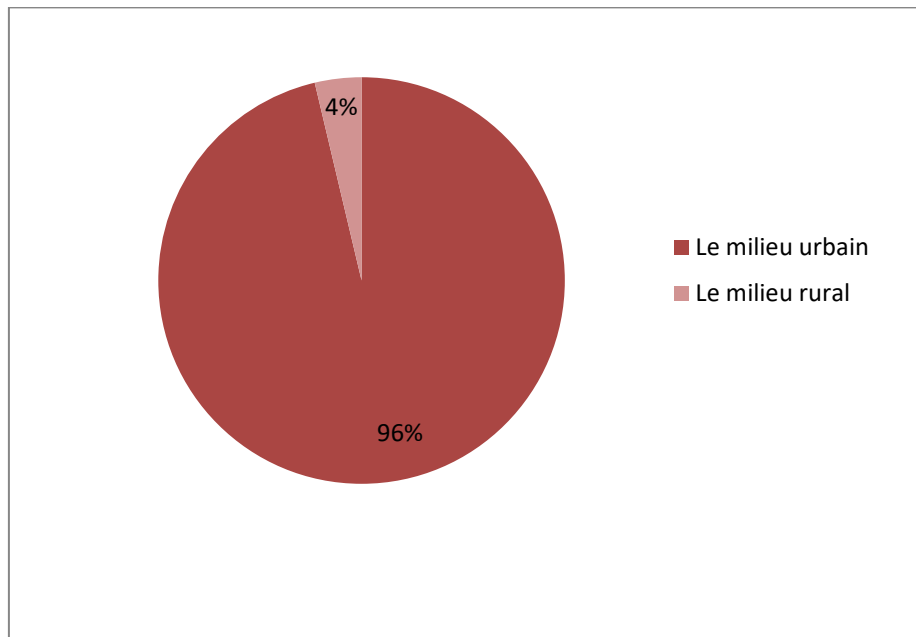


Figure 3: Répartition des patients selon leur milieu de résidence

➤ **La ville de résidence :**

Le tableau 1 montre la répartition des patients recrutés selon leur ville de résidence. On remarque que la ville de Fès est la plus représentée avec 50% des patients (27 sujets) suivie de la ville d'Oujda où réside 13% de l'échantillon (7 sujets).

Tableau 1 : Villes de résidence des patients enquêtés au service d'addictologie

Ville	Effectif	Pourcentage
Fès	27	50%
Oujda	7	13%
Meknès	4	7%
Séfrou	3	6%
Nador	3	6%
Taza	2	4%
Taounat	1	2%
Sidi kacem	1	2%
Missour	1	2%
Ifrane	1	2%
Berkane	2	4%
Azrou	1	2%
Agadir	1	2%

➤ **La profession :**

30 sujets sont sans emploi au moment du recueil des données soit 56% de l'échantillon contre 21 autres, soit 39%, qui exercent une variété d'activités professionnelles. Les 3 sujets restants sont des élèves de secondaire. (Figure 3)

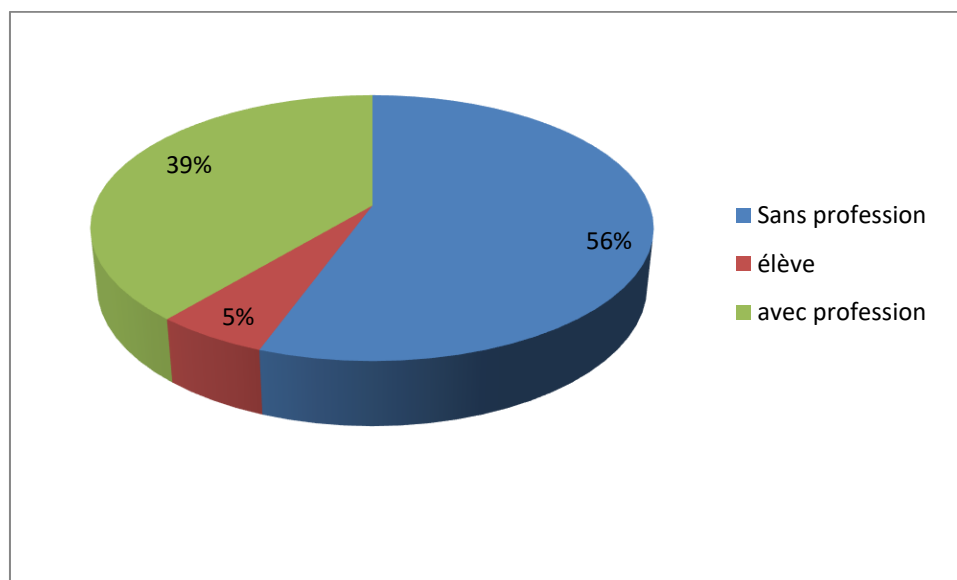


Figure 4: Répartition de l'échantillon selon l'activité professionnelle

➤ **Le revenu mensuel des sujets :**

Les participants ont été classés en 3 catégories selon leur revenu mensuel : (figure 4)

- Un revenu inférieur à 2000 Dirhams par mois.
- Un revenu entre 2000 Dirhams par mois et 10000 Dirhams par mois.
- Un revenu de plus de 10000 Dirhams par mois.

Les patients en chômage sont considérés comme ayant un revenu inférieur à 2000 Dirhams par mois.

Les 3 élèves n'ont été classés dans aucune des 3 catégories.

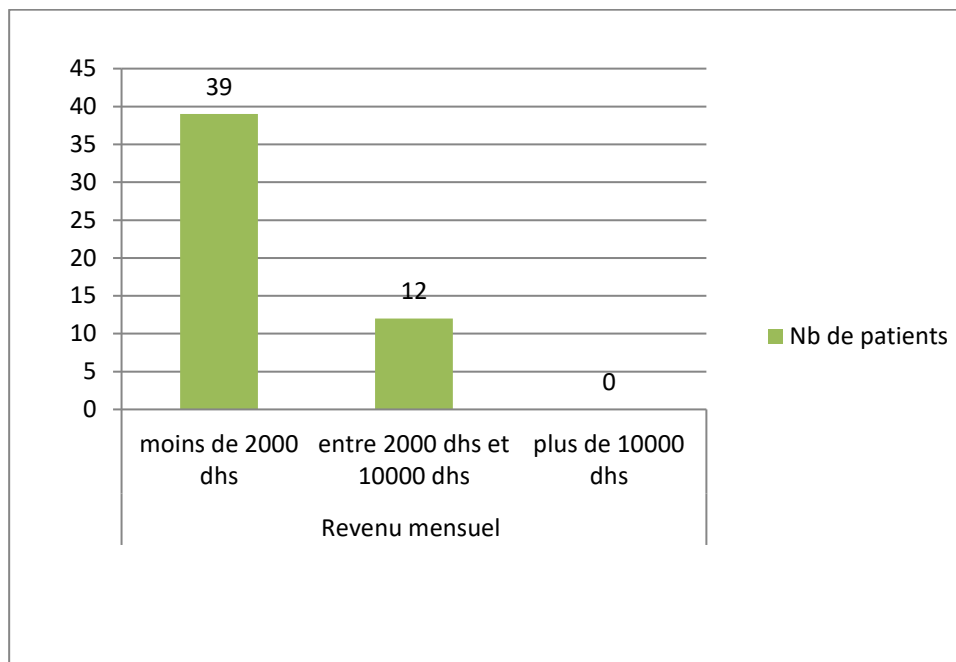


Figure 5: Répartition par catégories de revenu mensuel

➤ **Le niveau socio-économique des ménages :**

Les participants ont été classés en 3 catégories selon le niveau socioéconomique des ménages, étant donné qu'une bonne portion des sujets sont dépendants financièrement (56% sont en chômage et 5% sont des élèves) :

- Bas niveau socio-économique
- Niveau socio-économique moyen
- Haut niveau socio-économique

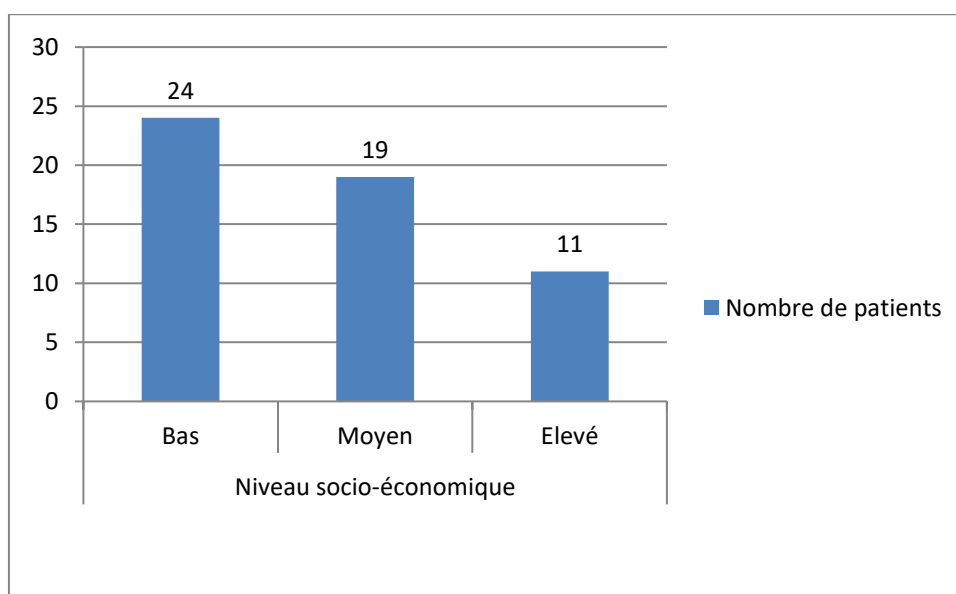


Figure 6: Répartition selon le niveau socio-économique des ménages

➤ **Le niveau d'étude :**

42 de nos participants ont arrêté leurs études en collège ou en secondaire, ce qui correspond à 78% de l'échantillon. Ceci est illustré par le tableau 2 et la figure 6.

Tableau 2 : Niveau d'étude des patients enquêtés au service d'addictologie

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Jamais scolarisé	1	2%
Primaire	2	4%
Collège	21	39%
Secondaire	21	39%
Bac obtenu	3	4%
Enseignement supérieur	7	13%

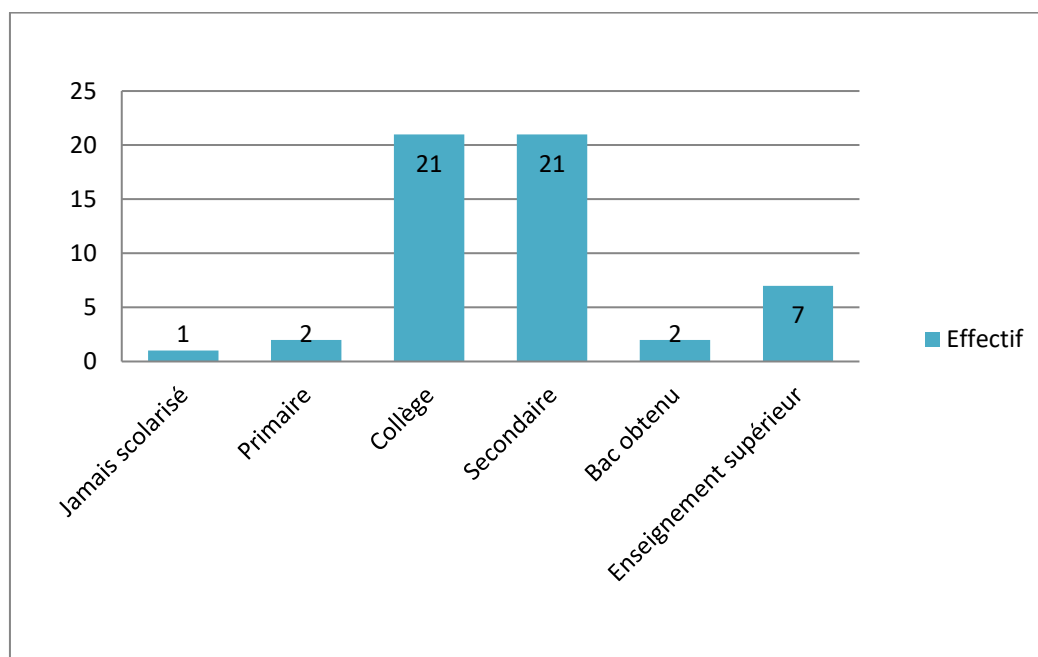


Figure 7: Répartition des patients selon le niveau d'étude

➤ **Le motif d'arrêt des études :**

Parmi les 43 sujets ayant arrêté leurs études avant d'obtenir le baccalauréat, 15 soit 28% environ ont rattaché ceci au début précoce des conduites addictives, 19 % l'ont expliqué par l'échec scolaire, 9% par le manque de moyens et 17% ont quitté l'école par désintérêt. Les cas restants ont présenté d'autres motifs à types d'évènements stressants (violence de la part des parents, agression sexuelle) ou bien l'expulsion de l'école par manque de discipline. (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des sujets selon le motif d'arrêt des études

Le motif d'arrêt	Effectif	Pourcentage
Consommation de drogues	15	28%
Echec scolaire	10	19%
Manque de moyens	5	9%
Désintérêt	9	17%
Divers	4	7%
Total	43	

➤ **L'état marital :**

42 (78%) des patients participant à l'étude sont célibataires, contre seulement 10 (18 %) qui sont mariés et 2 (4%) qui sont divorcés. (Figure 7)

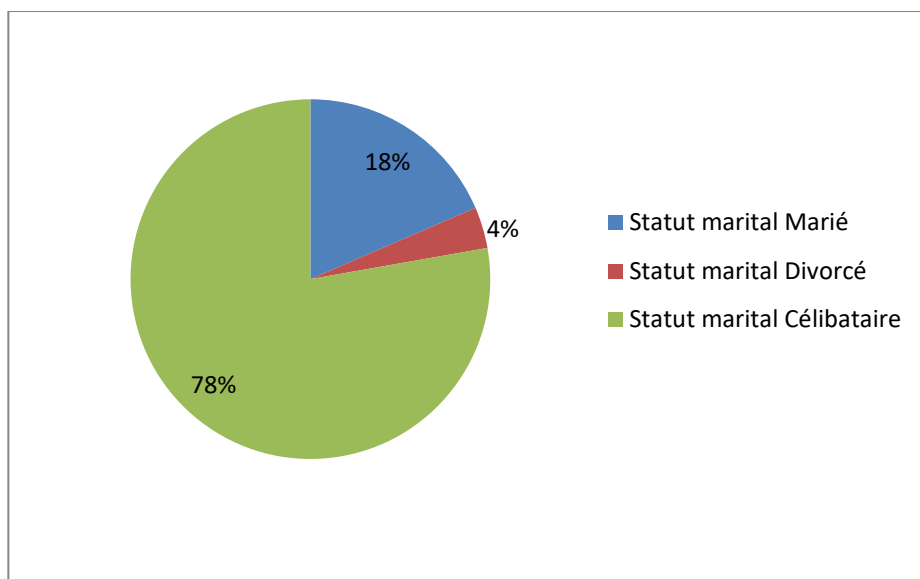


Figure 8: Répartition de sujets selon l'état marital

➤ **Le nombre d'enfants :**

La plupart des patients recrutés (49 ou 82%) n'ont pas d'enfants. (Figure 8)

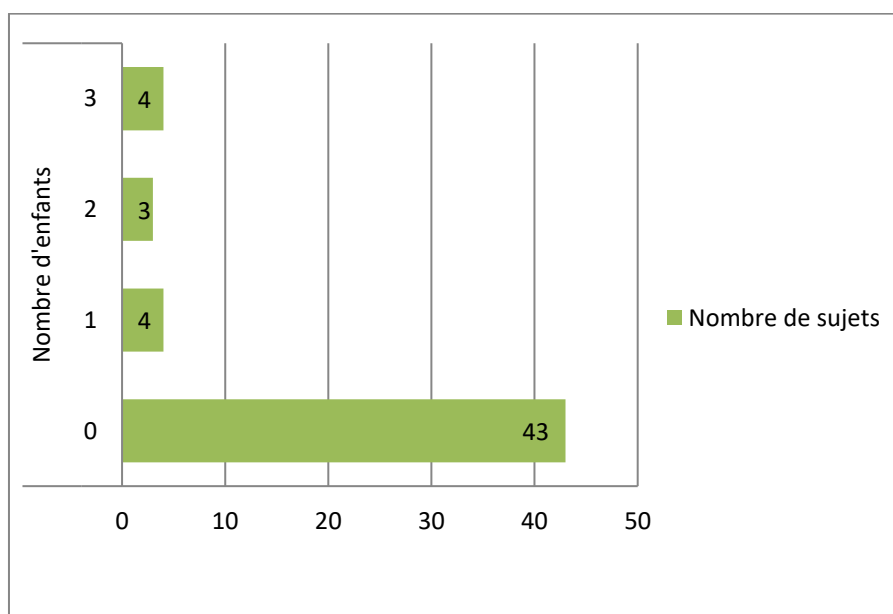


Figure 9: Répartition des patients de l'étude selon le nombre d'enfants

➤ **La fratrie :**

Pour ce qui est du nombre de leur fratrie, les patients ont une fratrie de 4 dans 28% des cas (Figure 9).

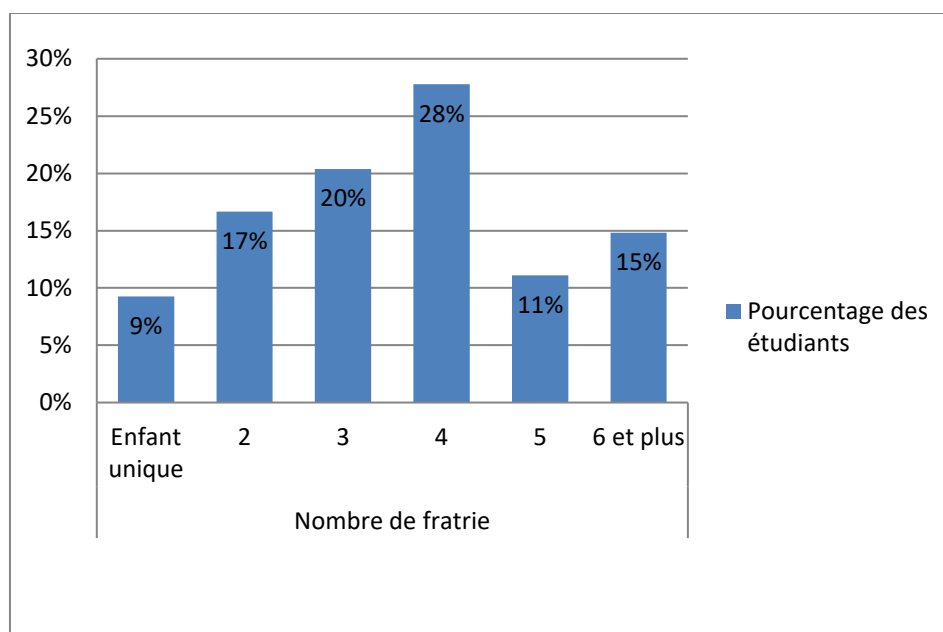


Figure 10: Répartition en pourcentage des patients selon le nombre de leur fratrie

➤ **La présence parentale au cours de l'enfance :**

51 patients sur 54 (94%) ont vécu leur enfance avec les deux parents.

2 patients n'ont passé l'enfance qu'avec leur mère (à cause de la séparation et du départ du père) et un troisième a grandi avec son père suite au divorce et au remariage de la mère.

1.2 Données concernant les événements stressants :

➤ **Relation conflictuelle avec la famille :**

37 soit 68% des sujets ne rapportent pas de conflits au moment de la passation du questionnaire avec les membres de leur famille. Parmi les 32 % restants, 11 patients soit 20% de l'ensemble de l'échantillon décrivent une relation conflictuelle avec un ou les 2 parents. (Figure 10)

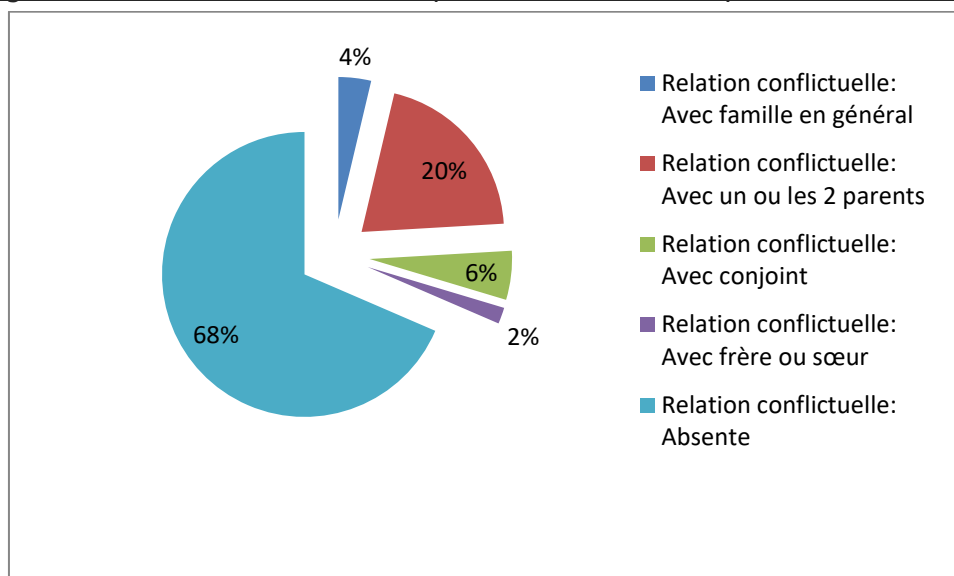


Figure 11: Répartition des sujets en fonction de l'existence de conflits avec la famille

➤ Les évènements stressants :

On retrouve dans la biographie de 19 sujets de notre échantillon (35%) au moins un évènement stressant ou traumatisant pour le sujet survenu récemment ou bien il y a longtemps durant l'enfance ou le début de l'adolescence. (Figure 11)

Il s'agit bien d'évènements variés comme le montre le tableau 4.

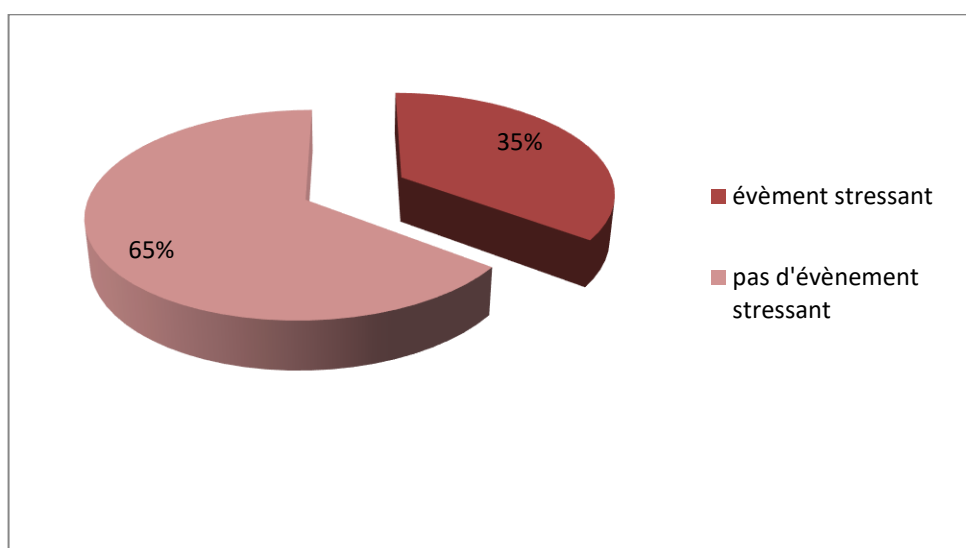


Figure 12: Répartition des sujets selon l'existence d'un évènement stressant dans la biographie

Tableau 4 : Sujets répartis en nombre et en pourcentage en fonction du type d'évènement stressant

Evènement stressant	Effectif	Pourcentage
Agression sexuelle de la fille du sujet	1	2%
Père abusif et violent	2	4%
Infidélité entre parents	1	2%
Perte d'emploi	2	4%
Agression physique	1	2%
Agression sexuelle au début de l'adolescence	2	4%
Relation instable toxique avec le mari	1	2%
Expulsion de l'étranger	2	4%
Divorce et abandon par un parent	1	2%
AVP avec impotence fonctionnelle secondaire	1	2%
Père violent envers la mère	1	2%
A assisté seul au décès de sa grand-mère à l'âge de 3 ans	1	2%
Frère a refusé de lui donner sa part de l'héritage	1	2%
Rupture sentimentale	2	4%
Témoin d'un accident	1	2%
Décès de la mère	1	2%
Suicide du père	1	2%

1.3 Données concernant les antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et juridiques :

➤ Les antécédents médico-chirurgicaux :

42 participants (78%) ont déclaré ne jamais avoir souffert d'affection médicale somatique, ni avoir subi d'intervention chirurgicale.

12 sujets ont rapporté dans les antécédents au moins une affection médicale somatique ou une intervention chirurgicale. (Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des sujets selon les antécédents médico-chirurgicaux

Affections médico-chirurgicales	Nombre de sujets
Pancréatite stade E	1
Tuberculose pulmonaire guérie	1
Epilepsie	2
Opéré pour plaie par coup de couteau	1
Arythmie non documentée	1
Amygdalectomie	1
Opéré pour fracture de cheville bilatérale	1
Opéré pour perforation d'ulcère	1
Ulcère gastroduodénale	1
Opéré pour hémorroïdes	1
Opéré pour traumatisme de cheville	1

➤ **Les comorbidités et les antécédents psychiatriques :**

Nous avons admis les résultats soit d'antécédent de pathologie psychiatrique ou de pathologie psychiatrique découverte lors de l'entretien médical au centre d'addictologie.

Le médecin traitant ne retrouve pas de comorbidités psychiatriques chez 24 parmi les sujets recrutés pour l'étude ; soit 45% de l'échantillon. 26 patients (48%) ont déjà un antécédent psychiatrique ou viennent d'être diagnostiqué souffrant d'une comorbidité psychiatrique. Tandis que 4 autres patients (7%) s'avèrent avoir 2 affections psychiatriques comorbides au trouble d'usage de substance. (Figures 12 et 13)

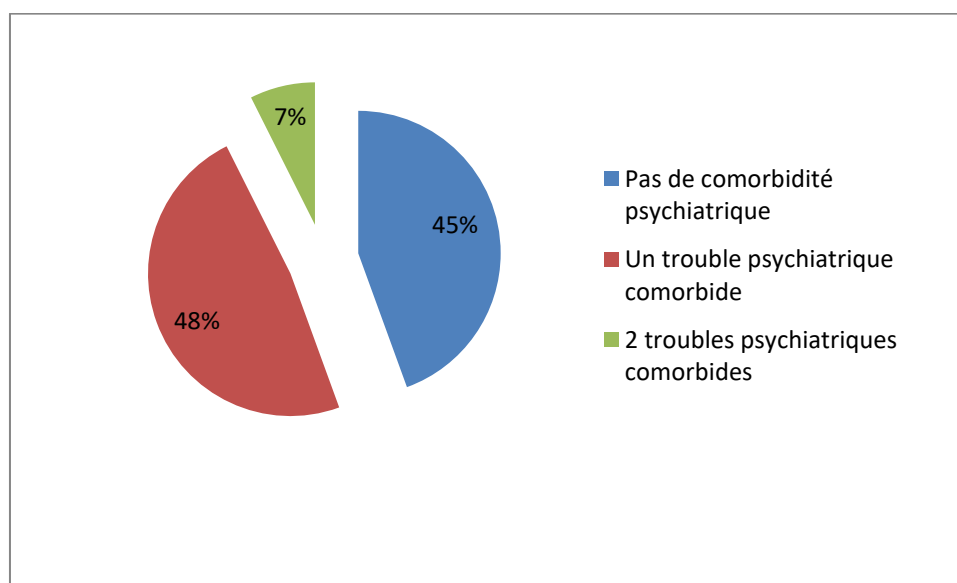


Figure 13: Répartition des sujets selon l'existence d'une comorbidité psychiatrique

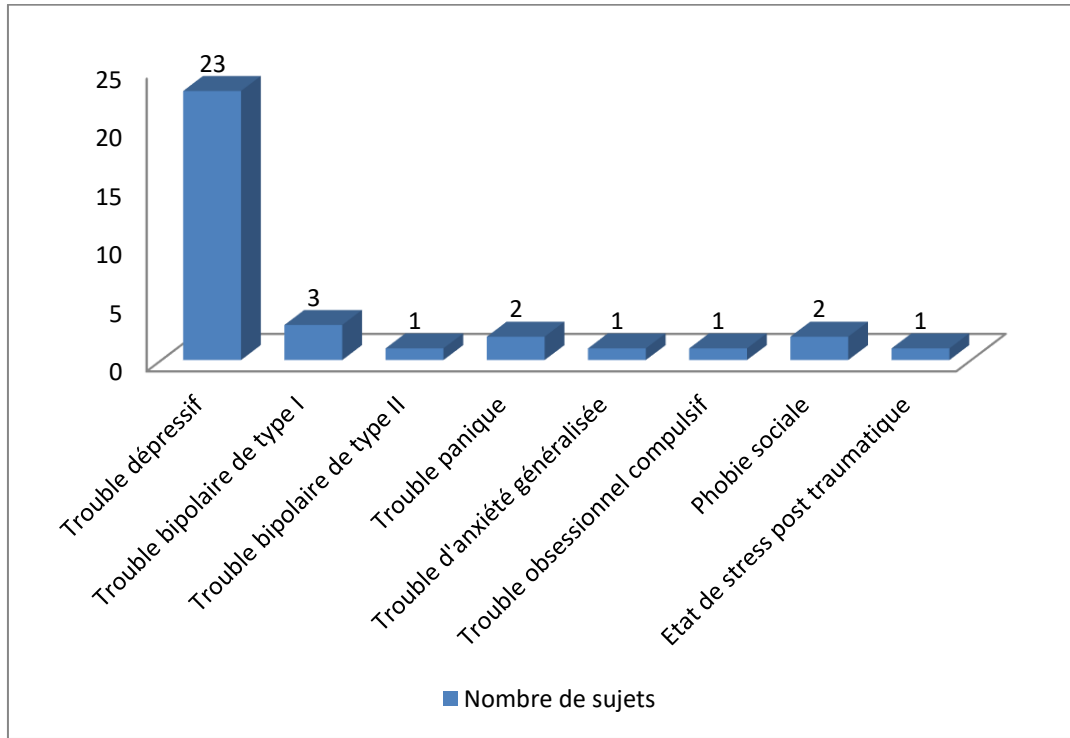


Figure 14 : Répartition des sujets souffrant de comorbidités psychiatriques en fonction des types de troubles

➤ **Les antécédents judiciaires :**

Dans notre échantillon, la majorité (39 sujets soit 72%) n'ont aucun antécédent judiciaire, contre 8 patients (15%) ayant déjà écopé d'une peine de prison variant de 19 jours jusqu'à un an pour des motifs divers : vol, coups et blessures, harcèlement sexuel, port d'armes blanches etc. tandis que 7 autres sujets (13%) rapportent avoir été mis sous garde à vue souvent pour possession de substances illicites ou pour ivresse. (Figure 15)

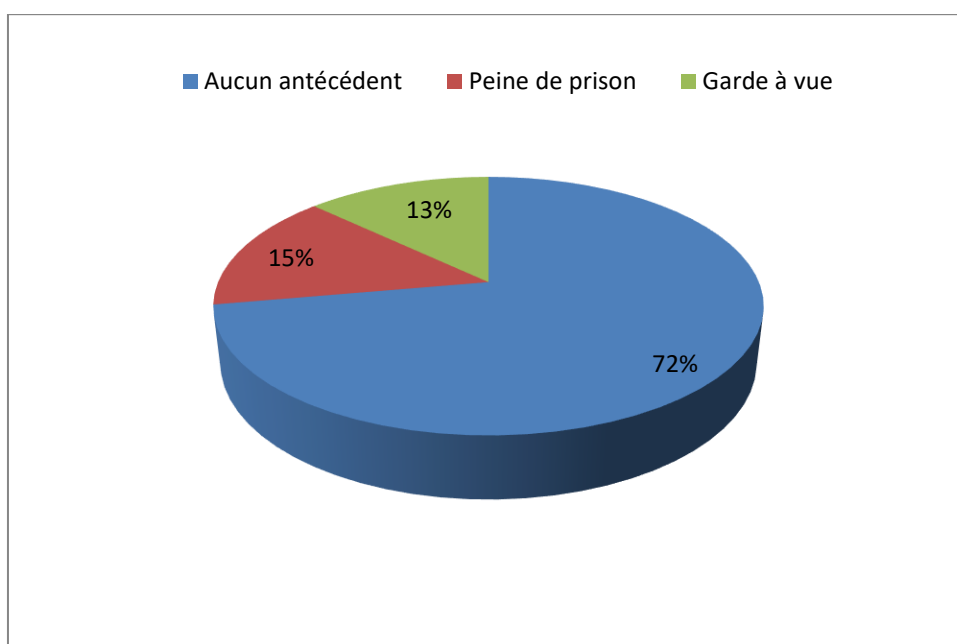


Figure 15: Répartition des sujets en fonction des antécédents judiciaires

1.4 Données sur l'usage de substances :

➤ L'âge de début de consommation :

Les conduites addictives ont débuté assez tôt chez la plupart de nos sujets. L'âge moyen du début de consommation dans notre échantillon est de 15.7 ± 2.93 avec des extrêmes allant de 11 ans à 25 ans. L'âge médian est 15ans. (Figure 14)

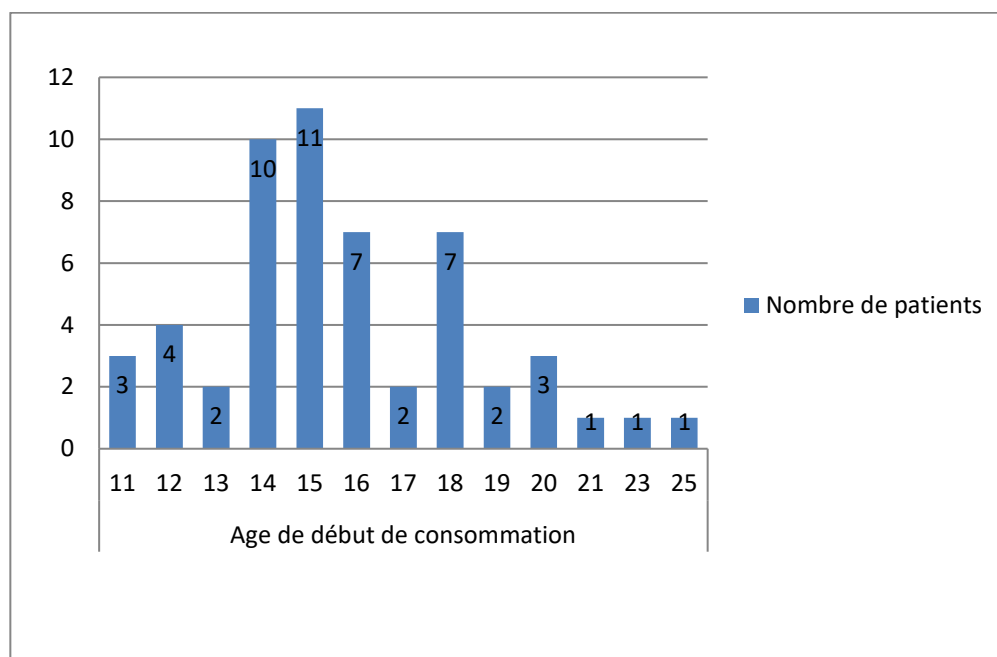


Figure 16: Répartition de l'échantillon selon l'âge de début de consommation

➤ Les types de substances incriminées :

Pour chaque sujet, nous n'avons retenu que les substances remplissant les critères d'un trouble de l'usage de substance telles que proposées par le Diagnostic and Statistical Manual dans sa 5ème édition.

- 42 sujets (78%) ont un trouble de l'usage du cannabis,
- 34 sujets (63%) ont un trouble de l'usage du tabac,
- 23 sujets (43%) ont un trouble de l'usage de sédatifs et d'anxiolytiques notamment de benzodiazépines,
- 22 sujets (41%) ont un trouble de l'usage de l'alcool,
- 11 sujets (22%) ont un trouble de l'usage de stimulants à type de MDMA

(ecstasy),

- 9 sujets (17%) ont un trouble de l'usage de stimulants à type de cocaïne,
- 7 sujets (13%) ont un trouble d'usage des substances inhalées (solvants),
- 4 sujets (7%) ont un trouble d'usage d'opiacés à type d'héroïne.

93% des sujets présentent une poly addiction ; ils ont un trouble de l'usage de plus d'une seule substance et sont dits polyconsommateurs. 37% ont une addiction à 3 substances à la fois. Et dans deux cas (4%), il s'agit même d'une addiction à 5 substances en même temps.

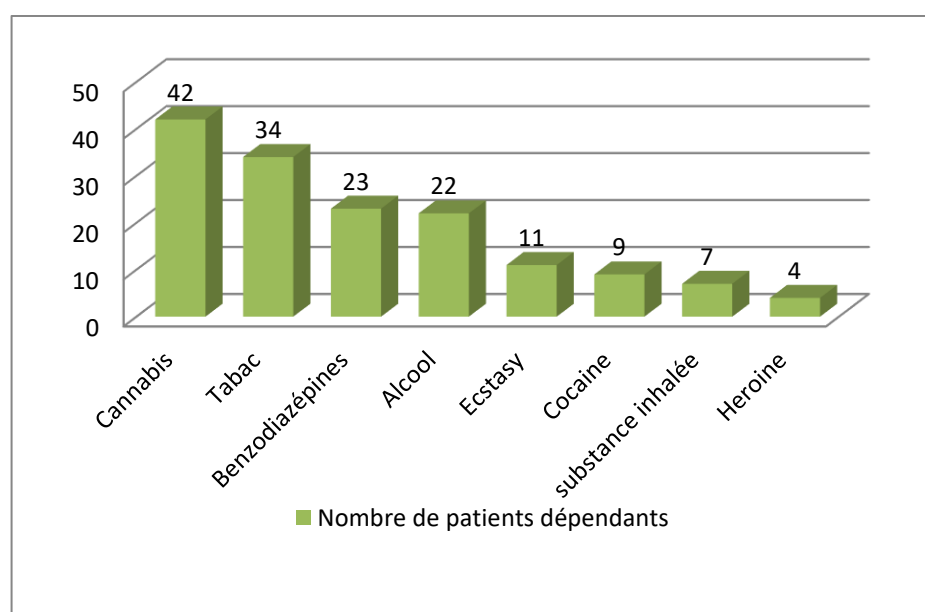


Figure 17: Répartition de l'échantillon selon la substance de dépendance

➤ La sévérité du trouble de l'usage de substance :

Etant donné que la majorité des sujets présentent une poly addiction, nous avons évalué la sévérité du trouble pour chaque substance séparément chez tous les individus de l'échantillon puis nous avons sélectionné celle dont le trouble d'usage est le plus sévère. On peut évoquer ici la substance « préférée » pour désigner la substance psycho active à laquelle le sujet présente l'addiction la plus sévère ; c'est la principale substance psycho active qui motive la demande de soins. Il s'agit du cannabis chez 23 patients soit 43% de l'ensemble des sujets et des benzodiazépines chez 20 patients soit 37 % de l'échantillon. (Tableau 6)

Tableau 6: Répartition des sujets selon les substances dont le trouble d'usage est le plus sévère

Substance incriminée	Nombre de sujets	Pourcentage
Cannabis	23	43%
Benzodiazépines	20	37%
Alcool	17	31%
Cocaïne	7	13%
Tabac	6	11%
Héroïne	4	7%
Solvant inhalé	2	4%

La majorité des patients présentent un trouble d'usage de substance grave ; 46 patients soit environ 85%.

Sept patients ont un trouble de sévérité modérée et uniquement un seul sujet présente un trouble léger. (Figure 16)

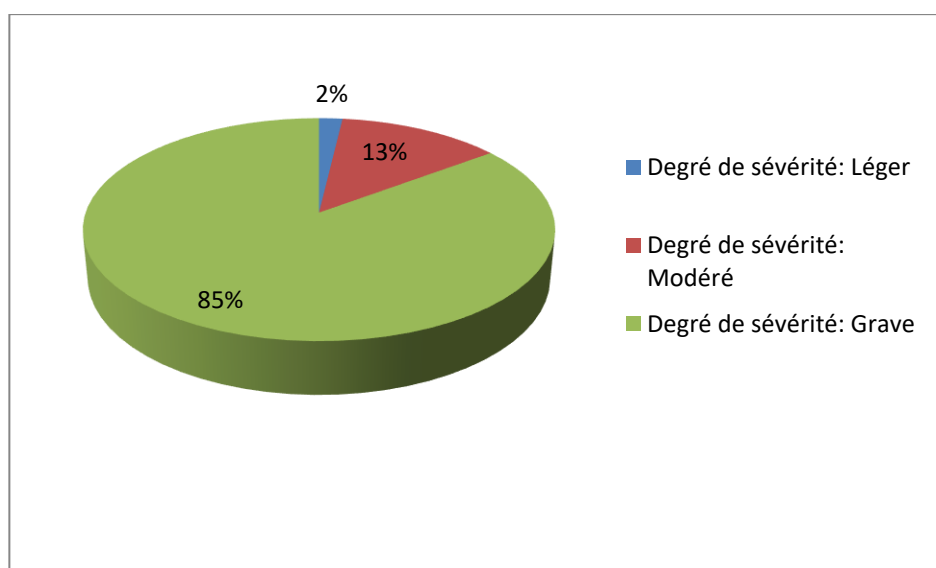


Figure 18: Répartition de l'échantillon en fonction de la sévérité du trouble de l'usage de substances

➤ **La rémission :**

Seulement 4 patients sur 54 (7%) sont en rémission précoce. Le reste des sujets ne sont pas en rémission.

1.5 Données sur l'alexithymie :

➤ **La difficulté à identifier les sentiments :**

Dans le Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), ce facteur est représenté par la sous-échelle DIF (Difficulty identifying feelings). Le score moyen dans notre échantillon est de 24.5 avec un écart-type de 6.2 et une médiane de 31. Le score varie entre 2 valeurs extrêmes à savoir 10 et 34.

➤ **La difficulté à exprimer les sentiments :**

Dans le Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), ce facteur est représenté par la sous-échelle DDF (Difficulty Describing feelings). Le score moyen dans notre échantillon est de 13.8 avec un écart-type de 4.8 et une médiane de 13. Le score varie entre 2 valeurs extrêmes à savoir 7 et 25.

➤ **La pensée à contenu pragmatique :**

Dans le Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), ce facteur est représenté par la sous-échelle EOT (Externally Oriented Thinking). Le score moyen dans notre échantillon est de 21.9 avec un écart-type de 4.5 et une médiane de 22.5. Le score varie entre 2 valeurs extrêmes à savoir 12 et 34.

➤ **Le score total :**

Il correspond à la somme des 3 scores précédents. Le score moyen dans notre échantillon est de 60.3 avec un écart-type de 11.5 et une médiane de 66.5. Le score varie entre 2 valeurs extrêmes à savoir 40 et 81. L'échantillon se partage en 3 catégories : (Figure 17)

- Les patients non-alexithymiques ; ayant obtenu un score inférieur ou égal à 51. Ils sont au nombre de 11 et ne constituent que 20% de l'échantillon.
- Les patients avec une alexithymie possible ; ayant obtenu un score entre

52 et 60. Ils sont au nombre de 17 et constituent 31% de l'échantillon.

- Les patients alexithymiques ; ayant obtenu un score supérieur ou égal à 61. Ils sont au nombre de 26 et constituent 48% de l'échantillon.

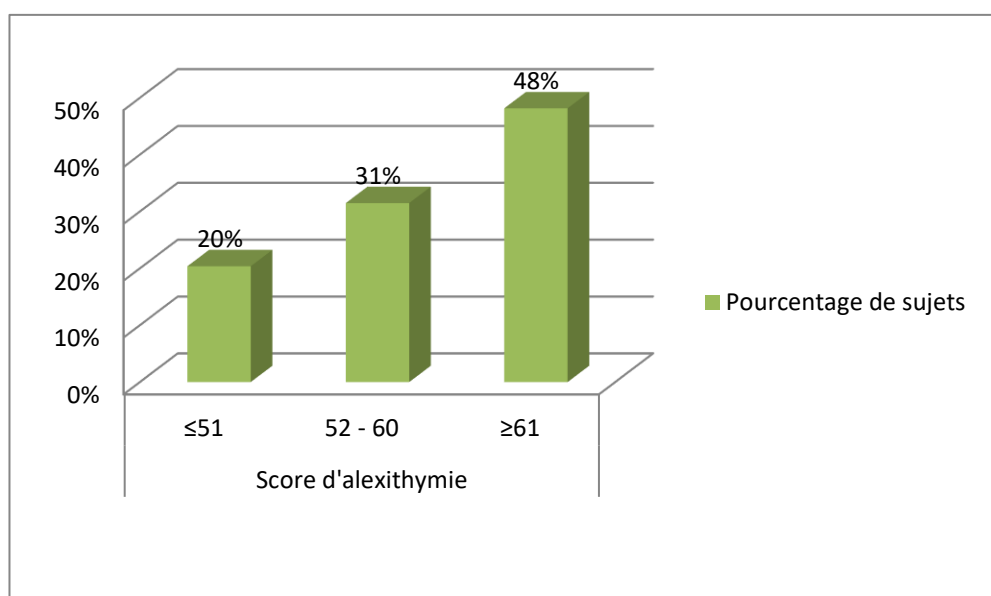


Figure 19: Répartition en pourcentages des sujets de l'étude en fonction de leurs scores au TAS-20

1.6 Données sur la personnalité :

Dans notre série, le score du Personality Diagnostic Questionnaire PDQ 4+ a varié entre 29 et 77 avec une moyenne de 47.2 et un écart type de 13.7. Il correspond à un index général de perturbation de la personnalité et il est coté sur 93. La note seuil de 28 est requise pour considérer un trouble de la personnalité. Tous nos sujets ont un score supérieur à ce seuil. 3 sujets ont obtenu un résultat suspect puisqu'ils ont répondu par Vrai à l'item 64 : « Une guerre atomique ne serait pas une si mauvaise idée ».

Environ 76% de l'échantillon (41 sujets) avaient au moins deux troubles spécifiques de la personnalité. Chez certains, nous avons retrouvé jusqu'à 4 troubles de la personnalité comorbides (8 sujets). 7 sujets soit 13% approximativement avaient un seul trouble spécifique de la personnalité et 6 sujets (11%) seulement n'en avaient aucun. (Figure 18)

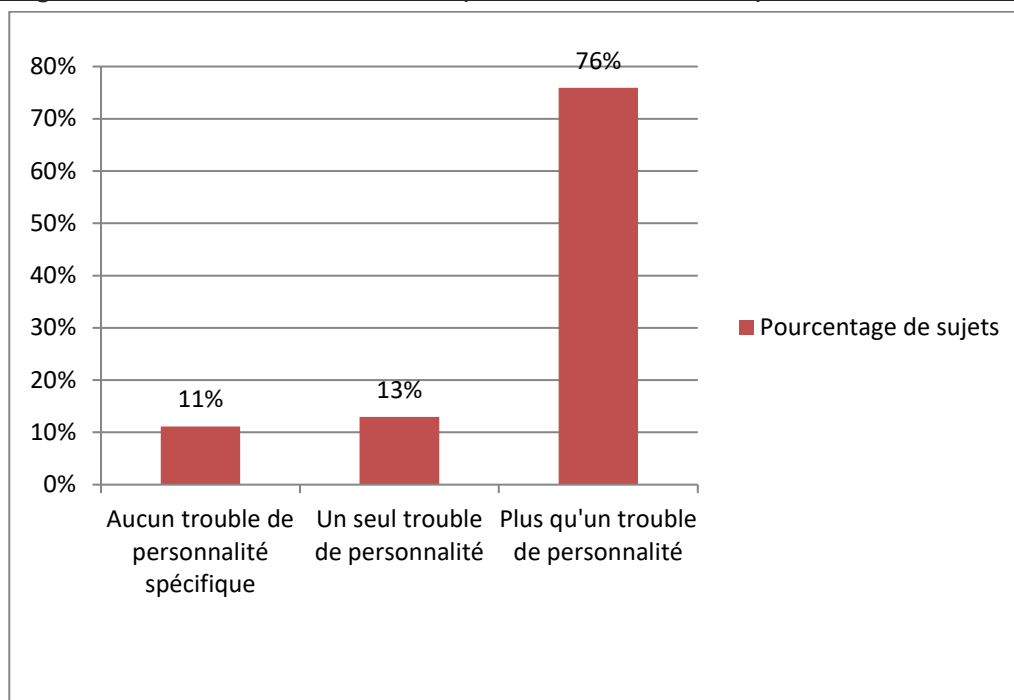


Figure 20: Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un trouble de la personnalité spécifique

25 sujets (46%) avaient au moins un trouble de la personnalité du cluster A.

29 sujets (54%) avaient au moins un trouble de personnalité du cluster B.

30 sujets (56%) avaient au moins un trouble de personnalité du cluster C (incluant la personnalité dépressive et passive-agressive).

Le trouble de la personnalité narcissique est le plus prévalent dans notre série ; il est présent chez 19 sujets soit 35% de l'échantillon, tandis que le trouble de la personnalité schizoïde occupe le deuxième rang puisqu'il existe chez 17 patients soit 31% de l'échantillon. La personnalité borderline et antisociale ont des fréquences respectives de 30% et de 26%. La prévalence de chaque trouble de personnalité est rapportée sur la figure 19. Notons que seule la personnalité histrionique n'a pas été décelée chez nos patients.

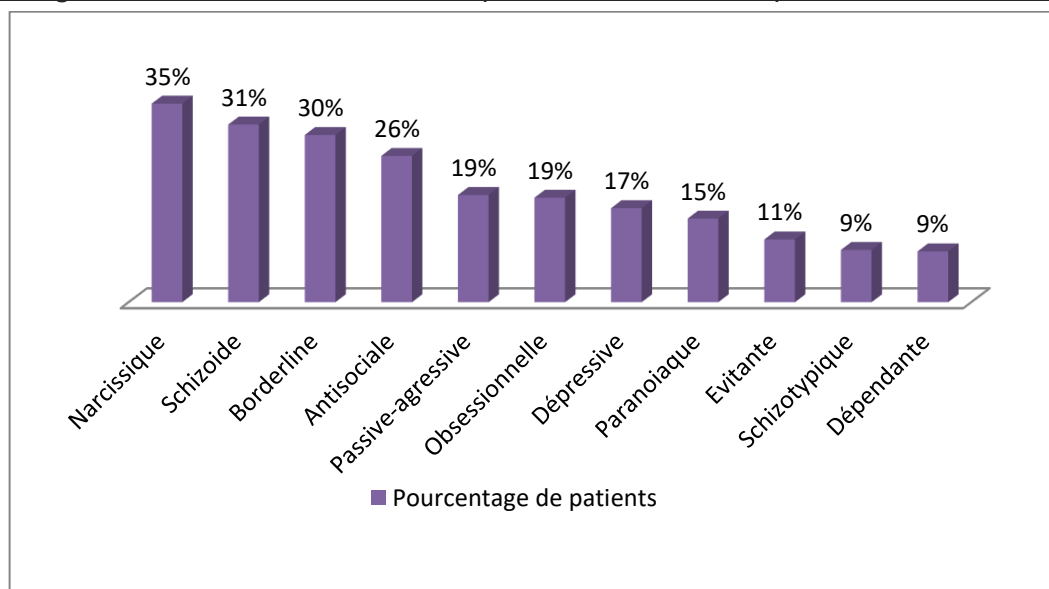


Figure 21: La prévalence des différents troubles de la personnalité dans notre échantillon

2. Etude analytique :

2.1 Analyse univariée :

a. Alexithymie et Substance d'addiction :

Tableau 7 : Association entre types de substance et l'alexithymie

Substance d'addiction	Alexithymie	Pas d'Alexithymie ou Alexithymie possible	p
Tabac	17 (50%)	17 (50%)	0.783
Cannabis	19 (45.2%)	23 (54.8%)	0.520
Alcool	9 (40.9%)	13 (59.1%)	0.418
Benzodiazépines	12 (52.2%)	11 (47.8%)	0.784
Solvant	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0.047
Cocaïne	4 (44.4%)	5 (55.6%)	1
Héroïne	3 (75%)	1 (25%)	0.342
Ecstasy	6 (54.5%)	5 (45.5%)	0.741

La différence de pourcentage chez les patients qui ont une addiction aux solvants entre ceux qui ont l'Alexithymie et ceux qui n'ont pas l'Alexithymie est statistiquement significative ($p=0.047$). (Tableau 7) Les patients alexithymiques semblent être dépendants aux solvants (colle inhalée) plus que les autres.

b. Alexithymie et troubles de la personnalité :

Tableau 8 : Association entre les troubles de la personnalité et l'alexithymie :

Troubles de la personnalité	Alexithymie	Pas d'Alexithymie ou Alexithymie possible	p
Paranoïde	7 (87.5%)	1 (12.5%)	0.022
Schizoïde	10 (58.8%)	7 (41.2%)	0.382
Schizotypique	4 (80%)	1 (20%)	0.184
Narcissique	10 (52.6%)	9 (47.4%)	0.777
Antisociale	8 (57.1%)	6 (42.9%)	0.540
Borderline	9 (56.3%)	7 (43.8%)	0.554
Histrionique	–	–	–
Dépendante	4 (80%)	1 (20%)	0.184
Évitante	3 (50%)	3 (50%)	1
Obsessionnelle	5 (50%)	5 (50%)	1
Dépressive	6 (66.7%)	3 (33.3%)	0.286
Cluster A	17 (68%)	8 (32%)	0.013
Cluster B	18 (62.1%)	11 (37.9%)	0.063
Cluster C	18 (60%)	12 (40%)	0.061

La différence de pourcentage chez les patients qui ont le trouble de personnalité paranoïde, entre ceux qui ont l'Alexithymie et ceux qui n'ont pas l'Alexithymie est statistiquement significative ($p=0.022$). (Tableau 8)

La différence de pourcentage chez les patients qui ont un trouble de personnalité du cluster A entre ceux qui ont l'Alexithymie et ceux qui n'ont pas l'Alexithymie est statistiquement significative ($p=0.013$). (Tableau 8)

L'alexithymie s'associe donc significativement aux troubles de la personnalité du cluster A et plus spécifiquement au trouble de personnalité paranoïde. Par contre, on ne remarque pas d'association significative avec les autres troubles de la personnalité spécifiques ni avec les clusters B et C.

Tableau 9 : Comparaison de la moyenne du score PDQ-4+ entre le groupe de sujets alexithymiques et le groupe de sujets non alexithymiques ou possiblement alexithymiques

	Catégories	N	Moyenne du score PDQ	Ecart type	Moyenne erreur standard	Test	P-value
Alexithymie	absente ou possible	28	44,643	13,6116	2,5723	-2,039	0,047
	présente	26	52,269	13,8667	2,7195		

La différence de moyenne du score PDQ-4+ qui reflète la sévérité du trouble de personnalité est statistiquement significative entre le groupe de patients alexithymiques (score de TAS-20 ≥ 62) et celui des patients non alexithymiques ou possiblement alexithymiques (score de TAS-20 < 62) ($p=0.047$). (Tableau 9)

C. Trouble de la personnalité et substance d'addiction :

Tableau 10 : Association entre les clusters des troubles de la personnalité et le type de substances psycho actives

	Cluster A		Cluster B		Cluster C	
Tabac +	15 (60%)	p=0.78	17 (58.6%)	p=0.576	16 (53.3%)	p=0.156
Tabac -	10 (40%)		17 (58.6%)		14 (46.7%)	
Cannabis +	19 (76%)	p=1	24 (82.8%)	p=0.513	24 (80%)	p=0.748
Cannabis -	6 (24%)		5 (17.2%)		6 (20%)	
Alcool +	10 (40%)	p=1	12 (41.4%)	p=1	11 (36.7%)	p=0.582
Alcool -	15 (60%)		17 (58.6%)		19 (63.3%)	
Benzodiazépines +	11 (44%)	p=1	16 (55.2%)	p=0.044	12 (40%)	p=0.784
Benzodiazépines -	14 (56%)		13 (44.8%)		18 (60%)	
Solvants +	4 (16%)	p=0.692	6 (20.7%)	p=0.108	5 (16.7%)	p=0.443
Solvants -	21 (84%)		23 (79.3%)		25 (83.3%)	
Cocaïne +	7 (28%)	p=0.043	4 (13.8%)	p=0.402	7 (23.3%)	p=0.27
Cocaïne -	18 (72%)		25 (86.2%)		23 (76.7%)	
Héroïne +	4 (16%)	p=0.04	0 (0%)	p=0.04	2 (6.7%)	p=1
Héroïne -	21 (84%)		29 (100%)		28 (93.3%)	
Ecstasy +	6 (24%)	p=0.736	7 (24.1%)	p=0.517	9 (30%)	p=0.049
Ecstasy -	19 (76%)		22 (75.9%)		21 (70%)	

Seul le trouble d'usage des benzodiazépines semble être associé significativement aux troubles de la personnalité du groupe ou cluster B ($p=0.044$). (Tableau 10)

On remarque en revanche que les troubles de la personnalité appartenant aux clusters A et B sont plus fréquents chez les sujets non dépendants à l'héroïne que chez les dépendants ($p=0.040$), et on retrouve une relation similaire entre les troubles du cluster C et l'addiction à l'ecstasy ($p=0.049$). L'association reste toutefois assez faible.

d. Age de début d'usage en relation avec l'alexithymie et les troubles de la personnalité :

Tableau 11 : Moyenne d'âge de début de consommation en fonction de l'alexithymie et des clusters de personnalités pathologiques

	Catégories	N	Age de début en moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Test	P-value
Alexithymie	absente ou possible	2	15,286	2,6785	0,5062	– 1,237	0,221
		8					
	présente	2	16,269	3,1567	0,6191		
		6					
Cluster A	sujets n'appartenant pas au cluster A	2	15,828	3,0127	0,5594	0,183	0,856
		9					
	sujets appartenant au cluster A	2	15,68	2,8971	0,5794		
		5					
Cluster B	sujets n'appartenant pas au cluster B	2	15,68	3,0375	0,6075	– 0,183	0,856
		5					
	sujets appartenant au cluster B	2	15,828	2,8917	0,537		
		9					
Cluster C	sujets n'appartenant pas au cluster C	2	15,667	2,4436	0,4988	– 0,206	0,838
		4					
	sujets appartenant au cluster C	3	15,833	3,3123	0,6047		
		0					

On n'a pas retrouvé d'association significative de l'âge de début de consommation de substances ni avec l'alexithymie ni avec les trois clusters regroupant les différents troubles de la personnalité. (Tableau 11)

e. Sévérité du trouble d'usage en relation avec l'alexithymie et les troubles de la personnalité :

Tableau 12 : Association entre la sévérité du trouble d'usage de substances, l'alexithymie et les troubles de la personnalité

		Sévérité du trouble d'usage de substances		
		Léger à modéré	Grave	P-value
Alexithymie	Pas d'alexithymie ou alexithymie possible	7(25%)	21(75%)	0,033
	Alexithymie présente	1(4%)	25(96%)	
Troubles de la personnalité	Cluster A	1(4%)	24(96%)	0,042
	Cluster B	4(13,8%)	25(86,2%)	1
	Cluster C	2(6,7%)	28(93,3%)	0,12

La sévérité du trouble d'usage de substances s'associe significativement avec l'alexithymie et les troubles de la personnalité du groupe A (p est de 0.033 et 0.042 respectivement). L'alexithymie ainsi que les troubles de la personnalité du cluster A ; à savoir la personnalité paranoïde, schizoïde et schizotypique sont plus fréquents chez les patients ayant un trouble d'usage de substances classé « grave ». (Tableau 12)

Tableau 13 : Association entre la sévérité du trouble d'usage de substances et l'existence du trouble de personnalité selon PDQ 4+

		Sévérité du TUS		P
		léger à modéré	Grave	
Trouble de personnalité	non	3(50%)	3(50%)	0,01
	oui	5(10%)	43(90%)	

La sévérité du trouble d'usage de substances s'associe significativement avec l'existence d'un trouble de personnalité spécifique (p est de 0.01). Les troubles de la personnalité spécifiques sont plus fréquents chez les patients ayant un trouble d'usage de substances classé « grave ». (Tableau 13)

2.2 Analyse multivariée :

Tableau 14 : Analyse multivariée

	Alexithymie		Cluster A		Cluster B		Cluster C	
	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)
Age	0,116	0,922	0,259	0,943	0,389	0,961	0,327	0,954
Relation conflictuelle avec Famille	0,889	1,122	0,215	0,377	0,479	0,659	0,5	0,679
Niveau socioéconomique des parents	0,146	0,463	0,295	1,656	0,126	4,278	0,745	1,382
Événement traumatisant ou stressant	0,551	1,724	0,96	1,046	0,142	1,724	0,036	29,775

Comorbidité psychiatrique ou ATCD psychiatrique	0,16 3	1,565	0,63 2	1,15	0,73 2	1,39 6	0,09 5	2,212
Affection médicale chirurgicale	0,55 7	0,558	0,36 3	0,418	0,80 2	0,78 7	0,01 2	0,016
ATCD juridique	0,56 5	0,727	0,71 7	1,213	0,04 9	3,52 9	0,08 6	0,322
Tabac	0,43 1	2,058	0,65 5	1,443	0,40 8	0,45 4	0,05 4	0,141
Cannabis	0,03 8	0,118	0,37 6	1,868	0,78 6	0,81	0,33 3	0,434
Alcool	0,94 9	0,952	0,34 4	0,468	0,15 1	3,94 8	0,38 8	0,446
Benzodiazépines	0,92 9	1,08	0,74 1	1,29	0,70 5	1,40 7	0,08 6	0,162
Solvant	0,12 2	7,094	0,23 3	3,331	0,41 7	3,00 9	0,52 7	2,209
Cocaïne	0,49 9	0,488	0,85 4	1,478	0,99 9	0	0,69	0,518
Héroïne	0,13 6	16,92 5	0,99 9	451969,84 8	0,98 9	1,03 1	0,78 6	0,81
Ecstasy	0,56 7	1,756	0,25 9	0,943	0,38 9	0,96 1	0,15 1	3,948
Constante	0,11 6	50,41 9	0,29 5	1,656	0,47	0,65 9	0,06 7	100,18 1

Dans l'analyse multivariée, en ajustant sur l'ensemble des facteurs utilisés en analyse univariée, on obtient les résultats suivants : (Tableau 14)

- La dépendance au cannabis est significativement liée à l'alexithymie ($p=0.038$) ;
- Les antécédents juridiques sont significativement liés au cluster B des troubles de la personnalité ($p=0.049$) ;
- Les antécédents d'affections médicales ou chirurgicales ainsi que les antécédents d'évènements traumatisants ou stressants sont significativement associés au cluster C ($p=0.012$ et $p=0.036$ respectivement).

IV. Discussion :

1. Argumentaire de l'étude :

L'objectif principal de ce travail est de rechercher la prévalence de l'alexithymie et les troubles de la personnalité au sein d'une population de sujets pris en charge par le centre d'addictologie du CHU Hassan II de Fès et de décrire en même temps les aspects cliniques de l'usage de substance chez cette même population.

Il s'agit également de mettre en perspective cette enquête avec les études réalisées sur le sujet ou des sujets connexes afin d'identifier les tendances qui se confirment.

De nombreux auteurs à travers le monde se sont déjà pleinement investis dans un des trois principaux thèmes abordés par notre étude, à savoir : le trouble d'usage de substance, l'alexithymie et les troubles de la personnalité. Plusieurs travaux ont sélectionné deux parmi ces trois thèmes pour analyser et mieux comprendre la nature de la relation qui les unirait. La littérature actuelle malgré sa richesse s'est montrée incapable de répondre clairement à la question suivante : comment pourrait-on intégrer le concept d'alexithymie dans une définition plus générale du trouble de personnalité pour ensuite tenter de dresser un nouveau profil de personnalité mieux corrélé au trouble de l'usage de substances psychoactives ? Nous souhaitons, à travers cette étude, attirer l'attention sur cette question et nous proposons de valoriser ce projet dans les prochains travaux de recherche.

2. Discussion des données sociodémographiques :

Notre échantillon est composé exclusivement de 54 sujets de sexe masculin considérés représentatifs de l'ensemble de la population de patients bénéficiant de soins au centre d'addictologie de l'hôpital Ibn Alhassan du CHU Hassan II. En effet, ce centre ne dispose pas d'unité hospitalière dédiée aux femmes et les patientes qui

consultent pour aide au sevrage au niveau du centre sont relativement rares.

Une étude descriptive réalisée au centre d'addictologie de Marrakech sur 1400 usagers de substances psycho actives avait également montré une prédominance masculine au sein des sujets recrutés d'environ 93% [40]. D'autres études similaires menées en Inde (Kashmir) et en Iran (Khuzestan) sur des populations de patients dans des centres d'addictologie ont trouvé des proportions de sujets masculins comparables à la nôtre ; 100% et 97.5% respectivement. Les données de la littérature varient globalement entre 70% et 100% [41] [42]. La disparité paraît moins franche dans les pays plus développés (70% d'hommes sur un échantillon de 752 patients recrutés au CHU de Nantes) [43]. La tendance semble néanmoins universelle.

Les centres d'addictologie seraient fréquentés majoritairement par les hommes. Ceci pourrait s'expliquer aussi bien par des facteurs épidémiologiques (l'addiction aux substances concerne majoritairement le sexe masculin) que culturelles (les femmes seraient moins disposées à demander de l'aide au sevrage par exemple).

La moyenne d'âge constatée dans notre échantillon est de 27.07 ± 8.22 . La tranche d'âge la plus représentée est celle entre 20 et 29 ans (52%). La plupart des auteurs rapportent des moyennes d'âge situées entre 20ans et 30ans. Ainsi, dans la série d'Oulmidi A (centre de Marrakech), la moyenne ne dépassait pas 22 ans et plus de la moitié des sujets avait entre 18 et 40ans [40]. Une étude faite au Bangladesh (Dhaka) sur 105 patients en unité de détoxification a rapporté un résultat similaire avec une moyenne d'âge de 28.8 ans [44]. Il faut bien noter qu'on retrouve des extrêmes d'âges dans tous ces échantillons ; les âges variant globalement entre 15 ans et 68 ans. Dans notre série, les âges varient entre 17 ans et 52 ans. En effet, si le début de la consommation de substances psycho actives coïncide souvent avec la fin d'une étape critique de la vie de l'individu à savoir l'adolescence, le trouble d'usage atteint son maximum typiquement entre 20ans et 30ans et cette tendance

semble bien se reproduire d'après plusieurs études.

Les sujets de notre série ont débuté la consommation de substances psycho actives en moyennes aux alentours de 15 ans (15.7 ± 2.93) avec 2 extrêmes : 11 ans et 25 ans. Notre résultat ainsi que celui d'autres études menées au niveau de plusieurs centres d'addictologie à savoir ; celui de Marrakech où 40% des sujets auraient débuté la consommation entre 15 ans et 18 ans, celui de Dhaka au Bangladesh où 41% d'un échantillon de 105 patients ont commencé à utiliser les substances entre 16 ans et 20 ans ainsi qu'un centre au Kashmir où 76.8% des participants ont déclaré s'être initiés à l'usage de drogues entre 11 ans et 20 ans, vient appuyer l'hypothèse très répandue selon laquelle l'initiation à l'usage de substances psycho actives se fait précocement au cours de l'adolescence, parfois même en tout début chez des mineurs de moins de 11 ans [40] [41]. Le retentissement de telles conduites ne tarde pas à se manifester. Ainsi, 28% de nos sujets avaient arrêté leurs parcours scolaires avant d'obtenir le bac principalement à cause des conduites addictives. Au total, 83.3% de notre échantillon n'ont jamais obtenu le baccalauréat dont 78% ont quitté l'école soit au collège soit au lycée, autrement dit, la majorité a arrêté ses études à l'adolescence. D'autres études fournissent des résultats comparables. Dans la série d'Oulmidi A à Marrakech, 56% ont quitté l'école avant le lycée alors que dans celle de Rather YH au Kashmir en Inde, ce taux a atteint 86.9% [40] [41]. La relation entre l'échec scolaire et les conduites addictives reste toutefois complexe ; en effet, le début précoce de la consommation pourrait contribuer à l'arrêt des études, mais en même temps, l'échec scolaire pourrait faciliter le passage aux conduites de délinquance et à l'addiction. En outre, d'autres facteurs tel un évènement traumatique survenu à l'enfance, certains traits de personnalité (impulsivité, alexithymie etc.) ou encore l'entourage, pourrait aussi être à l'origine de cette association [45]. Rappelons que cette tendance n'est pas généralisée puisqu'une proportion non négligeable de nos

patients (13%) et celle des autres séries ont pu poursuivre des études supérieures.

On s'attend à avoir un taux de chômage élevé chez les usagers de substances. Les résultats de notre étude semblent rejoindre cette hypothèse avec 56% des participants n'ayant aucune activité professionnelle régulière. Landréat M.G retrouve dans sa série un résultat très similaire : 55.4%. L'étude menée au centre de Marrakech quant à elle ne recense que 36% de non travailleurs mais considère 25% comme travailleurs occasionnels soit au total 61% sans profession régulière ce qui converge avec nos résultats [43] [40]. 72.3% de nos sujets ont un salaire inférieur à 2000DHS/mois et 44% sont issus de familles pauvres. Ces résultats sont plus alarmants que ceux présentés par Oulmidi A dans une étude transversale au niveau du centre d'addictologie à Marrakech où seulement 41% avaient un salaire mensuel inférieur à 3000DHS et 32% avaient un salaire mensuel entre 3000DHS et 5000DHS ou bien encore les résultats de Maruf M.M à propos de 105 patients au Bangladesh qui ne parle que de 34.3 % de sujets ayant un bas niveau socio-économique [40] [44]. Nos résultats évoquent le quotidien d'une large population installée dans notre ville millénaire ou dans la région, victime aussi bien de l'addiction que de la pauvreté et du chômage. La précarité sociale chez ces communautés défavorisées rend propice la consommation et la prolifération du trafic de stupéfiants comme elle rend propice la criminalité.

4% seulement de nos sujets habitent en milieu rural alors que la majorité vit dans des villes comme Fès (50%), Oujda (13%) ou Meknès (7%), ce qui semble concorder avec les résultats des études similaires à l'instar de l'étude de Jamshidi F qui s'est déroulée dans la région de Khūzestān en Iran sur 4400 sujets en unité d'addictologie dont 8.2% seulement était d'origine rurale. Maruf M.M avait publié un résultat similaire. L'étude du centre de Marrakech a quant à elle recensé 24% de patients résidents en milieu rural [42] [44] [40]. Les ressortissants du milieu rural restent globalement peu représentés parmi les patients admis dans les centres

d'aide au sevrage et ceci s'expliquerait davantage par la difficulté d'accès aux soins que par la difficulté de se procurer les substances psycho actives.

Les taux de célibat dans les études de Landréat M.G (CHU de Nantes) et de Rather Y.H (Kashmir) s'élevaient à plus de 70% [43] [43]. Dans notre série, nous avons compté 78% de célibataires parmi nos patients. Ce chiffre ne paraît pas aussi surprenant lorsqu'on considère qu'une majorité de ces patients sont relativement jeunes, n'ont pas terminé leurs études et sont en situation précaire (chômage, bas niveau socio-économique..).

3. Discussion des évènements de vie :

Les conflits avec les membres de la famille contribuent à leur tour à l'isolement social et renforcent le besoin d'aller chercher refuge dans la consommation de substances. Dans notre échantillon, 32% ont rapporté avoir une relation conflictuelle avec au moins un membre de la famille. Ce chiffre s'élève à 60% dans la série d'Oulmidi A [40]. Rappelons aussi que les conduites addictives endommagent la relation avec autrui notamment avec les proches et parfois même de manière irréversible ce qui fait rentrer l'individu dans une sorte de cercle vicieux. Dans une autre optique, les problèmes interpersonnels liés aux addictions aux substances pourraient n'être qu'une manifestation de l'alexithymie. Sifneos P.E (1991) signalait déjà que les sujets alexithymiques avaient des difficultés à établir des relations interpersonnelles et à communiquer leurs états affectifs. La capacité à reconnaître les expressions faciales et à percevoir les émotions d'autrui sont deux facultés essentielles afin de pouvoir entretenir des relations saines avec les proches et l'entourage. Ces deux facultés semblent être limitées chez les personnes alexithymiques [46]. Le bon soutien familial constituerait donc un facteur incontournable à considérer dans les programmes thérapeutiques d'aide au sevrage.

On retrouve dans la biographie de 19 sujets de notre échantillon (35%) au moins un évènement stressant voire traumatisant pour le sujet survenu récemment ou bien il y a longtemps durant l'enfance ou le début de l'adolescence. En effet, Mandaria A et coll. ont montré dans une étude publiée en 2016 une corrélation positive de l'usage d'alcool et de drogues avec l'abus au cours de l'enfance (physique, émotionnel ou sexuel) ainsi qu'avec les événements traumatiques de survenue plus tardive [47].

4. Discussion des antécédents :

Nous avons trouvé que 12 sujets, soit 22% de la totalité de l'échantillon, avaient des antécédents médicaux chirurgicaux. 27.23% était le pourcentage de sujets avec des antécédents médicaux chirurgicaux dans une étude descriptive similaire faite à Marrakech [48]. Il faut noter que certains de ces états morbides ne sont que l'effet direct ou indirect de l'abus de certaines substances sur la santé. Ainsi, un patient de notre série suivi pour un trouble de l'usage d'alcool avait déjà présenté une pancréatite stade E. Un autre sujet dépendant au tabac parmi d'autres substances avait été opéré pour perforation d'ulcère gastroduodénale ; une complication grave d'une pathologie qui s'associe communément au tabagisme. L'alexithymie, de son côté, semble jouer un rôle de médiateur dans cette relation. Le concept d'alexithymie fut créé initialement pour désigner un déficit affectif et cognitif dans la reconnaissance et l'expression émotionnelle chez les sujets atteints de pathologies d'ordre psychosomatique. Les données issues des études cliniques ont montré que l'alexithymie était une dimension transnosographique, non exclusivement liée aux troubles psychosomatiques. Si les études en neuroscience ont éclairé les interrelations entre alexithymie et troubles neurophysiologiques (activation du système sympathique, perturbations de l'axe corticotrope, légère immunosuppression, ancrage cérébral, etc.), elles ne permettent pas pour autant

d'inférer du risque psychosomatique au sens strict du terme. Actuellement, dans une approche biopsychosociale, on considère qu'une pluralité de facteurs intervient pour expliciter cette vulnérabilité psychosomatique. Les facteurs neurophysiologiques (dysfonctionnement neuroendocrinien et neurovégétatif) et comportementaux (fréquence des actes impulsifs, des conduites addictives) auraient un retentissement direct sur le soma, tandis que les facteurs cognitivo-expérientiels (méconnaissance des sensations corporelles ou amplification des signes fonctionnels) et sociaux (relation interpersonnelle limitée, isolement social) favoriseraient les comportements pathogènes à risque pour la santé (adhésion inadéquate aux soins, inobservance thérapeutique, etc.) [31].

Dans notre étude, 55% des patients interrogés ont au moins un trouble psychiatrique soit actuellement comorbide à l'addiction ou bien faisant partie des antécédents. 42.6% de ces patients ont ou avaient un trouble dépressif, 13% un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel compulsif et 7.4% un trouble bipolaire. Les études similaires présentent des résultats plus ou moins comparables. Le taux de comorbidité psychiatrique est souvent élevé comme c'est le cas dans l'étude de Zian C faite au pôle d'addictologie à Marrakech où ce chiffre atteint 71.86% ou encore dans les résultats publiés par Rather Y.H qui constate 49.5% de sujets suivis pour d'autres troubles psychiatriques. La dépression est la plus représentée dans le travail de Zian C avec 33.79% de prévalence suivie du trouble bipolaire avec 18.5%, tandis que l'étude de Rather Y.H faite sur un échantillon au Kashmir a trouvé principalement des sujets ayant un trouble bipolaire (25.7%). La prévalence des troubles anxieux reste aussi globalement considérable : 13% dans notre série comparée à 16.43% dans la série de Zian C. [48] [41]

Les individus dans notre échantillon déjà condamnés à une peine de prison ou simplement mis en garde à vue ne dépassent pas les 28%.

Dans une étude descriptive à Marrakech, on avait recensé plus de 58% de sujets avec des antécédents judiciaires ou des confrontations avec les autorités [40]. On pourrait s'attendre à des pourcentages encore plus importants si on venait à reproduire l'étude sur d'autres échantillons puisqu'il y aurait probablement une forte association entre transgressions et conduites addictives.

5. Discussion de l'usage de substances :

Dans notre étude, on relève que parmi nos patients les poly consommateurs de substances psycho actives ayant une poly addiction avoisinent les 93%. Des pourcentages assez comparables ont été observés dans d'autres centres en Inde et au Bangladesh : 91.9% au Kashmir et 91.4% à Dhaka au Bangladesh. L'étude de Landréat M.G réalisée au CHU de Nantes et celle réalisée au centre d'addictologie de Marrakech ont compté 79.1% et 66% de poly consommateurs respectivement. La plupart des auteurs en effet évoquent la poly consommation et la poly addiction pour désigner des troubles d'usage de plusieurs substances coexistant chez un même patient [44] [41] [43] [40]. Il paraît que le phénomène de poly addiction est majoritaire chez les patients pris en charge dans les centres d'addictologie. La consommation d'un type de substances psycho actives encouragerait assez souvent à en essayer d'autres. L'expérimentation avec de multiples drogues faciliterait l'installation de la poly addiction.

Le cannabis est la substance la plus utilisée par nos sujets ; 78% présentent un trouble d'usage de cannabis. Le tabac occupe la seconde place avec 63% d'usagers. 43% des sujets ont un trouble d'usage de psychotropes type benzodiazépines et 41% ont un trouble d'usage de l'alcool. 22% sont dépendants à l'ecstasy, 17% à la cocaïne, 13% aux solvants inhalés et 7 % seulement aux opiacés. Ces résultats reproduisent plus ou moins fidèlement la tendance relevée par l'étude d'Oulmidi A où le cannabis était également en tête de file (47%) suivi de l'alcool (18%), du tabac

(17%) puis des psychotropes (9%), les solvants et l'héroïne viennent aussi en dernier (2% et 1% respectivement). On se distingue des résultats de Landréat M.G (CHU de Nantes) qui placent les opiacés en seconde position juste après le cannabis (42.8% sont dépendants au cannabis et 31.8% aux opiacés). Dans la série de Maruf M.M (Dhaka, Bangladesh), et celle de Rather Y.H (Kashmir) ainsi que celle de Jamshidi F (Khazestan, Iran), on avait noté des fréquences encore plus élevées d'usage d'opiacés : 79%, 65.7% et 50.6% respectivement. Ces fréquences n'étaient dépassées dans les deux premières séries que par celles relatives à l'usage de la nicotine (81% et 94.4% respectivement). [40] [42] [44] [43] [41]

Les disparités de profils de substances utilisés entre les pays et les régions géographiques semblent être principalement liées à l'accessibilité des différents produits. Ainsi, au Maroc, pays producteur et exportateur de Haschisch, il n'est pas étonnant de remarquer une fréquence plus élevée d'usage de cannabis. Tandis que des pays comme l'Inde, le Bangladesh ou bien l'Iran qui se trouvent plus à proximité de l'Afghanistan–le premier producteur au monde d'opiacés– auront plus accès à ces derniers [49] [50].

6. Discussion de l'alexithymie et sa relation avec l'usage de substances :

Les patients alexithymiques ; ayant obtenu un score supérieur ou égal à 61, sont au nombre de 26 et constituent 48% de l'échantillon. Les patients avec une alexithymie possible ; ayant obtenu un score entre 52 et 60, sont au nombre de 17 et constituent 31% de l'échantillon. Les patients non-alexithymiques ; ayant obtenu un score inférieur ou égal à 51, sont au nombre de 11 et ne constituent que 20% de l'échantillon. Notre échantillon compte donc 48% de sujets alexithymiques ce qui concorde avec les données de la littérature. En effet, les taux d'alexithymie chez les alcooliques varient typiquement entre 45% et 67% avec parfois des prévalences arrivant à 78% [51] [29]. Guibaud O ainsi que Farges F ont objectivé grâce à des

études cas-témoins que la prévalence de l'alexithymie était significativement plus élevée dans le cadre des conduites de dépendance et ont présenté des pourcentages variants entre 41% et 63% [52] [53]. Dans une étude similaire plus récente en Australie, Lyvers et coll. ont utilisé le TAS-20 et ont trouvé 40% d'alexithymiques parmi 100 patients hospitalisés en unité d'addictologie contre 18.69% parmi les 107 témoins [54].

Farges F avait montré une corrélation significative entre les scores du Toronto Alexithymia Scale TAS-20 et ceux du Beck Depression Inventory BDI surtout pour le facteur « difficulté à identifier ses émotions » et avait conclu que l'alexithymie dépendait apparemment de l'humeur [53]. L'analyse faite sur notre échantillon d'étude n'a relevé aucune association significative ni avec les antécédents ou comorbidités psychiatriques de façon générale ($p=0.163$) ni avec les troubles de l'humeur : troubles bipolaires et troubles dépressifs ($p=0.18$).

Nous avons toutefois objectivé une association significative entre l'alexithymie et la sévérité du trouble d'usage de substances ($p=0.033$), l'alexithymie était en effet plus fréquente chez les sujets ayant un trouble grave de l'usage de substance selon la classification proposée par les DSM 5. L'alexithymie, à la lumière de nos résultats, et dans une population de patients d'addictologie, semble être un trait de personnalité indépendant des troubles psychiatriques communs et notamment des troubles de l'humeur. En revanche, elle serait capable de prédire la sévérité de l'usage de substances. Il pourrait s'agir en effet d'un facteur de risque distinct au trouble d'usage de substances.

En dépit de nombreuses études suggérant la présence d'un lien spécifique entre alexithymie et addiction (c'est-à-dire en tant que facteur de risque), l'alexithymie pourrait ne pas être liée de manière univoque aux troubles d'usage de substances ni à d'autres troubles distincts. Mais elle pourrait être associé au concept

plus large de détresse psychologique, quelle que soit la phénoménologie symptomatologique. Comme l'ont suggéré de récentes études empiriques, l'alexithymie pourrait être davantage associée à une affectivité négative ou à une détresse psychologique plutôt qu'à une caractérisation de troubles distincts. Parolin M dans son article critique sur le concept d'alexithymie évoque ces points et les rajoute au manque de correspondance entre l'échelle observationnelle OAS et le TAS-20 pour douter sur la validité de l'alexithymie mesurée par des auto-évaluations [55].

De Haan H.A et coll. suggèrent sur la base d'une étude faite sur 101 patients avec des troubles d'usage de substances que l'alexithymie telle que mesurée par le TAS-20 serait à la fois un trait de personnalité et un état psychologique et qu'elle ne serait pas affectée par l'évolution des symptômes anxio-dépressifs [56]. Ils ont ainsi tenté de répondre à une question depuis longtemps posée : l'alexithymie est-elle un véritable trait de personnalité ou bien un état psychique passager ?

7. Discussion des troubles de la personnalité et leur relation avec l'usage de substance :

D'après les résultats du Personality Diagnostic Questionnaire PDQ-4+, environ 76% de l'échantillon ont au moins deux troubles spécifiques de la personnalité. Chez certains, nous avons retrouvé jusqu'à 4 troubles de la personnalité comorbides, 13% approximativement ont un seul trouble spécifique de la personnalité et 11% seulement n'en ont aucun.

De nombreuses études réalisées jusqu'à présent suggèrent que la prévalence des troubles de la personnalité est plus élevée chez les patients atteints de troubles d'usage de substances par rapport à la population générale. Ceci est particulièrement lié aux troubles de la personnalité antisociale, borderline, évitante et paranoïde. La prévalence globale du trouble de la personnalité varie de 10% à

14,8% dans la population normale et de 34,8% à 73,0% chez les patients traités pour addictions, avec une médiane de 56,5% [23]. Des résultats similaires ont également été retrouvés chez des patients atteints de troubles d'usage de substance qui ne sont pas en quête de traitement, ce qui suggère que la prévalence apparemment plus élevée du trouble de personnalité ne peut pas seulement être liée au biais de Berkson. Ce dernier correspond au biais de sélection des services hospitaliers entraînant une prévalence plus élevée de comorbidité dans les échantillons cliniques [23].

Dans une étude plus récente, la comorbidité avec le trouble de la personnalité a été retrouvée chez 46% soit 28 parmi un échantillon de 61 patients admis pour prise en charge en unité d'addictologie au sud du Norvège, dont 21 patients n'avaient qu'un seul trouble de personnalité, trois en avaient deux, trois en avaient trois troubles et un seul avait quatre troubles de la personnalité comorbides. L'étude a utilisé le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II) [24].

Preuss W et coll. ont également diagnostiqué parmi un échantillon de 1079 patients ayant répondu aux critères DSM IV de l'addiction aux substances environ 652 cas soit 60.4% de troubles de la personnalité [57].

Dans notre échantillon :

25 sujets (46%) avaient au moins un trouble de personnalité du cluster A, 29 sujets (54%) avaient au moins un trouble de personnalité du cluster B, 30 sujets (56%) avaient au moins un trouble de personnalité du cluster C (incluant la personnalité dépressive et passive-agressive).

Selon la plupart des autres études, les troubles de la personnalité du groupe B sont les plus répandues chez les patients avec un trouble d'usage de substance.

Cependant, dans la même étude réalisée par Langàs A.M au Norvège en 2012 sur 61 sujets traités en addictologie pour addiction aux substances, la différence

entre les diagnostics du groupe B et du groupe C n'était pas statistiquement significative. Lorsqu'ils ont inclus les diagnostics inférieurs au seuil du SCID II, les diagnostics du groupe C étaient numériquement plus répandus [24].

Le trouble de la personnalité narcissique est le plus prévalent dans notre série ; il est présent chez 19 sujets soit 35% de l'échantillon, tandis que le trouble de la personnalité schizoïde occupe la deuxième position puisqu'il semble exister chez 17 patients soit 31% de l'échantillon. La personnalité borderline et antisociale ont des fréquences respectives de 30% et de 26%. La prévalence de chaque trouble de personnalité est rapportée sur la figure 19. Notons que seule la personnalité histrionique n'a pas été décelée chez nos patients.

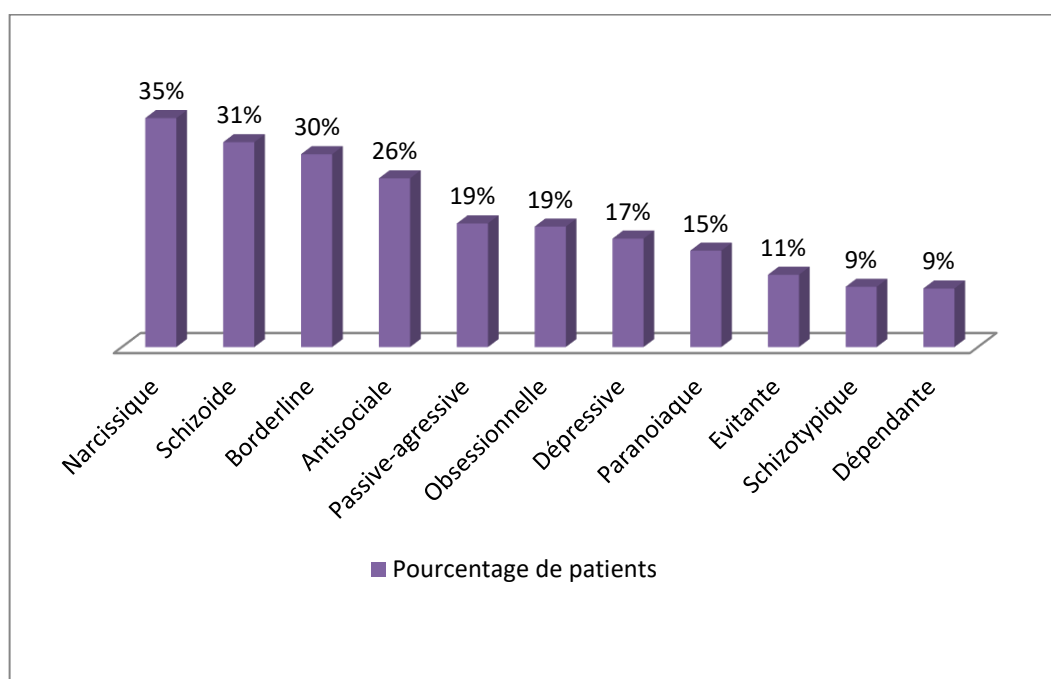


Figure 21: La prévalence des différents troubles de la personnalité dans notre échantillon

Dans l'étude norvégienne de Langàs A.M, les deux troubles de la personnalité les plus fréquents étaient la personnalité antisociale (16%) et la personnalité borderline (13%). Les personnalités paranoïde, évitante, obsessionnelle compulsive et non spécifiée avaient chacune une prévalence de 8%. Tandis que la personnalité schizotypique et dépendante n'ont été retrouvées que chez deux patients [24].

L'étude de Preuss W a révélé une répartition relativement différente de troubles de la personnalité chez les patients dépendants aux substances ; les troubles de la personnalité les plus fréquemment diagnostiqués dans son échantillon étaient la personnalité obsessionnelle (31.4%), la personnalité borderline (26.1%) et la personnalité narcissique (18.6%), suivies des personnalités paranoïdes (17.8%) et antisociales (15.5%) [57].

Lorsque Langàs A.M et coll ont comparé les différents diagnostics de troubles de la personnalité dans leur échantillon avec ceux d'un échantillon communautaire, ils ont trouvé chez leurs patients une prévalence particulièrement élevée de personnalité antisociale (16,4% contre 0,7%), borderline (13,1% contre 0,7%), paranoïde (8,2% contre 2,4%), obsessionnelle-compulsive (8,2% contre 2,0%) et évitante (8,2% contre 5,0%) [24].

Le modèle de prévalence des troubles de la personnalité chez les patients dépendants aux substances est différent du modèle trouvé chez les patients ayant d'autres diagnostics de troubles mentaux. Chez les patients souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété, les personnalités obsessionnelle compulsive, paranoïde et évitante sont les plus répandues, tandis que la personnalité antisociale est beaucoup moins répandue que chez les patients ayant un trouble d'usage de substances. En outre, les patients traumatisés victimes d'accidents admis dans un service de chirurgie avaient des taux de prévalence de troubles de la personnalité plus similaires aux patients dépendants aux substances [24]. Ceci peut très bien renvoyer à l'impulsivité, trait de personnalité assez récurrent dans plusieurs troubles spécifiques de personnalité. En effet, l'impulsivité, facteur de risque du comportement addictif basé sur la personnalité, contribue à faciliter l'engagement de l'individu dans les conduites à risque. Cette prise de risque (excès de vitesse, non port de la ceinture de sécurité ou de casque...) est le plus souvent incriminée dans les accidents de la voie publique [20].

En conclusion, certaines études ont montré que des troubles de la personnalité autres que les personnalités narcissiques et schizoïdes étaient les plus répandues. Cela peut s'expliquer par la sélection d'échantillons et les méthodes d'évaluation. La discordance serait aussi due à l'utilisation du PDQ-4+ comme outil de dépistage des troubles de la personnalité qui est assez différent par exemple, du SCID II.

Une étude assez récente conduite en 2016 ayant utilisé le PDQ-4+ pour diagnostiquer les troubles de la personnalité chez 51 prisonniers de sexe masculins souffrant tous de troubles d'usage de substances a néanmoins objectivé des prévalences assez discordantes avec les nôtres : 45.1% de troubles de la personnalité antisociale, 35.3% de personnalité paranoïde et 23.5% de personnalité obsessionnelle [58]. Nous ne pouvons toutefois tirer de conclusion étant donné que l'échantillon de sujets en milieu carcéral reste non comparable à notre échantillon, recruté en milieu de soins.

Les troubles d'usage de substances sont également couramment trouvés chez les patients atteints de troubles de la personnalité, en particulier la personnalité borderline et antisociale. Chez les patients atteints de troubles de la personnalité, le risque de trouble d'usage d'alcool est multiplié par cinq tandis que le risque de trouble d'usage de drogue est multiplié par 12. La comorbidité dépend également du type de troubles de la personnalité. Par exemple, des études suggèrent que les troubles d'usage de substances sont l'une des comorbidités psychiatriques les plus courantes chez les patients atteints de trouble de personnalité borderline, avec une prévalence à vie d'environ 78%. Dans l'ensemble, le risque de consommation de substances, y compris le tabac, l'alcool et les drogues illicites, est plus élevé chez les patients atteints de trouble de personnalité borderline que dans la population générale [23].

Nos résultats montrent une association significative entre la présence d'un trouble de personnalité spécifique et l'existence d'un trouble grave de l'usage de substances psycho actives ($p=0.01$). Des résultats similaires apparaissent dans l'étude norvégienne de Langås A.M publiée en 2012 : le sous-groupe diagnostiqué avec un trouble de personnalité montrait plusieurs signes de sévérité de l'addiction aux substances ; des scores du Drug Use Disorder Identification Test DUDIT plus élevés, environ le double de la consommation quotidienne de nicotine, un âge de début de consommation plus précoce et un nombre plus élevé de diagnostics de trouble d'usage de substances. L'étude allemande dirigée par Preuss W a également confirmé que le diagnostic de n'importe quel trouble de personnalité était associé à un profil plus sévère du trouble d'usage d'alcool. [24] [57]

Nous remarquons aussi chez nos patients que les diagnostics de troubles de la personnalité du Cluster A sont significativement plus fréquents dans le sous-groupe avec un trouble d'usage de substances catégorisé « grave » ($p=0.042$). Ce résultat est discordant avec celui de Preuss qui suggère que ce serait plutôt les troubles de la personnalité du Cluster B qui seraient associés le plus à des caractéristiques sévères du trouble d'usage d'alcool [57]. Plus spécifiquement, Preuss U.W avait objectivé une corrélation entre le trouble de personnalité antisociale et le début précoce de consommation d'alcool qu'il a considéré comme indicateur de sévérité du trouble. Nous remarquons une large divergence avec notre travail quant à la méthodologie de l'étude (Preuss avait utilisé le SCID II et s'est basé sur le DSM IV pour identifier les troubles de la personnalité) et quant à la notion de sévérité (Preuss l'avait associée aux nombres de critères DSM IV et à l'âge du début de consommation et l'avait appliquée exclusivement au trouble d'usage d'alcool). Ajoutons à cela que Preuss W a utilisé des outils statistiques plus élaborés (des analyses de régression linéaire) [57]. Cette divergence pourrait expliquer la discordance entre nos résultats.

Nous avons décelé une association significative entre le diagnostic d'un ou plusieurs troubles de la personnalité du Cluster B et l'existence d'antécédents judiciaires ($p=0.049$). Ce résultat n'est pas surprenant puisque parmi ces troubles de la personnalité figure la personnalité antisociale. La biographie de ces patients est marquée par l'instabilité et souvent émaillée de contacts avec la justice, voire de condamnations. On retrouve dans l'enfance des comportements transgressifs répétés comme des agressions, des destructions ou des vols, le tout faisant porter un diagnostic de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans.

8. Discussion de la relation entre l'alexithymie et les troubles de la personnalité :

D'après nos résultats, l'alexithymie semble s'associer significativement aux troubles de la personnalité du cluster A ($p=0.013$) et plus spécifiquement au trouble de personnalité paranoïde ($p=0.022$). (Tableau 8) En considérant le score PDQ-4+ comme échelle dimensionnelle mesurant la sévérité du trouble de personnalité et étant donné que la différence de moyenne du score PDQ-4+ est statistiquement significative entre le groupe de patients alexithymiques (score de TAS-20 ≥ 62) et celui des patients non alexithymiques ou possiblement alexithymiques (score de TAS-20 < 62) ($p=0.047$), on pourrait évoquer un possible lien entre la sévérité du trouble de personnalité dans sa conception dimensionnelle et l'existence de l'alexithymie. Ce résultat laisse à penser que la notion d'alexithymie ne serait autre qu'une dimension de la personnalité.

Lysaker P.H avait traité cette relation hypothétique dans plusieurs de ses publications. Dans l'une d'elles intitulée "Contrasting metacognitive, social cognition and alexithymia in adults with borderline PD, schizophrenia and SUD" l'auteur compare les niveaux d'alexithymie entre les trois groupes de sujets et conclut que le groupe avec le trouble de personnalité borderline et le groupe de patients

schizophrènes ont des niveaux d'alexithymie supérieurs au groupe de sujets diagnostiqué avec une addiction aux substances [59]. Dans une autre étude où il ne s'intéresse qu'aux troubles de la personnalité du Cluster C, Lysaker P.H trouve que des niveaux d'alexithymie relativement plus élevés s'associaient à plus de traits de personnalité du Cluster C mais seulement en présence de déficits en maîtrise métacognitive après contrôle pour le niveau global de psychopathologie. La maîtrise métacognitive semble ainsi modérer l'effet de l'alexithymie sur le nombre de traits du Cluster C. La métacognition consiste à avoir une activité mentale sur ses propres processus mentaux, autrement dit « penser sur ses propres pensées » et s'étend de l'examen de phénomènes psychologiques discrets à la synthèse de la perception discrète en une représentation intégrée de soi et des autres. Des déficits dans la maîtrise métacognitive ont été observés chez les personnes présentant des traits du Cluster C et ont été associés à l'évolution de plusieurs troubles mentaux, y compris la psychose et la dépression [60].

D'autres auteurs se sont intéressés aux troubles du Cluster B et n'ont pas trouvé de lien spécifique avec l'alexithymie. Ritz et coll. ont examiné la reconnaissance des émotions et l'alexithymie chez les patients ayant des troubles de la personnalité histrionique (HPD), narcissique (NPD) et borderline (BPD) en les comparant entre eux ainsi qu'à des contrôles sains. Ils ont conclu que ce n'est pas le type de trouble de personnalité, mais la gravité de la psychopathologie qui prédit la sévérité des déficits de reconnaissance des émotions et l'alexithymie [61]. Pluta et coll. ont comparé 30 patients avec une personnalité borderline à 38 témoins et n'ont pas trouvé de différence significative par rapport au degré d'alexithymie après contrôle pour le niveau d'intelligence, les symptômes dépressifs et l'anxiété. [62]

Ces constatations semblent mener vers différentes conclusions mais la question persiste : l'alexithymie serait-elle l'expression de la notion de détresse psychique commune aux différents états psychopathologiques, serait-elle le résultat

d'un déficit des facultés mentales supérieures, plus spécifiquement de la métacognition, ou bien aurait-elle un lien plus intime avec la personnalité pathologique dans sa conception dimensionnelle ?

V. Apports et limites de l'étude :

1. Points forts :

A notre connaissance, ce travail fait partie des premières études au Maroc abordant le lien entre l'alexithymie, le trouble de la personnalité et le trouble d'usage de substances. En effet, il permet de confronter ces trois concepts afin de mieux décrire la relation qui les unit.

Nous avons non seulement montré que ces trois états psychopathologiques peuvent coexister ensemble chez une même personne mais aussi qu'ils s'associent plus souvent qu'on le pensait. Ceci permet d'évoquer de nouvelles hypothèses sur l'origine et le développement du trouble d'usage de substance et de revoir le concept d'alexithymie et son lien avec l'addiction et la personnalité.

Ainsi, cette étude examine l'interaction entre la personnalité et l'addiction aux substances psychoactives sous un nouvel angle et propose de placer l'alexithymie au centre des différents facteurs associés aux troubles d'usage de substances.

2. Biais et limites :

Notre étude présente des limites. Tout d'abord, notre recrutement a été effectué au sein d'un seul centre hospitalier auprès d'une population clinique assez limitée. L'échantillon de patients reste limité (54) et hétérogène recruté par échantillonnage de convenance.

Nous retrouvons dans notre population d'étude exclusivement des patients de sexe masculin et une majorité de jeunes adultes et peu de jeunes adolescents. Les motifs d'hospitalisation ou de consultation de ces patients restent variés, de même que leurs comorbidités, leurs antécédents et leur durée de suivi psychiatrique ; ils

diffèrent aussi au niveau des éléments sociodémographiques et des événements de vie traumatiques. On peut donc émettre l'hypothèse de probables biais de sélection.

Ensuite, le fait d'avoir eu recours à des questionnaires en langue française nous a imposé d'assister les participants au cours de la passation et de souvent intervenir pour traduire le contenu des questions vu l'absence de version validée en dialecte marocain. Ceci pose la question de biais de passation.

De plus, le temps de passation relativement long du questionnaire (environ 30 à 40 minutes) a pu lasser les volontaires, ce qui pourrait avoir une incidence sur le contenu ou la précision de leurs réponses.

Si nous avons fait le choix d'une évaluation quantitative de la psychopathologie dans un souci de faisabilité, les échelles sélectionnées présentent également des limites.

Concernant l'échelle PDQ-4+ qu'on a étudié, des analyses de régression hiérarchique ont révélé que les échelles de domaines et de traits du PID-5 (Personality Inventory for DSM 5) permettaient une prédiction légèrement meilleure mais significative du niveau général de psychopathologie par rapport à l'échelle du PDQ-4 + [63]. On note aussi que le pouvoir prédictif positif du PDQ-4 + est plutôt faible, ce qui entraîne un grand nombre de faux positifs. Par conséquent, sa valeur ajoutée est moindre par rapport à l'administration du SCID-II. De plus, la valeur des deux échelles de validité du PDQ-4 + est hautement discutable [64].

Aussi, il est possible que les diagnostics des troubles de la personnalité soient surestimés.

En outre, la transversalité de notre travail ne permet pas d'effectuer des liens de causalité directs ou de directionnalité entre les associations retrouvées.

3. Perspectives :

Au regard de notre étude, d'autres recherches cliniques, notamment comparatives et longitudinales, s'avèrent nécessaires afin d'apporter une meilleure compréhension des troubles liés à l'usage de substances psycho actives, mais aussi évaluer leur relation avec l'alexithymie et les troubles de la personnalité.

Nous pourrions suggérer, dans la lignée de ce travail, d'effectuer une étude comparative entre une population clinique plus large recrutée au sein de plusieurs centres d'addictologie incluant les deux sexes et une population contrôle.

VI. Recommandations :

Les résultats de cette étude nous invitent au moins à repenser notre approche thérapeutique face aux patients ayant un trouble d'usage de substances en prenant en compte toutes les spécificités psychopathologiques de cette population et d'adresser la situation dans sa globalité sans omettre les considérations socio-économiques et familiales ni le rôle fondamental des psychothérapies. Il semble assez justifié, au vu de l'association objectivée par cette étude, de rendre systématique le dépistage de l'alexithymie et des troubles de la personnalité chez les patients dans les centres d'addictologie lors des premiers entretiens à l'aide d'outils adaptés à notre population. Il devient donc impératif de mettre à la disposition des cliniciens des échelles traduites et validées en dialecte marocain et de les entraîner à les utiliser. Il convient aussi de proposer un questionnaire de dépistage des troubles de la personnalité plus court et plus simple que les modèles actuels.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous soulignons que nous avons pu mettre en évidence l'importance de la prévalence de l'alexithymie et des troubles de la personnalité dans la population de patients suivis pour trouble d'usage de substances psychoactives. Nos résultats nous permettent également de suggérer l'existence d'un lien entre l'alexithymie et le trouble de personnalité d'une part, et la sévérité du trouble d'usage de substances d'autre part.

Deux implications majeures se dégagent de ces conclusions. La première, scientifique, nous invite à poursuivre des recherches cliniques autour de cette thématique en vue de fournir un aperçu beaucoup plus clair sur le profil épidémiologique de la population de patients suivis au niveau du centre d'addictologie du CHU Hassan II ainsi que de mieux explorer la nature réelle du lien unissant ces trois entités cliniques. Des résultats tirés à partir de populations locales pourraient être comparés à ceux des autres centres ainsi qu'avec les données de la littérature et permettraient de mieux comprendre les phénomènes impliqués dans le développement des troubles addictifs et en même temps valider ou remettre en question la contribution de l'alexithymie.

La deuxième implication, plus pratique, voudrait qu'on repense notre approche thérapeutique face aux patients ayant un trouble d'usage de substances en prenant en compte les spécificités psychopathologiques de cette population afin de pouvoir adresser la situation dans sa globalité. Cette approche ne doit pas omettre les diverses considérations socio-économiques et familiales ni le rôle fondamental des psychothérapies dans la prise charge de l'addiction et des entités comorbides à l'instar de l'alexithymie et des troubles de la personnalité.

Enfin, au terme de notre étude, la nature de la relation liant les trois entités cliniques : addiction aux substances, alexithymie et troubles de la personnalité reste obscure et l'incertitude quant au rôle que l'alexithymie est supposée jouer dans l'incidence et l'évolution du trouble d'usage de substances permet encore de discuter de la pertinence de ce concept émergent.

RÉSUMÉ

RESUME

La consommation de substances psycho actives et le trouble d'usage de substances pèsent lourdement sur les individus, les systèmes de santé et les sociétés. L'addiction constitue toujours un défi thérapeutique majeur et son origine reste très mal élucidée.

L'alexithymie, caractérisée par une altération de la conscience émotionnelle, est courante chez les patients ayant un trouble d'usage de substance. Les recherches sur l'alexithymie suggèrent qu'il s'agit d'un trait susceptible de contribuer à la dépendance à une substance.

Les troubles de la personnalité désignent des variantes de la personnalité qui sont à la fois extrêmes et inadaptés chez des individus dont l'incapacité à s'adapter à l'environnement social est telle qu'ils pourraient bénéficier d'aide professionnelle. Ces troubles sont très souvent comorbides aux addictions aux substances et sont réputés pour avoir un impact négatif sur l'évolution du trouble d'usage de substance.

Les objectifs de notre étude se situent sur divers axes :

- Evaluer la prévalence des troubles de la personnalité et de l'alexithymie chez les patients pris en charge par le centre d'addictologie.
- Rechercher un éventuel rapport entre l'alexithymie, les différents troubles de la personnalité et la sévérité du trouble d'usage de substance.
- Rechercher un éventuel rapport entre l'alexithymie, les différents troubles de la personnalité et les aspects cliniques de l'usage de substances.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale menée au centre d'addictologie du CHU HASSAN II de Fès du mois d'Octobre au mois de Décembre 2019.

Le recrutement a été réalisé grâce à un échantillonnage de convenance auprès

des patients consultants ou hospitalisés ayant le diagnostic de trouble d'usage de substances selon les critères du DSM 5.

Les patients ont répondu volontairement à un questionnaire précisant les données suivantes : données sociodémographiques, données concernant les antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et juridiques et données sur l'addiction aux substances.

Nous avons utilisé les échelles psychométriques de l'alexithymie et de la personnalité : nous avons fait passer aux sujets la version française du questionnaire TAS-20 sur l'alexithymie et la version française du questionnaire PDQ-4+ sur les troubles de la personnalité.

Résultats :

Nous avons recruté 54 patients, exclusivement de sexe masculin. La moyenne d'âge constatée dans notre échantillon est de 27.07 ± 8.22 .

83.3% de notre échantillon n'ont jamais obtenu le baccalauréat. 56% des participants n'ont aucune activité professionnelle régulière et 44% sont issus de familles pauvres.

Nous avons compté 78% de célibataires. 32% ont rapporté une relation conflictuelle avec au moins un membre de la famille. On retrouve dans la biographie de 35% des participants au moins un évènement stressant.

55% ont au moins un trouble psychiatrique soit actuellement comorbide à l'addiction ou bien faisant partie des antécédents.

Les patients ont débuté la consommation de substances psycho actives en moyennes aux alentours de 15 ans (15.7 ± 2.93) avec 2 extrêmes : 11 ans et 25 ans. Le pourcentage de poly consommateurs de substances psycho actives avoisine les 93%. Le cannabis est la substance la plus usée ; 78% présentent un trouble d'usage de cannabis.

Les patients alexithymiques ; ayant obtenu un score au TAS-20 supérieur ou égal à 61, constituent 48% de l'échantillon. Nous avons objectivé une association significative entre l'alexithymie et la sévérité du trouble d'usage de substances ($p=0.033$).

89% ont au moins un trouble spécifique de la personnalité.

Le trouble de la personnalité narcissique est le plus prévalent dans notre série ; il est présent chez 35% de l'échantillon.

Nos résultats montrent une association significative entre la présence d'un trouble de personnalité spécifique et l'existence d'un trouble grave de l'usage de substances psycho actives ($p=0.01$). Nous constatons aussi que les diagnostics de troubles de la personnalité du Cluster A sont significativement plus fréquents dans le sous-groupe avec un trouble d'usage de substances catégorisé « grave » ($p=0.042$).

L'alexithymie semble s'associer significativement aux troubles de la personnalité du cluster A ($p=0.013$) et plus spécifiquement au trouble de personnalité paranoïde ($p=0.022$).

La moyenne du score PDQ-4+ est significativement plus élevée chez le groupe de patients alexithymiques (score de TAS-20 ≥ 62) ($p=0.047$).

D'après notre étude, la prévalence de l'alexithymie et des troubles de la personnalité chez les patients suivis pour trouble d'usage de substances psychoactives serait importante. Nos résultats suggèrent également l'existence d'un lien entre l'alexithymie et le trouble de personnalité d'une part, et la sévérité du trouble d'usage de substances d'autre part.

D'autres études seraient souhaitables afin d'apporter une meilleure compréhension des troubles liés à l'usage de substances psycho actives, mais aussi évaluer leur relation avec l'alexithymie et les troubles de la personnalité.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances and substance use disorder weigh heavily on individuals, health systems and societies. Addiction is still a major therapeutic challenge and its origin remains unclear.

Alexithymia, characterized by an altered emotional awareness, is common in patients with substance use disorder. Research on alexithymia suggests that this is a trait that may contribute to substance dependence.

Personality disorders refer to variants of personality that are both extreme and unsuitable in individuals whose inability to adapt to the social environment is such that they could benefit from professional help. These disorders are very often comorbid with addictions to substances and are reputed to have a negative impact on their evolution.

The objectives of our study are therefore:

- Evaluate the prevalence of personality disorder and alexithymia in patients admitted to the addiction center.
- Look for a possible relationship between alexithymia, different personality disorders and the severity of the substance use disorder.
- Look for a possible relationship between alexithymia, different personality disorders and the clinical aspects of substance use.

Materials and methods:

This is a cross-sectional survey carried out at the addiction center of CHU HASSAN II in Fez from October to December 2019.

Recruitment was carried out through convenience sampling of consultant and hospitalized patients diagnosed with substance use disorder according to DSM 5 criteria. They responded voluntarily to a questionnaire specifying the following data:

sociodemographic data; data concerning medical, surgical, psychiatric and legal history; substance addiction data. Then they passed the French version of the TAS-20 questionnaire on alexithymia and the French version of the PDQ-4 + questionnaire on personality disorders.

Results:

We recruited 54 patients, exclusively male. The average age observed in our sample is 27.07 ± 8.22 .

83.3% of our sample never obtained the baccalaureate. 56% of the participants have no regular professional activity and 44% come from poor families.

We have 78% singles. 32% state that they have a conflictual relationship with at least one family member. We find in the biography of 35% of participants at least one stressful event.

55% have at least one psychiatric disorder either currently comorbid with addiction or part of the history.

They started consuming psychoactive substances on average around 15 years (15.7 ± 2.93) with two extremes: 11 years and 25 years. The percentage of poly users of psychoactive substances is around 93%. Cannabis is the most used substance; 78% have a cannabis use disorder.

Alexithymic patients ; having obtained a TAS-20 score greater than or equal to 61, constitute 48% of the sample. We objectified a significant association between alexithymia and the severity of the substance use disorder ($p = 0.033$).

89% have at least one specific personality disorder. The narcissistic personality disorder is the most prevalent in our series; it is present in 35% of the sample.

Our results show a significant association between the presence of a specific personality disorder and the existence of a severe substance use disorder ($p = 0.01$). We also note that the diagnoses of personality disorders in Cluster A are significantly more frequent in the subgroup with a substance use disorder classified

as "severe" ($p = 0.042$).

Alexithymia seems to be associated significantly with cluster A personality disorders ($p = 0.013$) and more specifically with paranoid personality disorder ($p = 0.022$).

The mean PDQ-4 + score is significantly higher in the group of alexithymic patients (TAS-20 score ≥ 62) ($p = 0.047$).

According to our study, the prevalence of alexithymia and personality disorders in patients treated for substance use disorder would be high. Our results also suggest that there is a link between alexithymia and personality disorder on the one hand, and the severity of substance use disorder on the other.

Other studies would be desirable in order to provide a better understanding of substance-related disorders, but also to assess their relationship with alexithymia and personality disorders.

ملخص

تسبب تعاطي المخدرات واضطراب تعاطيها في خسائر فادحة للأفراد والأنظمة الصحية والمجتمعات. لا يزال الإدمان يمثل تحديًا علاجيًا كبيرًا ولا يزال مصدره غير مفهوم.

تتميز اللامفردانية بضعف الوعي العاطفي، وهي شائعة عند المرضى الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات.

تشير الأبحاث التي أجريت على اللامفردانية إلى أنها سمة قد تساهم في الإدمان على المواد. تتميز اضطرابات الشخصية بأنماط سلوكية وإدراكية ثابتة وغير سوية تتواجد عند أفراد قدرتهم على التكيف مع البيئة الاجتماعية جد محدودة.

غالبًا ما تصاحب هذه الاضطرابات إدمان المواد ومن المعروف أن لها تأثيرًا سلبيًا على تطور اضطراب تعاطي المخدرات.

نهدف من خلال دراستنا إلى:

- تقييم مدى انتشار اضطراب الشخصية واللامفردانية لدى المرضى المعالجين بمركز الإدمان.
- التحقيق في العلاقة المحتملة بين اللامفردانية واضطرابات الشخصية المختلفة وشدة اضطراب تعاطي المخدرات.
- التحقيق في العلاقة المحتملة بين اللامفردانية واضطرابات الشخصية المختلفة والجوانب السريرية لتعاطي المخدرات.

الأدوات والوسائل:

هذه دراسة مقطعية أجريت في مركز الإدمان في المستشفى الجامعي بفاس من أكتوبر إلى ديسمبر

2019.

تم ادراج المرضى من وحدة الزيارة الطبية والمصلحة الاستشفائية الذين تم تشخيصهم باضطراب تعاطي المخدرات وفقًا لمعايير DSM 5

أجاب المرضى طواعية على استبيان يحدد البيانات التالية: البيانات الاجتماعية والديموغرافية، والبيانات

المتعلقة بالتاريخ الطبي والجراحي والنفسي والقانوني والبيانات المتعلقة بإدمان المواد.

استخدمنا المقاييس السيكمترية للامفردانية ولاضطرابات الشخصية: أعطينا الأشخاص النسخة الفرنسية

من استبيان TAS 20 حول اللامفرداتية والنسخة الفرنسية من استبيان PDQ-4+ حول اضطرابات الشخصية.

نتائج:

قمنا بإدراج 54 مريضاً، من الذكور فقط. متوسط العمر الملاحظ في عينتنا هو 27.07 ± 8.22 . 83.3% من العينة لم يحصلوا على البكالوريا. 56% من المشاركين ليس لديهم نشاط مهني منتظم و44% ينحدرون من عائلات فقيرة. 78% من العزب. ذكر 32% وجود علاقة صراع مع فرد واحد على الأقل من العائلة. نجد في سيرة 35% من المشاركين حدثاً واحداً مقلقا على الأقل. 55% يعانون من اضطراب نفسي واحد على الأقل إما مترافق حالياً مع الإدمان أو سابق له. بدأ المرضى في تناول المواد ذات التأثير النفساني في المتوسط عند سن $15 (2.93 \pm 15.7)$. تبلغ نسبة الذين يستهلكون أكثر من مادة ذات تأثير نفساني حوالي 93%. القنب هو المادة الأكثر استخداماً. 78% يعانون من اضطراب تعاطي القنب. يشكل المرضى الذين حصلوا على درجة أكبر من أو تساوي 61 في سلم اللامفرداتية 4% من العينة. وجدنا ارتباطاً بين اللامفرداتية وشدة اضطراب تعاطي المخدرات ($0.033 = \text{ع}$). 89% لديهم على الأقل اضطراب واحد في الشخصية. اضطراب الشخصية النرجسية هو الأكثر انتشاراً في سلسلتنا؛ إنه موجود في 35% من العينة. تظهر نتائجنا ارتباطاً مهماً بين وجود اضطراب معين في الشخصية ووجود اضطراب "شديد" في استخدام المخدرات ($0.01 = \text{ع}$). وجدنا أيضاً أن تشخيص اضطرابات الشخصية من المجموعة "أ" أكثر تواتراً بشكل ملحوظ في المجموعة الفرعية المصابة باضطراب تعاطي المخدرات المصنف على أنه "شديد" ($0.042 = \text{ع}$). يبدو أن اللامفرداتية مرتبطة بشكل كبير باضطرابات الشخصية من المجموعة أ ($0.013 = \text{ع}$) وبشكل أكثر تحديداً مع اضطراب الشخصية المرتابة ($0.022 = \text{ع}$).

كان متوسط درجة PDQ-4+ أعلى بشكل ملحوظ في مجموعة مرضى اللامفرداتية ($0.047 = \text{ع}$). وفقاً لدراستنا، فإن انتشار اللامفرداتية واضطرابات الشخصية في المرضى الذين يعانون من اضطراب

تعاطي المخدرات كبير. تشير نتائجنا أيضًا إلى وجود صلة بين اللامفردانية واضطراب الشخصية من ناحية، وشدة اضطراب تعاطي المخدرات من ناحية أخرى.

يفضل إجراء مزيد من الدراسات من أجل فهم أفضل للاضطرابات المتعلقة باستخدام المؤثرات العقلية، وأيضًا لتقييم علاقتها مع اللامفردانية واضطرابات الشخصية.

ANNEXES

1. Fiche d'exploitation :

Données sociodémographiques et biographiques :

Nom et Prénom

Lieu de résidence (ville)

Tél

IP ND

Sexe : M ☐ F ☐

Age :

Milieu : Urbain ☐ Rural ☐

Profession :

Revenu mensuel : inférieur ou égal à 2000 DH ☐

Supérieur à 2000 DH et inférieur à 10000 DH ☐

Supérieur ou égal à 10000 DH ☐

Statut marital : Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐
Veuf (ve) ☐ Célibataire ☐

Nombre d'enfants : __ __

Niveau d'étude :

*Si arrêt avant le baccalauréat -> motif :

Enfance vécue avec :

Les deux parents ☐ non, précisez : -Le motif :

-L'âge de séparation :

Un seul parent ☐ si oui : Mère ☐ père ☐

Autre ☐ si oui, précisez :

Revenu mensuel des parents :

Inférieur ou égal à 2000 DH ☐

Supérieur à 2000 DH et inférieur à 10000 DH ☐

Supérieur ou égal à 10000 DH ☐

Nombre de fratrie : __ __

Relation conflictuelle avec les parents

Événement traumatisant Oui ☐ Non ☐

*Si oui, précisez la nature :.....

Antécédents :

Personnels : Oui ☐ Non ☐

- Médico-chirurgicaux Si oui, précisez :

Psychiatrique ☐ Si oui, précisez : ☐

Juridiques ☐ Si oui, précisez : ☐

Données sur la consommation de substances :

(Veuillez ne remplir que les 2 premières colonnes)

Substance	Age de début	Quantité	Rémission : Oui / non Précoce /prolongée	Sous traitement de maintien : Oui / non	Trouble de l'usage objectivé : Oui/non	Sévérité : Léger : 2-3 Moyen : 4-5 Grave : 6 ou plus
1						
2.....						
3.....						
4.....						
5.....						

Pour chaque substance, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

- 1- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue ?
- 2- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage ?
- 3- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets ?
- 4- Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance ?
- 5- Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ?
- 6- Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou

sociaux, persistants ou récurrents, causée ou exacerbés par les effets de la substance ?

7- Des activités sociales, professionnelles ou des loisirs importants sont abandonnés ou réduites à cause de l'usage de la substance ?

8- Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ?

9- L'usage est poursuivi bien que vous sachiez avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance ?

10- A- Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir l'intoxication ou l'effet désiré ?

B- Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité ?

11- (Ne pas Répondre pour les hallucinogènes, la phencyclidine et les substances inhalés)

A- Ensemble de symptômes caractéristiques qui apparaissent à l'arrêt de l'usage de la substance ?

B- La substance est prise pour éviter ou soulager ces symptômes ?

Substance 1 :.....

- Au moins 2 des 11 critères sont présents pendant une période de 12 mois ?

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois ? (exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 12 mois ? (Exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Etes-vous actuellement dans un environnement où l'accès à la substance est limité ?

Oui ☐

Non ☐

- Prenez-vous un traitement de maintien de sevrage ?

Oui ☐

Non ☐

Substance 2 :

- Au moins 2 des 11 critères sont présents pendant une période de 12 mois ?

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois ? (exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 12 mois ? (Exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Etes-vous actuellement dans un environnement où l'accès à la substance est limité ?

Oui ☐

Non ☐

- Prenez-vous un traitement de maintien de sevrage ?

Oui ☐

Non ☐

Substance 3:

Au moins 2 des 11 critères sont présents pendant une période de 12 mois ?

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois ? (exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 12 mois ? (Exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Etes-vous actuellement dans un environnement où l'accès à la substance est limité ?

Oui ☐

Non ☐

- Prenez-vous un traitement de maintien de sevrage ?

Oui ☐

Non ☐

Substance 4 :

- Au moins 2 des 11 critères sont présents pendant une période de 12 mois ?

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois ? (exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 12 mois ? (Exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Etes-vous actuellement dans un environnement où l'accès à la substance est limité ?

Oui ☐

Non ☐

- Prenez-vous un traitement de maintien de sevrage ?

Oui ☐

Non ☐

Substance 5 :

- Au moins 2 des 11 critères sont présents pendant une période de 12 mois ?

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois ? (exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Aucun critère n'a été présent pendant au moins 12 mois ? (Exception du critère 4)

Oui ☐

Non ☐

- Etes-vous actuellement dans un environnement où l'accès à la substance est limité ?

Oui ☐

Non ☐

- Prenez-vous un traitement de maintien de sevrage ?

Oui ☐

Non ☐

Données sur l'Alexithymie :(Annexe 3)

Données sur la personnalité : (Annexe 4)

2. Le diagnostic du trouble d'usage de substances psycho actives selon le manuel de diagnostic des maladies mentales DSM 5 :

« Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou une 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. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. 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.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une

intoxication ou l'effet désiré.

b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. Syndrome de sevrage du produit caractérisé (diagnostic du syndrome de sevrage du produit).

b. Le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »

Le DSM 5, opte à classer le degré de l'addiction, d'une manière plus précise entre légère et sévère comme suit :

- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
- Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
- Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

3. Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) :

Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse sur chaque assertion : (1) désaccord complet ; (2) désaccord relatif ; (3) ni accord ni désaccord ; (4) accord relatif ; (5) accord complet.

Score total :

DIF :

DDF :

OEF :

		1 Désaccord complet	2 Désaccord relatif	3 Ni accord ni désaccord	4 Accord relatif	5 Accord complet
1	Souvent je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux même ne comprennent pas.					
4	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6	Quand je suis bouleversé(e), je ne					

	sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps					
8	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10	Etre conscient de ses émotions est essentiel.					
11	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.					
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16	Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les					

	moments de silence.					
19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20	Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

4. Questionnaire PDQ 4+ (Personality Diagnostic Questionnaire) :

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « Depuis plusieurs années... ». Vrai signifie que cet énoncé est généralement vrai pour vous. Faux signifie que cet énoncé est généralement faux pour vous. Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer VRAI ou FAUX à chaque question. Depuis plusieurs années ... VRAI FAUX

- 1- J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer.
- 2- Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres.
.....
- 3- Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble.
.....
- 4- J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale.
- 5- J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent.
- 6- Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent.
- 7- Les autres se sont plaints que je ne sois pas à jour dans mon travail ou que je ne tienne pas mes engagements.
- 8- J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)).
.....
- 9- Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéresse pas vraiment.

- 10- Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi.
.....
- 11- Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper.
- 12- Parfois, je me sens bouleversé(e).
- 13- Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment.
.....
- 14- Je suis habituellement déprimé(e).
- 15- Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi.
.....
- 16- Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.
.....
- 17- Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.
- 18- Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.
- 19- J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.
.....
- 20- Je me bagarre beaucoup physiquement.
- 21- Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.
- 22- J'aime mieux faire les choses tout (e) seul (e) qu'avec les autres.
.....
- 23- Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.
- 24- Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance.
.....
- 25- Parfois, je parle des gens dans leur dos.

- 26- Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).
- 27- Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.
- 28- Je souffre d'un manque d'estime de moi.
- 29- Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.
- 30- Je montre facilement mes émotions.
- 31- Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.
- 32- Je me demande souvent qui je suis réellement.
- 33- J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi.
- 34- Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas.
- 35- Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique.
- 36- Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien.
- 37- Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi.
- 38- Il y a des gens que je n'aime pas.
- 39- Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens.
- 40- J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e).
- 41- J'ai un sens moral plus élevé que les autres gens.
- 42- Je suis mon « propre » pire critique.
- 43- Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin.

- 44- J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments
- 45- J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.
- 46- Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences.
- 47- Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.
- 48- Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis.
- 49- Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail.
- 50- Je suis très attentif (ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent.
- 51- Je n'ai jamais dit un mensonge.
- 52- J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e).
- 53- J'ai tellement envie que les gens m'aiment que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire.
- 54- J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin, mais que je suis incapable de jeter.
- 55- Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.
- 56- Je me fais beaucoup de soucis.
- 57- J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir.
- 58- Je suis une personne dont l'humeur est très changeante.

-
- 59- Mentir m'est facile et je le fais souvent.
- 60- Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.
.....
- 61- Je suis souvent sur mes gardes, de peur que l'on ne profite de moi.
.....
- 62- Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.
.....
- 63- J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.
- 64- Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.
.....
- 65- Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.
- 66- Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même.
- 67- J'ai un penchant pour le « dramatique ».
- 68- Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.
- 69- Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.
.....
- 70- Je suis critique à l'égard des autres.
- 71- Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.
.....
- 72- J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.
- 73- Les autres se sont souvent plaints que je ne remarquais pas qu'ils étaient bouleversés.
- 74- En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre.

- 75- J'aime faire des choses risquées.
- 76- J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.
- 77- Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.
.....
- 78- J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur.
.....
- 79- Certaines personnes sont jalouses de moi.
- 80- Je suis facilement influencé(e) par les autres.
- 81- J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.
.....
- 82- Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager
immédiatement dans une autre relation.
- 83- Je souffre d'un manque d'estime de soi.
- 84- Je suis un(e) pessimiste.
- 85- Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.
.....
- 86- Être au milieu des gens me rend nerveux (se).
.....
- 87- Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.
.....
- 88- Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).
.....
- 89- Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule.
.....
- 90- Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le
font eux-mêmes.
- 91- Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui

suit lui présenter mes excuses.

92- Les autres pensent que je suis prétentieux (se).

93- Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience.

94- Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent.

95- Je garde mes distances à l'égard des autres.

96- Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).

97- Je me sens souvent coupable.

98- J'ai fait, de manière impulsive, des choses (comme celles indiquées ci-dessous) qui pourraient me créer des problèmes. Veuillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai. ☐
- b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine. ☐
- c. Boire trop. ☐
- d. Prendre des drogues. ☐
- e. Manger de façon boulimique. ☐
- f. Conduire imprudemment. ☐

99- Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15 ans), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines des choses ci-dessous. Veuillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- a. J'étais considéré(e) comme une brute. ☐
- b. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants. ☐
- c. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres. ☐
- d. J'ai volé ou agressé des gens. ☐
- e. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens. ☐

f. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux. ☐

g. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi. ☐

h. J'ai beaucoup menti. ☐

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol.* ; 1010 :21–41, 2017.
- [2] Substance Abuse and Mental Health Services Administration., «Key substance use and mental health indicators in the U.S: results from the 2015 national survey on drug use and health» HHS, Rockville, 2016.
- [3] Koob G F and Volkow N D. “Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis.” *The lancet. Psychiatry* vol. 3,8: 760–773, 2016.
- [4] Peiper NC, Ridenour TA, Hochwalt B, Coyne–Beasley T. Overview on Prevalence and Recent Trends in Adolescent Substance Use and Abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* ; 25(3):349–365, 2016.
- [5] Millon T. What Is a Personality Disorder? *Journal of personality disorders.* 30. 289–306. 10.1521/pedi.2016.30.3.289, 2016.
- [6] Maryann A. The Addictive Personality, *Substance Use & Misuse*, 50:8–9, 1031–1036, 2015.
- [7] Taylor GJ, Bagby RM. Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc* ; 61(1):99–133, 2013.
- [8] Koob G. F and Moal M. L., Neurobiology of Addiction, Academic Press, 2006.
- [9] American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd), Paris : Elsevier Masson., 2015.
- [10] GBD 2017 Risk Factor Collaborators., «Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu» *The Lancet.* , 8 Nov 2018.

- [11] ONDA, « Rapport Annuel de l'Observatoire National des Drogues et Addictions,» 2014.
- [12] Koob G. F et Volkow N. D, «Neurocircuitry of addiction,» *Lancet Psychiatry*, n° 1760–773, 2010.
- [13] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Office of the Surgeon General (US). Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; November 2016
- [14] Wojtinkyevicz E., «Alcohol addiction in view of psychodynamic theories. Part II: Review of contemporary theories» *Psychotherapia 1*, n° 1184, 2018.
- [15] Newton–Howes G., Foulds J. Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Curr. Opin. Psychiatry*, 31: 50–56, 2018.
- [16] Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict. Behav.* 23(6) : 869–882, 1998.
- [17] Verheul R, van den Brink W. Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Aust. Psychol.*; 40(2): 127–136, 2005.
- [18] Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 154:1–13, 2015.
- [19] Sadock B. J., Sadock V. A. and Ruiz P, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Eleventh edition, Wolters Kluwer, 2015.
- [20] Birkley EL, Smith GT. Recent advances in understanding the personality underpinnings of impulsive behavior and their role in risk for addictive behaviors. *Curr Drug Abuse Rev.* 4(4) :215–227, 2011.
- [21] Shin SH, Chung Y, Jeon SM. Impulsivity and substance use in young adulthood. *Am J Addict.* 22(1):39–45, 2013.

- [22] Smith GT, Cyders MA. Integrating affect and impulsivity: The role of positive and negative urgency in substance use risk. *Drug Alcohol Depend.* 163 Suppl 1 S3–S12, 2016.
- [23] Parmar A, Kaloia G. Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian J Psychol Med*40 (6):517–527, 2018.
- [24] Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12:180. Published 2012 Oct 29, 2012
- [25] Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*24(4) :412–426, 2010.
- [26] Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord.* ; 28(5) :734–750, 2014.
- [27] Newlin E, Weinstein B. Personality disorders. *Continuum (Minneap Minn)*; 21(3) *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry.* 806–817, 2015.
- [28] Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 385(9969) :717–726, 2015.
- [29] Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav.* 34(3):237–245, 2009.
- [30] De Haan H, Palen J, Wijdeveld T, Buitelaar J and Jong C. Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait? *Psychiatry Research.* 216. 10.1016/j.psychres.2013.12.047, 2014.
- [31] Guilbaud O, Berthoz S, Dupont M.–E, Corcos M, Alexithymie et troubles psychosomatiques, *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, ISSN 0246–1072, 2009.

- [32] Watters C. A, Taylor, G. J, and Bagby R. M. Illuminating the theoretical components of alexithymia using bifactor modeling and network analysis. *Psychological Assessment*, 28(6), 627–638, 2016.
- [33] Morie KP, Yip SW, Nich C, Hunkele K, Carroll KM, Potenza MN. Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*; 3(2):239–248, 2016.
- [34] Loas G, Fremaux D, Otmani O, Lecercle C, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Compr Psychiatry*, 38(5):296–9, 1997.
- [35] Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychother Psychosom* ; 63(3–4) :169–73, 1995.
- [36] Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. Psychometric properties of the Toronto alexithymia scale (TAS–20) for substance users. *J Psychosom Res.*; 58(3):299–306, 2005.
- [37] De Haan HA, Schellekens AF, van der Palen J, Verkes RJ, Buitelaar JK, De Jong CA. The level of alexithymia in alcohol-dependent patients does not influence outcomes after inpatient treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* ; 38(4) :299–304, 2012.
- [38] Bagby R.M, Parker James D.A., Taylor G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 38, Issue 1, Pages 23–32, 1994.
- [39] Oued Baallal HB, L'approche catégorielle de la personnalité par le PDQ–4+ est-elle valide pour le diagnostic de la personnalité borderline ? : étude préliminaire, thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges, 2010.

- [40] OULMIDI A. Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech, thèse, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Marrakech, 2016.
- [41] Rather YH, Bashir W, Sheikh AA, Amin M, Zahgeer YA. Socio-demographic and Clinical Profile of Substance Abusers Attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area : Kashmir, India. *Malays J Med Sci* ; 20(3):31–38, 2013.
- [42] Jamshidi F, Nazari I, Malayeri HT, Rahimi Z, Cheraghi M. Pattern of drug abuse in addicts self-referred drug rehabilitation centers in Khuzestan province – Iran, 2014–2015. Wzorce używania narkotyków przez osoby dobrowolnie przebywające w ośrodkach leczenia uzależnień w prowincji Chuzestan w Iranie, 2014–2015. *Arch Med Sadowej Kryminol* ; 66(1):1–12, 2016.
- [43] Landreat M. G, Victorri V C., Grall-Bronnec M., Sebille-Rivain V., Venisse J.-L. et Pe J., «Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en addictologie à partir d'une base de données informatique,» *ENCEPHALE*, vol. 37, n° 16, 2011.
- [44] Maruf MM, Khan MZ, Jahan N. Pattern of Substance Use : Study in a De-addiction Clinic. *Oman Med J* ; 31(5):327–331, 2016.
- [45] Petar V., «School dropout and substance use: consequence or predictor? » *Trakia Journal of Science*, n° 116, 2018.
- [46] Guibaud O, «L'alexithymie dans ses rapports avec un mode de fonctionnement autistique,» *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, n° 12, 2007.
- [47] Mandavia A, Robinson GG, Bradley B, Ressler KJ, Powers A. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. *J Trauma Stress*. 29(5) :422–429, 2016;.

- [48] ZIAN C, Comorbidités psychiatriques chez les usagers de substances psychoactives du centre d'addictologie de Marrakech, thèse, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Marrakech, 2017.
- [49] «Some Arab governments are rethinking harsh cannabis laws, » *The economist*, 2017.
- [50] Wikipedia contributors, «Opium production in Afghanistan, » 10 12 2019. [En ligne]. Available:
https://en.wikipedia.org/wiki/Opium_production_in_Afghanistan.
- [51] Rybakowski J, Ziółkowski M, Zasadzka T, Brzeziński R. High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. Volume 21, Issue 2, Pages 133–136, 1988.
- [52] Guilbaud O., Loas G., Corcos M., Speranza M., Stephan Ph., Perez–Diaz F., Venisse J.L., Guelfi J.D., Bizouard P., Lang F., Flament M., Jeammet P., L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone, Volume 177, Issue 1, Pages 1–102, ISSN 0003–4487, 02/2002.
- [53] Farges F et Farges S. « Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature », *Psychotropes*, vol. vol. 8, no. 2, pp. 47–74, 2002.
- [54] Lyvers M, Hinton R, Gotsis S, Roddy M, Edwards M S., Thorberg Fred Arne. Traits linked to executive and reward systems functioning in clients undergoing residential treatment for substance dependence. *Personality and Individual Differences*, Volume 70, Pages 194–199, ISSN 0191–8869, 2014.
- [55] Parolin M et al. “Alexithymia in Young Adults with Substance Use Disorders: Critical Issues about Specificity and Treatment Predictivity.” *Frontiers in psychology* vol. 9 645. 22 May. 2018.
- [56] De Haan HA, van der Palen J, Wijdeveld TG, Buitelaar JK, De Jong CA. Alexithymia in patients with substance use disorders: state or trait? *Psychiatry*

Res. ; 216(1):137–45, 2014 Apr 30.

- [57] Preuss UW, Johann M, Fehr C, Koller G, Wodarz N, Hesselbrock V, Wong WM, Soyka M. Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity. *Eur Addict Res.* 15(4):188–95, 2009.
- [58] Calvo N, Nasillo V, Ferrer M, Valero S, Perez–Conill Rde S, Rovira–Machordom M, Molina–Fernandez M, Casas M. Study of prevalence of Personality Disorders in inmate men sample with Substance Use Disorders using of PDQ–4+ Self–Report. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Sep; 44(5):178–82. Epub 2016 Sep 1.
- [59] Lysaker Paul H., George Sunita, Chaudoin–Patzoldt Kelly A., Ondrej Pec, Petr Bob, Leonhardt Bethany L.,. Vohs Jenifer L, James Alison V., Wickett Amanda, Buck Kelly D., Dimaggio Giancarlo. Contrasting metacognitive, social cognitive and alexithymia profiles in adults with borderline personality disorder, schizophrenia and substance use disorder. *Psychiatry Research*, volume 257, pages 393–399, ISSN 0165–1781, 2017.
- [60] Lysaker P. H., Olesek K., Buck K., Leonhardt B. L., Vohs, J., Ringe, J., Dimaggio G., Popolo R. and Outcalt J. Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(3), 558–561, 2014.
- [61] Ritzl A, Csukly G, Balázs K, Égerházi A. Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Res.* ; 270:154–159, 2018 Dec.
- [62] Pluta A, Kulesza M, Grzegorzewski P, Kucharska K. Assessing advanced theory of mind and alexithymia in patients suffering from enduring borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, volume 261, pages 436–441, ISSN 0165–1781, 2018.

- [63] Fossati A, Somma A, Borroni S, Maffei C, Markon KE, Krueger RF. A Head-to-Head Comparison of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) With the Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4) in Predicting the General Level of Personality Pathology Among Community Dwelling Subjects. *J Pers Disord.*; 30(1):82-94, 2016 Feb.
- [64] Reus R, Van den Berg J and Emmelkamp P. Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not useful as a Screener in Clinical Practice. *Clinical psychology & psychotherapy.* 20. 10.1002/cpp.766, 2013.
- [65] Guilbaud O., Berthoz S., Dupont M.-E., Corcos M., Alexithymie et troubles psychosomatiques, *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, ISSN : 0246-1072, 2009.
- [66] Watters C, Taylor G and Bagby R. Illuminating the Theoretical Components of Alexithymia Using Bifactor Modeling and Network Analysis. *Psychological assessment.* 28. 10.1037/pas0000169, 2015.



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الصيد والصيدلة

+ΟΥΣΛΟ+ Ι +ΘΙΣΙΙΣ+ Λ +Θ.ΘΧΟ+
 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 20/224

سنة 2020

اضطرابات تعاطي المخدرات واضطرابات الشخصية واللامفردياتية:
دراسة بمركز علاج الإدمان بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/12/31

من طرف

السيد خليفي تغزوتي آدم
المزداد في 14 ماي 1994 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

اضطرابات تعاطي المخدرات - اضطرابات الشخصية - اللامفردياتية

اللجنة

الرئيس	 السيد بلحسن محمد فوزي
	أستاذ في علم الأمراض العصبية
المشرف	 السيد اعلوان رشيد
	أستاذ في علم الأمراض النفسية
أعضاء	{ السيدة عشور سناء
	 أستاذة مبرزة في علم السموم
	 السيدة أعراب شادية
	أستاذة مبرزة في علم الأمراض النفسية
عضو مساعد	 السيد بوت أمين
	أستاذ مساعد في علم الأمراض النفسية