

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Karine MARTIN

Née le 27 mai 1975, à Doué La Fontaine

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2005.

***PHOBIE SOCIALE ET COMPORTEMENTS
D'ALCOOLISATION : CONDUITE A TENIR EN MEDECINE
GENERALE A PARTIR D'UNE ETUDE DE CAS.***

Président : Mme Le Professeur PENNEAU-FONTBONNE

Directeur : Mme Le Docteur DANO

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr SAINT-ANDRE
Vice doyen recherche	Pr CALES
Vice doyen pédagogie	Pr RICHARD

Doyens Honoraires : Pr BIGORGNE, Pr EMILE, Pr REBEL, Pr RENIER

Professeurs Emérites : Pr PIDHORZ, Pr RONCERAY

Professeurs Honoraires : Pr ACHARD, Pr ALLAIN, Pr BREGEON, Pr CARBONNELLE, Mme Pr M. CAVELLAT, Pr J.F. CAVELLAT, Pr CHAUVET, Pr COULLAUD, Pr DENIS, Pr EMILE, Pr FRANCOIS, Pr FRESNEAU, Pr GROSIEUX, Pr GUNTZ, Pr HUREZ, Pr JOUBAUD, Pr LARGET-PIET, Pr LARRA, Pr LIMAL, Pr MARCAIS, Pr PIDHORZ, Pr REBEL, Pr RENIER, Pr RONCERAY, Pr ROGNON, Pr SIMARD, Pr TADEI, Pr TRUELLE, Pr TUCHAIS, Pr WARTEL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

MM	ALQUIER	Réanimation médicale
	ARNAUD	Chirurgie générale
	AUDRAN	Rhumatologie
Mme	BARTHELAIX	Biologie cellulaire
MM	BASLE	Cytologie et histologie
	BERRUT	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIGORGNE	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	BONNEAU	Génétique
	BOYER	Gastroentérologie ; hépatologie
	DE BRUX	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	CALES	Gastroentérologie ; hépatologie
Mme	CARON-POITREAU	Radiologie et imagerie médicale
MM	CHABASSE	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD	Cytologie et histologie
Mme	COCHEREAU	Ophthalmologie
MM	COUPRIS	Chirurgie infantile
	COUTANT	Pédiatrie
	DARSONVAL	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	DAUVER	Radiologie et imagerie médicale
	DELHUMEAU	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	DESCAMPS	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

MM	DIQUET	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS	Neurologie
	DUBIN	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER	Pédopsychiatrie
	ENON	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO	Epidémiologie, économie de la santé et Prévention
	FOURNIE	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FRESSINAUD-MASDEFEIX	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement
	FURBER	Cardiologie
	GAMELIN	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER	Médecine générale (professeur associé)
	GARRE	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN	Cardiologie
	GINIES	Pédiatrie
	GRANRY	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	GUY	Neurochirurgie
	HAMY	Chirurgie générale
Mme	HUNEAU-BERGER	Hématologie ; transfusion
	MMHUEZ	Médecine générale (professeur associé)
	IFRAH	Hématologie ; transfusion
	JALLET	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JEANNIN	Immunologie
	JOLY-GUILLOU	Bactériologie—virologie ; hygiène hospitalière
MM	LAUMONIER	Chirurgie infantile
	LEFTHERIOTIS	Physiologie
	LEGRAND	Rhumatologie
	LE JEUNE	Biophysique
Mme	LUNEL-FABIANI	Bactériologie—virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIERY	Biochimie et biologie moléculaire
	MASSIN	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	MENEI	Neurochirurgie
	MERCAT	Réanimation médicale
	MERCIER	Anatomie
	PARE	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE	Médecine et santé au travail
MM	PENNEAU	Médecine légale et droit de la santé
	PICHARD	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD	Pédiatrie
	RACINEUX	Pneumologie
	REYNIER	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD-CREMIEUX	Médecine physique et de réadaptation
MM	RITZ	Nutrition
	ROHMER	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme	ROUSSELET-CHAPEAU	Anatomie et cytologie pathologiques

MM	SAINT-ANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAUMET	Physiologie
	SORET	Urologie
	SUBRA	Néphrologie
	URBAN	Pneumologie
	VERRET	Dermatologie—vénérologie
	ZANDECKI	Hématologie ; transfusion

MAITRES DE CONFERENCES :

M	ANNAIX	Biophysique et médecine nucléaire
Mlle	BLANCHET	Hématologie ; transfusion
MM	BOUCHARA	Parasitologie et mycologie
	CHEVAILLER	Immunologie
Mme	CHEVALIER	Biologie cellulaire
	CHRETIEN	Cytologie et histologie
MM	CRONIER	Anatomie
	CUSTAUD	Physiologie
	DENIZOT	Biophysique et physique nucléaire
	DUCLUZEAU	Nutrition
Mme	EL KASSAR	Hématologie ; transfusion
MM	FORTRAT	Physiologie
	FOURNIER	Anatomie
	GALLOIS	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	LE BOUIL-PREMELCABIC	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
Mme	LOISEAU-MAINGOT	Biochimie et biologie moléculaire
M	LONCHAMPT	Physiologie
Mlle	MESLER	Physiologie
Mme	MICHALAK-PROVOST	Anatomie et cytologie pathologiques
Mlle	MOREAU	Cytologie et histologie
MM	NICOLAS	Neurologie
	PAPON	Anatomie
Mme	PASCO-PAPON	Radiologie et imagerie médicale
MM	PAYAN	Bactériologie—virologie, hygiène hospitalière
	PUISSANT	Génétique
Mme	ROUGE-MAILLART	Médecine légale et droit de la santé
	SAVAGNER	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique.

COMPOSITION DU JURY

Présidente du jury de thèse :

Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur DANO

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur FANELLO

Monsieur le Professeur GARRE

Monsieur le Docteur GAINARD

A Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,
Vous qui m'avez manifesté votre confiance,
C'est avec un profond respect que je vous exprime mes remerciements.

A Madame le Docteur DANO,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail,
J'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et bénéficier de vos enseignements,
Pour votre disponibilité,
Je tenais à vous exprimer ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur FANELLO,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
J'ai pu admirer au cours de notre formation la qualité de votre enseignement,
Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur GARRE,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury,
J'ai pu apprécier votre disponibilité et votre savoir,
Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GAINARD,
Vous avez accepté de juger ce travail,
Pour votre bienveillance et votre patience,
Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur FARGE,

Vous qui avez accordé du temps à la réalisation des questionnaires,

Pour votre désir de partager votre savoir,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur GARNIER,

Pour vos précieux enseignements,

Pour m'avoir guidée dans ma pratique de la médecine générale,

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Sylvie et Stéphanie,

Pour leur patience et leur disponibilité,

Je les remercie sincèrement.

A Samuelle,

Pour l'aide que tu m'a apportée,

Je te remercie sincèrement.

A Mes Parents,

Pour la confiance que vous m'avez toujours accordée,

Pour votre soutien le long de ces années,

Pour tout ce que vous m'avez apporté jusqu'à ce jour,

Je vous remercie de tout mon cœur.

A Jean-Noël,

Pour son précieux soutien de chaque jour,

Sa patience et ses encouragements,

Merci, et plus encore...

A Pauline et Romain,

Pour nous rappeler ce qu'est l'essentiel dans la vie,

Pour leur joie de vivre,

Merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPPA : Association d'Aide aux Personnes ayant des Problèmes avec l'Alcool

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CCAA: Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHAA : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie

CHRS : Centre Hospitalier Régional Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

CIM: Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médicopsychiatrique

CMU : Couverture Médicale Universelle

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

ECA: Epidemiologic Catchment Area

HCEIA: Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme

IMAO : Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Serotonine

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NCS : National Comorbidity Survey

OFDT: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RMLA : Risques et Maladies Liées à l'Alcool

PLAN GENERAL

INTRODUCTION	11
I- DEFINITIONS	13
1. La phobie sociale	13
2. L'alcool et les jeunes	33
3. Le lien entre la phobie sociale et l'alcool	48
II- APPROCHE THERAPEUTIQUE	54
1. Traitement de la phobie sociale	54
2. Prise en charge des comportements d'alcoolisation pathologiques ...	59
III- ENQUÊTE	71
1. Objectifs	71
2. Méthodologie	71
3. Résultats	73
4. Discussion	83
IV- INTERET POUR LE MEDECIN GENERALISTE	88
1. Dépistage et outils diagnostiques de la phobie sociale	88
2. Prévention et prise en charge thérapeutique	89
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE.....	93
TABLE DES MATIERES.....	104

INTRODUCTION

Les comportements d'alcoolisation (sous toutes leurs formes) sont actuels, posant des difficultés socioéconomiques (accidents de la voie publique, accidents du travail, absentéisme au travail) mais aussi de santé publique (pourcentage important de patients hospitalisés directement ou indirectement pour un problème d'alcool). C'est pourquoi, il est nécessaire de dépister le plus tôt possible, voire de traiter les facteurs favorisant les conduites d'alcoolisation avant le début des difficultés, premier but de cette étude.

Un des facteurs favorisant les comportements d'alcoolisation serait la phobie sociale. Cette pathologie mal connue mais en réalité fréquente, amènerait à une consommation pathologique de l'alcool (abus ou dépendance). Ces points particuliers sont développés au cours de la première partie.

La prise en charge thérapeutique de la phobie sociale, associée ou non à un comportement d'alcoolisation, est possible, notamment avec les thérapies cognitivo-comportementales (décrites dans la seconde partie). Il serait dommage de se priver d'une orientation thérapeutique, faute de diagnostic, d'où le choix d'une étude démontrant la fréquence de la phobie sociale dans une population en mésusage avec l'alcool ou alcoolodépendante.

L'étude, décrite à la troisième partie, repose sur le dépistage de phobiques sociaux parmi une population ayant des difficultés avec l'alcool. Cette population a volontairement été choisie jeune (15-35ans) avant que l'alcool n'ait provoqué des désordres neuropsychiatriques. Le protocole consiste en un questionnaire proposé au patient par un soignant, dans un service d'alcoologie, permettant à la fois de recueillir des informations sur la situation socioprofessionnelle et familiale, et de dépister et évaluer la sévérité de la phobie sociale. Nous avons utilisé le test diagnostique M.I.N.I. pour le dépistage, l'échelle de LIEBOWITZ pour l'évaluation de l'anxiété et l'évitement et l'échelle de SHEEHAN pour évaluer le retentissement socioprofessionnel et familial. L'objectif de ce travail est de pouvoir proposer aux médecins généralistes des outils diagnostiques et des conduites à tenir pour la phobie sociale.

I- DEFINITIONS

1. La phobie sociale

« pas besoin de gril, l'enfer c'est les Autres » Jean-Paul Sartre
(Huis Clos)

a- Historique

Les premières descriptions du concept d'anxiété sociale sont apparues à la fin du XIXème siècle. On parlait alors d'éreutophobie, de timidité pathologique... Le concept même de phobie sociale n'est défini que depuis peu de temps (environ une quinzaine d'années).

L'éreutophobie a été décrite de manière détaillée pour la première fois en 1846 : observation d'un patient souffrant de phobie sociale sévère par J.Ludwig CASPER à Berlin (traduction française par G. LALANNE et présentée par PITRES et REGIS en 1902 : « Bibliographie d'une idée fixe »(1)).

Le patient décrit par J.L. CASPER avait présenté avant l'âge de 10 ans, des troubles du comportement de types obsessionnels. Cet élève brillant et consciencieux a présenté ses premiers rougissements vers l'âge de 13 ans, après le décès de ses parents et suite aux taquineries de ses camarades au sujet d'une « amourette ». Dès lors, il ne fut plus préoccupé que par le fait de rougir, d'abord lors de l'évocation des relations amoureuses, mais progressivement par toutes les circonstances relationnelles génératrices d'anxiété (rencontres de connaissances dans la rue, sorties en société,...). Cet état a fini par conduire le patient vers un syndrome dépressif sévère l'ayant poussé au suicide.

A la même époque, E. CLAPAREDE, psychologue suisse, fait une description clinique très riche de l'éreutrophobie, proche de celle actuelle des phobies sociales(2). A noter dans sa description, une évocation de la prise d'alcool pour « noyer sa coloration morbide par celle de l'éthylisme »...

Le concept de timidité a plus souvent été utilisé en tant que synonyme d'anxiété sociale. Selon P. HARTENBERG(3), une personne timide est une personne éprouvant une émotion qui se compose elle-même en peur et honte. Cette émotion est toujours liée à une circonstance déclenchante, en l'occurrence, la présence d'autrui.

D'autres concepts ont été apportés par des auteurs tels que certains psychanalystes : FREUD et l'inhibition, le Japonais MORITA et la peur des contacts sociaux (syndrome de tai-jin kyôfu) (cité par T. TAKAHASHI)(4).

En 1903, P. JANET a pour la première fois proposé une classification des phobies en se basant sur l'objet origine de la phobie (tableau I)(4).

Tableau I :Extrait de « Historique du concept de phobie sociale » PELISSOLO A.

<i>Phobies systématisées</i>	<i>Corporelles</i>	<i>Douleur</i>
		<i>Fonctions</i>
	<i>D'objets</i>	
	<i>Situationnelles</i>	<i>Situations physiques</i>
		<i>Situations sociales (phobie sociale)</i>
<i>D'idées</i>		
<i>Phobies généralisées</i>	<i>Anxiété physiologique</i>	
	<i>Anxiété psychique</i>	

P. JANET classe ici la phobie sociale ou phobie de la société dans les phobies systématisées, et plus précisément dans les phobies situationnelles.

Il faudra attendre 60 ans pour retrouver le concept de phobie sociale avec MARKS qui proposa, dès 1966, une nouvelle classification des phobies sociales(5).

Finalement, c'est en 1980 que la phobie sociale sera catégorisée de façon spécifique par le DSM III (Diagnostic and Statistical Manual) avec différenciation de l'agoraphobie, des phobies simples et de la phobie sociale. Le DSM IV apportera quelques précisions sur les critères diagnostiques ainsi que sur les comorbidités psychiatriques(6).

b- Définition

La phobie sociale se classe, selon le DSM IV, dans les troubles anxieux.

Parmi les troubles anxieux, on retrouve :

- le trouble d'anxiété généralisée,
- l'attaque de panique,
- l'agoraphobie,
- les phobies spécifiques (anciennement appelées phobies simples),
- la phobie sociale,
- l'état de stress post- traumatique,
- le trouble obsessionnel-compulsif.

La plupart de ces entités cliniques seront décrites dans le chapitre « diagnostics différentiels ».

Avant la description du trouble « phobie sociale », il est nécessaire donc de définir ce qui est la base des troubles anxieux: l'anxiété.

Certaines personnes perçoivent les difficultés éventuelles en rapport à un événement à venir mais, leur perception est accompagnée d'un sentiment de stress, de peur, d'inquiétude... Cela se nomme l'anxiété. La plupart du temps elle est bénéfique permettant une anticipation de dangers réels, mais parfois, elle retentit de manière excessive sur la vie quotidienne de l'individu, prenant alors les diverses formes cliniques vues précédemment.

La phobie sociale est donc une de ces formes pathologiques d'anxiété ayant comme objet des peurs, les interactions sociales.. On peut la résumer par une peur intense, incontrôlable des situations sociales où la performance est importante, avec une crainte du jugement d'autrui. Elle se symbolise par le caractère irraisonné des troubles par rapport à l'anxiété naturelle éprouvée dans ces situations. Christophe ANDRE l'exprime de cette manière : « La petite appréhension que vous éprouvez parfois au moment de devoir prendre la parole en public ou la gêne qui s'empare de vous lorsque vous êtes présenté à un haut personnage sont une version édulcorée des violentes paniques qui déchirent le phobique social dès lors qu'il doit affronter le regard, forcément critique d'autrui. »(7).

Elle se complique d'une anxiété anticipatoire, c'est-à-dire, la peur d'avoir peur... Cette peur anticipe toutes les situations où entrera en jeu le regard d'autrui : peur de trembler ou rougir lors d'une présentation orale, peur de paraître stupide lors de discussions entre amis ou collègues... Cette anxiété anticipatoire conduit souvent à une diminution des performances, donc un sentiment d'échec. D'où, augmentation de l'angoisse qui fait rentrer le phobique social dans un cercle vicieux : anxiété anticipatoire – échec – aggravation de l'anxiété anticipatoire.

Cette angoisse s'entoure de nombreux symptômes neurovégétatifs, qui ne font que l'aggraver par peur que ces signes de faiblesse soient remarqués et jugés : tremblements, rougeur, mains humides et froides, tachycardie voire extrasystoles, douleur thoracique, dyspnée, aphonie, vertiges,... Extrait de « La peur des autres » de C. ANDRE : « Mon cœur cogne comme pour s'échapper de ma poitrine, mes tempes battent. J'entends tous les bruits comme s'ils étaient amplifiés par une sono monstrueuse. Mes mains tremblent, mes genoux se dérober. »(7).

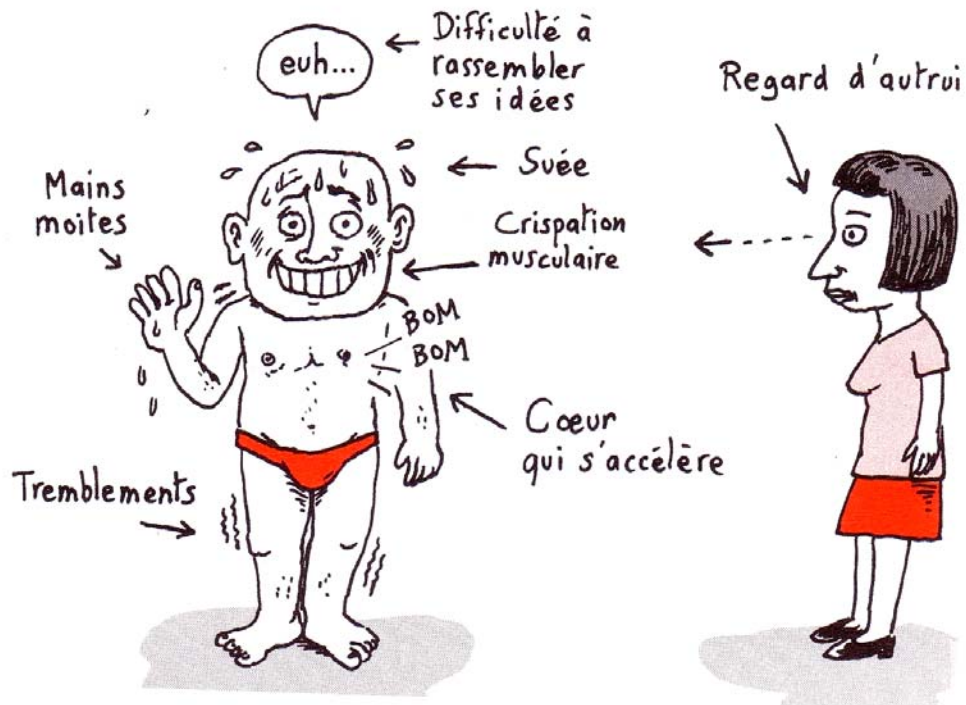


Figure 1 : les manifestations de l'anxiété sociale.

Bien que le phobique social ait conscience du caractère irraisonné et disproportionné de ses peurs, il solutionne ses difficultés en évitant les situations génératrices de craintes. Cette attitude d'évitement le met en marge des activités sociales et a donc beaucoup de conséquences socioprofessionnelles, aggravant l'état de détresse dans lequel il se trouve déjà. Ces critères sont décrits dans le DSM IV (cf. tableau II).

Tableau II : Critères pour phobie sociale.

*Critères du DSM IV pour phobie sociale (1994)
(trouble de l'anxiété sociale) :*

A- Une peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou d'actions publiques dans lesquelles le sujet est exposé à des personnes ou à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir de manière humiliante ou embarrassante (ou de montrer des symptômes anxieux).

B- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque invariablement de l'anxiété, qui peut se manifester sous la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou conditionnée par la situation.

C- Le sujet reconnaît la nature excessive ou déraisonnable de ses craintes.

D- La(les) situation(s) sociale(s) redoutée(s) ou d'action publique sont évitées ou vécues avec une anxiété intense ou une certaine détresse.

E- La conduite d'évitement, l'anticipation anxieuse et la détresse liées aux situations sociales redoutées ou aux actions publiques interfèrent de manière importante avec la vie quotidienne de l'individu, avec sa fonction professionnelle (sa carrière) ou avec ses activités sociales ou relationnelles, ou bien il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir cette phobie.

F- Pour les sujets n'ayant pas encore 18 ans : la durée de la perturbation est au moins de 6 mois.

G- La peur ou l'évitement n'est pas directement dû aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, un abus de drogue, un médicament) ou d'un état physique général et ne correspond pas à un autre trouble mental (par exemple, le trouble panique avec ou sans agoraphobie, l'angoisse de séparation, la dysmorphophobie, les troubles envahissants du développement, ou le trouble de la personnalité schizoïde).

H- Lorsqu'un état physique général ou un autre trouble mental est présent, la phobie sociale selon le critère A est indépendant de ces troubles, par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer (Bégaiement), de trembler (maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (Anorexie mentale ou Boulimie).

Spécifier s'il s'agit d'un type généralisé si les peurs s'appliquent à la plupart des situations sociales (débuter ou maintenir des conversations, participer à des petits groupes, fixer un rendez-vous, parler à des personnages incarnant l'autorité, assister à une réception).

A noter qu'il est possible d'envisager également un diagnostic additionnel de personnalité évitante.

On distingue deux formes de phobies sociales, précisées dans le DSM IV :

- les formes spécifiques ou simples ne portant que sur une ou quelques-unes des situations sociales, la plus fréquente étant la prise de parole devant un groupe ;*
- les formes généralisées qui touchent toutes les situations sociales, entraînant le plus souvent des conséquences socioprofessionnelles importantes.*

La CIM 10 (Classification Internationale des Maladies – 1992) précise le diagnostic avec des critères tels que l'existence de symptômes neurovégétatifs et au moins deux des quatorze symptômes d'agoraphobie. Ces deux symptômes doivent être présents de manière simultanée en au moins une occasion, avec au moins l'un des symptômes suivants : rougir ou trembler, peur de vomir, et besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle. De plus, la C.I.M.-10 spécifie que les symptômes anxieux surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

Tableau III : Critères diagnostiques de la phobie sociale de la C.I.M.10.*Critères diagnostiques de la phobie sociale de la C.I.M.10 :*

A. soit (1) soit (2) :

(1) crainte marquée d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou d'agir d'une manière qui pourrait être embarrassante ou humiliante ;

(2) évitement marqué d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou de situations dans lesquelles on pourrait se conduire d'une manière embarrassante ou humiliante.

Ces craintes se manifestent dans des situations sociales. Par exemple : manger ou parler en public ; rencontrer des connaissances en public ; arriver dans un petit groupe ou y rester (par exemple dans une soirée, une réunion, une salle de classe).

A. Survenue, dans la situation phobogène, depuis le début du trouble, d'au moins deux des symptômes définis dans le critère B de l'agoraphobie et d'au moins un des symptômes suivants :

(1) rougir ou trembler,

(2) peur de vomir,

(3) besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle.

B. Détresse émotionnelle significative due aux symptômes ou à l'évitement, avec conscience du caractère excessif ou irraisonné de ces derniers.

C. Les symptômes surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

D. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Les symptômes cités dans les critères A et B ne sont pas dus à des idées délirantes, des hallucinations ou à d'autres troubles, tels un trouble mental organique, une schizophrénie ou des troubles apparentés, un trouble de l'humeur, ou un trouble obsessionnel compulsif et ne sont pas secondaires à des croyances d'ordre culturel.

On peut distinguer quelques formes cliniques de phobies sociales selon J. COTRAUX (8) :

- la forme culturelle : le « Taijin-kyofu-sho » : peur d'offenser et d'embarrasser les autres (« honte sociale » fréquente chez les Japonais) ;

- les formes comorbides : associées au trouble panique, l'agoraphobie, aux troubles obsessionnels-compulsifs, troubles de l'humeur, toxicomanies, somatisations, à la personnalité évitante (très souvent dans la phobie sociale généralisée) ;

- la forme de l'enfant : le trouble s'accompagne très souvent de pleurs, colères, réaction de figement, agrippement. L'enfant reste fréquemment proche des adultes familiers et participe peu aux activités de groupe. Ce sont des enfants « trop sages et discrets »(7). L'enfant peut ne pas reconnaître le caractère irraisonné de sa peur, et de même n'a pas souvent la possibilité d'éviter la situation génératrice de crainte.

A noter, selon les critères du DSM IV, pour les sujets de moins de 18 ans, les troubles doivent exister depuis au moins 6 mois.

La phobie sociale reste un trouble discret de diagnostic difficile et le plus souvent découvert au stade de complications : dépression, alcoolisme, toxicomanie... Elle s'installe souvent tôt dans la vie des patients (14-24 ans), mais elle est diagnostiquée tardivement car les sujets ont honte de leur faiblesse et craignent l'incompréhension et l'impuissance des soignants. De plus, ce trouble, stable et chronique, diminue rarement avec le temps...

c- Outils diagnostiques

Les outils sont des échelles d'évaluation utilisées dans plusieurs domaines de psychiatrie. En effet, les troubles psychiatriques sont difficilement quantifiables à l'instar de la tension artérielle, la capacité respiratoire,... Les échelles apportent donc des données quantitatives très utiles aux praticiens, notamment pour aider au diagnostic et évaluer l'efficacité thérapeutique. Les plus fiables sont celles qui font le moins appel au sens du jugement ou de la déduction de l'évaluateur(9) et dont la validité a été prouvée par des études.

Il existe plusieurs échelles utilisées pour la phobie sociale, soit diagnostiques, soit d'évaluation selon différents critères.

+ Echelles diagnostiques

1) Le C.I.D.I. ou Composite International Diagnostic Interview

Ce questionnaire diagnostique, développé par l'O.M.S. et l'administration de la santé mentale américaine, est une référence en la matière et a été validé par de nombreuses études internationales. Il repose sur les critères diagnostiques du D.S.M.-III-R et de la C.I.M.10, et aussi sur les critères du D.S.M.IV pour les versions les plus récentes(10). Cependant, sa réalisation est très longue (en moyenne une heure et demi d'interview) et nécessite une concentration importante des patients.

2) Questionnaire issu du module Phobie Sociale du M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview)(annexe I)

C'est un questionnaire très bref pour orienter rapidement et précisément le diagnostic. Il a été conçu par un ensemble de psychiatres et autres cliniciens, américains et européens, en se basant sur le DSM IV et la CIM 10 (11) afin de proposer aux thérapeutes, spécialistes ou généralistes, un outil simple et rapide. Il fait preuve d'une bonne sensibilité, spécificité et fidélité test-retest et sa validité est reconnue, notamment en comparaison au C.I.D.I.(12).

+ Echelles d'évaluation

1) Le Questionnaire des peurs de MARKS et MATHEWS (1979)(annexe II)

C'est une échelle brève d'auto-évaluation (24 items), adaptée aux troubles anxieux les plus fréquemment rencontrés (agoraphobie et phobie sociale), qui permet l'évaluation de l'anxiété d'une part, et la dépression associée au trouble d'autre part.

La version française de COTTRAUX est apparue comme un instrument valide, fiable et sensible aux changements thérapeutiques, notamment pour mesurer les phobies et surtout l'agoraphobie, mais avec une limite qui est la mauvaise discrimination entre phobiques sociaux et obsessionnels(13). A noter, les résultats sont identiques à la version anglaise.

2) *L'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (PPAG) (COTTRAUX J., 1993)(annexe III)*

Elle évalue trois grands types d'anxiété (répondant aux critères du DSM IV), en auto ou hétéro-évaluation. Elle nécessite la définition de deux situations phobogènes principales par le patient, et la compréhension par l'examineur et le patient des trois types d'anxiété (intervention du sens du jugement de l'évaluateur...). La validité et la sensibilité de cette échelle ont été reconnues(14).

3) *L'échelle de phobie sociale de DAVIDSON ou Brief Social Phobia Scale (B.S.P.S.,1991, traduite en français par LEPINE et MUSA en 1993)(annexe IV)*

Il s'agit d'une échelle brève, d'hétéro-évaluation, divisée en deux parties, mesurant d'une part la peur et l'évitement, et d'autre part, les manifestations physiologiques(15). Sa fidélité, sa sensibilité et sa validité ont été prouvées (version anglaise)(16).

4) *Le questionnaire F.N.E. ou Fear of Negative Evaluation de WATSON et FRIEND (1969, traduit en français par MUSA et TEHERANI, en 1998)(annexe V)*

Il explore, en auto-évaluation, la dimension cognitive de la phobie sociale, notamment la peur du jugement d'autrui(15).

5) *Le test comportemental d'évitement (MARKS I.M. et coll., traduction par COTTRAUX J., 1985)(annexe VI)*

C'est une appréciation de l'intensité de l'évitement de situation phobiques ou provoquant les rituels chez les obsessionnels, ainsi que l'intensité du malaise.

Le test repose sur le choix de quatre situations principales par le thérapeute et le patient, et sur une mise en situation du patient. Le problème de ce test est donc la capacité de mise en situation, mais aussi de la possibilité d'études de validation, en raison de l'absence de données normatives(14).

6) *L'échelle d'appréciation de l'anxiété de HAMILTON (Hamilton rating scale Anxiety)(annexe VII)*

Cette échelle évalue la sévérité de l'anxiété chez un patient pour qui le diagnostic est posé sans discrimination des troubles anxieux. Elle est fréquemment utilisée car très sensible

au changement. Mais le problème est que certains items n'ont pas été suffisamment définis par HAMILTON (9)(14).

7) L'échelle d'affirmation de soi (Assertiveness schedule)(RATHUS S.A., 1973, traduction de COTTRAUX J. en 1979)(annexe VIII)

Elle détermine l'affirmation de soi. Sa fidélité test-retest, validité, sensibilité ainsi que sa validité discriminante ont été démontrées. Mais la nécessité de modification de la cotation du questionnaire pour des raisons de statistiques, a entraîné un problème de consensus pour la comparaison des études(14).

8) Le questionnaire des conduites interpersonnelles ou QCI (Scale for interpersonal behavior)(ARRINDELL W.A., 1984)(annexe IX)

Il permet une détermination , chez le phobique social, de la performance sociale (probabilité du sujet à s'engager dans une réponse assertive), et du degré de gêne en situation. La fidélité test-retest et la validité sont correctes avec une bonne discrimination des phobiques sociaux des sujets normaux, et une échelle des gênes plus spécifique aux phobiques sociaux(14).

9) Le TAPIS : test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale (social interaction self statement test) (GLASS C.R., 1982 ; traduction par COTTRAUX J.)(annexe X)

Ce test apprécie la fréquence des pensées facilitatrices (pensées positives) ou inhibitrices (pensées négatives) dans le contexte des relations hétérosociales. L'échelle négative est un meilleur révélateur d'anxiété sociale. Elle est sensible au changement. Par contre, les résultats sont différents selon les conditions d'application (jeux de rôle, référence à des situations de la vie réelle,...). A noter l'existence d'une seconde traduction par BOISVERT J.M.(14).

10) L'échelle d'anxiété de LIEBOWITZ (Liebowitz Social Anxiety Scale ou LSAS, 1987 ; traduction française par LEPINE J.P. et CARDOT H., 1990)(annexe XI)

Cette échelle, brève aussi (24 items), d'auto-évaluation ou hétéro-évaluation permet d'évaluer de manière séparée l'anxiété et l'évitement dans des situations d'interaction sociale et de performance. Des études récentes ont démontré une bonne validité, fidélité test-retest et sensibilité aux changements thérapeutiques(17)(18)(19), et les études de

validation de l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation retrouvent des résultats identiques(20)(21).

Il existe aussi une version de l'échelle de LIEBOWITZ adaptée aux enfants et adolescents dont la fidélité et la validité ont été reconnues(22).

11) L'échelle de SHEEHAN (Sheehan Disability Scale ou SDS, 1983)(annexe XII)

Cette échelle détermine de manière simple le handicap que la maladie psychiatrique peut engendrer dans la vie quotidienne (travail, loisirs, famille). Elle n'est pas spécifique des troubles anxieux. Elle a été évaluée en soins primaires et sa validité a été reconnue(23)(24) mais elle serait un peu moins sensible que certaines autres échelles d'invalidité (le Liebowitz Self-Rated Disability Scale (L.S.R.D.S.) et le clinician-rated Disability Profile (D.P.))(24).

12) Le S.P.I.N. (The Social Phobia Inventory)

C'est une échelle développée récemment par CONNOR et al. Pour évaluer trois types de symptômes de la phobie sociale : les symptômes cognitifs, comportementaux et physiques. C'est une échelle brève d'auto-évaluation constituée de 17 items. Sa validité, sa consistance interne, sa fidélité test-retest et sa sensibilité aux changements ont été prouvées. Simple d'utilisation, elle discrimine bien les patients phobiques sociaux des groupes contrôles, d'où ses avantages pour les futures études(25). Par contre, la version française n'a été réalisée qu'en 2004 par MUSA et BOUCHEZ-ARDABZADEH et est donc non encore évaluée.

12) Autres échelles

Echelles citées par COTTRAUX et BOUVARD(14) sans élément d'information supplémentaire :

-inventaire d'anxiété de BECK

-échelle de gravité d'anxiété de COVI.

+ Echelles chez l'enfant

Nous disposons pour le moment de peu d'échelles traduites et validées en français. Citons quand même :

*1) L'échelle des peurs pour enfants révisée (Revised Fear Survey Schedule for Children –FSSCR ; traduction par ROGE B.) (OLLENDICK T.H., 1983)(annexe XIII)
C'est une échelle inspirée d'une autre échelle des peurs: la FSS III de WOLPE et LANG, avec une version révisée de l'outil de SCHERE et NAKAMURA (1968). Elle évalue les peurs spécifiques de l'enfant de 9 à 12 ans : peurs des animaux, du noir, de l'échec...
Les études ont prouvé sa fidélité test-retest, sa validité discriminante, avec une différence entre garçons et filles (scores supérieurs pour les filles). Mais il n'y a pas d'étude de validation de la version française(14).*

*2) Le Social Anxiety Scale for Children (S.A.S.C., LAGRECA et STONE, 1993)
et le Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (S.P.I.A.-C, BEIDEL, 1995)
Ce sont deux instruments mesurant spécifiquement l'anxiété sociale chez les enfants, mais il n'existe pas de traduction ni de validation en français(15).*

d- Epidémiologie

+ Prévalence de la phobie sociale

On retrouve des taux de prévalence allant de 2,7% (étude E.C.A. : Epidemiologic Catchment Area study) à 13,3% (étude N.C.S. : the National Comorbidity Survey). L'ECA(26) et la NCS sont deux grandes études américaines, reposant sur les critères du DSM III.

En médecine générale, les patients souffrants de troubles anxieux, de l'humeur et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, représentent 20 à 30%, selon les études, des consultants. 7% des patients consultant pour différents motifs présenteraient

une phobie sociale d'après une enquête menée auprès de médecins généralistes(27). Cette pathologie représenterait donc la troisième pathologie mentale, selon les études, après la dépression et l'alcoolisme (7).

+ Profil des phobiques sociaux

La prédominance est féminine : la prévalence est de 2,9% chez les hommes et 5,4% chez les femmes(28)(29). L'âge de début est précoce avec un pic entre 11 et 15 ans (30). Parmi les phobiques sociaux, il y a seulement 34% de sujets mariés (prévalence supérieure chez les veufs, divorcés, séparés, célibataires). Leur statut socioéconomique est plutôt bas et leur niveau éducatif, inférieur. Leurs temps de loisirs et d'activités sociales sont diminués de manière notable.

Par ailleurs, selon l'étude de STEIN M.R., décrite par LEPINE J.P.(31), un antécédent de phobie sociale généralisée chez un apparenté du premier degré augmente le risque significativement de phobie sociale ou personnalité évitante (risque relatif de phobie sociale à 9,7).

+ Comorbidités

L'étude N.C.S.(32) retrouve que :

- 56,9% de phobiques sociaux souffraient d'un trouble anxieux (les plus fréquents : agoraphobie et phobie simple),
- 41,4 % des phobiques sociaux avaient un antécédent de troubles affectifs,
- le risque de dépression majeure était multiplié par trois,
- **39,6% des phobiques sociaux présentaient au moins un abus ou une dépendance à une substance psychoactive.**

Une étude française(28) montre que 45,2% des phobiques sociaux faisaient au moins un épisode dépressif majeur et que les idéations suicidaires et les tentatives de suicides étaient supérieures dans cette population.

L'étude de Munich(33) a permis de classer les prévalences des troubles psychiatriques comorbides :

- *premièrement : phobies spécifiques, états de stress post-traumatiques, dysthymie,*
- *deuxièmement : anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs,*
- *troisièmement : troubles des conduites alimentaires, dépression majeure, dépendance à la nicotine.*

Elle a aussi révélé que les troubles de la personnalité les plus fréquents sont d'abord les personnalités évitantes et dépendantes, ensuite les personnalités obsessives compulsives et paranoïaques.

Une relation fréquente avec la personnalité évitante est donc décrite : 42,9% des phobiques sociaux ont ce type de personnalité (et inversement, 37,9% des patients présentant une personnalité évitante, développent une phobie sociale)(34).

A noter, une autre étude(31) a mis en évidence une comorbidité avec certaines affections somatiques :

- *en premier, les affections neurologiques et plus particulièrement la maladie de Parkinson,*
- *en second, l'ulcère gastroduodéal.*

Dans toutes les études, on a mis en évidence que la phobie sociale précédait le trouble comorbide et que celui-ci est plus fréquemment retrouvé dans les phobies sociales généralisées.

e- Diagnostics différentiels

Certains éléments de la phobie sociale peuvent être partagés par plusieurs pathologies psychiatriques, d'où la nécessité d'en connaître les diagnostics différentiels(6)(35).

+ Les premiers troubles à évoquer sont les troubles anxieux, dans lesquels se classe d'ailleurs la phobie sociale. On retrouve :

- **le trouble panique** : il a pour point commun parfois avec la phobie sociale, l'évitement des situations sociales (quand celles-ci sont à l'origine du trouble), mais par peur d'être vu lors d'une attaque de panique. Cette pathologie peut être développée par un phobique social.

- **l'agoraphobie** : par son objet phobique même (peur des grands espaces, des lieux publics), elle s'apparente à la phobie sociale en entraînant de la même manière, des conduites de retrait social, qui peuvent là aussi devenir invalidantes dans la vie quotidienne. Elle peut s'accompagner aussi de trouble panique. La différence se situe dans le fait que le sujet agoraphobe n'a pas forcément peur du regard d'autrui.

- **l'anxiété sociale** : ce serait un stade précédant celui de la phobie sociale; la phobie sociale serait l'anxiété sociale à son maximum ou anxiété sociale pathologique.

- **l'anxiété de performance** : repose surtout sur les manifestations d'angoisse lors de situations où la performance est importante (le trac avant l'examen...).

ANDRE C.(7) propose des tableaux afin d'aider au diagnostic différentiel ; en voici un au sujet du trac (tableau IV).

Tableau IV : Trac et phobie sociale (Extrait de « *La Peur des Autres* » C. ANDRE).

<i>Trac</i>	<i>Phobie sociale</i>
<i>Votre anxiété est forte peu avant la situation</i>	<i>Votre anxiété est très forte longtemps avant la situation</i>
<i>Elle diminue assez vite dès que vous commencez à parler</i>	<i>Elle ne diminue pas lorsque vous commencez à parler, parfois même elle augmente</i>
<i>Même si votre anxiété est forte et vous gêne, vous continuez de parler</i>	<i>Votre anxiété peut atteindre le niveau d'une attaque de panique incontrôlable, et vous obliger à quitter la situation</i>
<i>Vous vous sentez soulagé après avoir terminé votre intervention</i>	<i>Vous vous sentez honteux après avoir terminé votre intervention</i>
<i>Vous récupérez assez vite ensuite</i>	<i>Vous vous sentez épuisé ensuite</i>
<i>Si vous avez régulièrement l'occasion de prendre la parole dans les mêmes circonstances, votre anxiété diminue peu à peu (« habitude »)</i>	<i>Même si vous êtes régulièrement contraint de prendre la parole dans les mêmes circonstances, votre anxiété ne diminue pas, et vous avez plutôt l'impression qu'elle augmente (« sensibilisation »)</i>

- ***l'anxiété de séparation*** : c'est un trouble ressenti par les enfants lorsqu'ils sont séparés de leurs proches conduisant à une angoisse lors de situations sociales loin de chez eux, où cela pourrait se produire. Par contre, ils n'éprouvent pas cette crainte à leur domicile contrairement aux enfants phobiques sociaux, dès lors que la situation sociale y est reproduite.

- ***l'anxiété généralisée*** : c'est une anxiété permanente entraînant parfois une inhibition anxieuse, mais pas forcément liée à l'interaction d'autrui.

- **la dysmorphophobie** : la crainte est centrée sur sa propre image de son corps plutôt que sur le jugement d'autrui.

- **la timidité** : c'est une forme plus modeste d'anxiété sociale, chronique et durable, marquée par une inhibition dans un grand nombre de situations sociales. La différence avec le phobique social, c'est la capacité d'adaptation du timide : son angoisse s'apaise au fil des rencontres(7).

+ Les seconds troubles à évoquer sont les troubles de la personnalité.

Le plus évident est la **personnalité évitante**, dont les caractéristiques sont très proches de la phobie sociale généralisée. D'ailleurs, le D.S.M.IV en fait un diagnostic additionnel, tant la différenciation est parfois difficile. La personnalité évitante serait davantage basée sur une méfiance de la critique d'autrui tandis que pour le phobique social, ayant une faible estime de soi, celle-ci n'est pas systématiquement vécue comme malveillante.

Tableau V : Critères diagnostiques de la personnalité évitante.

<i>Critères diagnostiques de la personnalité évitante</i>
<i>Selon le D.S.M.IV (1994)</i>
<p><i>Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :</i></p> <p><i>(1) le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté</i></p> <p><i>(2) réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé</i></p> <p><i>(3) est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule</i></p> <p><i>(4) craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales</i></p> <p><i>(5) est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur</i></p> <p><i>(6) se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres</i></p> <p><i>(7) est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras</i></p>

*Il y a aussi la **personnalité schizoïde** par sa fuite des contacts sociaux mais cela par manque d'intérêt à communiquer avec autrui, contrairement aux phobiques sociaux .*

+ Enfin, un autre diagnostic différentiel important à envisager : la dépression, qui entraîne souvent un retrait social. Ce trouble se développe au cours de la maladie mentale, mais n'existe pas auparavant tandis que la phobie sociale est une pathologie qui évolue de manière durable et chronique. A noter que la dépression est un trouble comorbide fréquent de la phobie sociale généralisée à cause des conséquences socioprofessionnelles qu'elle entraîne.

2. L'alcool et les jeunes

a- Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes

Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes dépend beaucoup de leur évolution. A chaque étape de leur vie, la signification de l'alcoolisation est différente, mais elle est aussi variable d'un individu à l'autre.

Sophie LE GARREC et Maryse PERVANÇON(36) ont déterminé une « trajectoire du boire » :

- La première étape est une étape d'initiation à l'alcool. Elle a souvent lieu avant dix ans et se déroule le plus souvent dans le cadre familial. On fait goûter à l'enfant le champagne ou le vin (alcools dits « doux ») au cours d'un repas de famille, ou, on rigole de l'enfant qui finit les fonds de verre... La prise d'alcool est légitimée.*

- La seconde étape est une étape d'apprentissage de l'alcool entre pairs. Elle se passe plutôt vers 12-14 ans et marque le passage à l'adolescence : début des regroupements entre pairs, avec nécessité de faire comme les autres pour être accepté par le groupe ; prise d'alcools forts, illégitimée, le vrai verre... Mais c'est aussi une période où le corps se modifie, la puberté, et où le jeune commence à réfléchir à son avenir, est en quête de son identité. L'alcool permet d'oublier ses angoisses face à cela, de mieux gérer les possibles échecs dans les premières relations sentimentales.*

- Vers 14-20 ans, ce sont les premières vraies alcoolisations avec souvent une recherche quasi-expérimentale de ses limites. Cette expérience de l'alcool permet d'être reconnu par le groupe tel un véritable rite initiatique(37). Ce « boire à l'extrême » les entraîne dans des conduites à risque notamment des défis formels ou informels ou encore l'alcool au volant.*

- Par la suite, avec l'entrée progressive dans le monde des adultes, ils commencent à consommer de manière réfléchie de la même façon que leurs aînés : plaisirs du vin à table lors d'un repas dans son propre chez-soi, avec un petit groupe d'amis. Les grosses alcoolisations deviennent exceptionnelles à l'occasion de fêtes.*

ADES et LEJOYEUX(38) décrivent trois valeurs importantes de l'usage d'alcool :

•*La première, de la même manière que vue précédemment, est une conduite adaptative d'intégration au monde des adultes. Consommation festive à l'excès influencée par le groupe évoluant avec l'âge, soit vers une consommation raisonnée, soit une alcoolo-dépendance pour quelques-uns.*

•*La seconde attitude est une conduite d'automédication. L'alcool est alors utilisé pour gérer les angoisses de l'adolescence, pour oublier le mal être que certains éprouvent : cas notamment des jeunes dépressifs ou des jeunes sociopathes, qui boivent plutôt de manière solitaire. L'état d'ivresse, plus au moins associé à la prise de drogues illicites, permet à ces derniers le passage à l'acte (violences, viols, tentatives de suicides...).*

•*L'usage d'alcool peut enfin avoir valeur de conduite toxicomaniaque, soit comme une première expérience durant l'adolescence, de toxicomanie, soit en association avec les autres drogues car l'alcool est moins cher et peut augmenter les effets des autres toxiques.*

A ces notions, il faut ajouter une petite nuance selon le genre. En effet, les filles, surtout avec l'âge, consomment de façon plus raisonnée et souvent des alcools moins forts. Elles subissent deux types d'influence : celle du regard péjoratif sur une femme qui boit, mais surtout, celle, importante, de l'image corporelle de la femme (« le corps doit être beau et ne pas s'abandonner à des attitudes indécentes »-extrait de « Etudiants, étudiantes et alcool »DESPRES-DELY C.)(39).

Il est important de connaître ces significations de l'alcool de manière à mieux orienter et aider les jeunes lorsqu'ils rencontrent des difficultés.

b- Les différents types d'alcoolisation

On distingue plusieurs façons de faire usage de l'alcool, qu'elles soient ou non pathologiques. La plupart des consommateurs en usent de manière modérée, avec éventuellement des excès occasionnels, sans conséquence morbide ou sociale. Par contre, deux grands groupes s'individualisent dans les alcoolisations pathologiques : ceux qui font un mésusage de l'alcool, et les alcoolo-dépendants, dont les définitions seront développées dans les paragraphes suivants.

+ Le mésusage de l'alcool

Cette première classification représente les buveurs dits « à risque » et les consommateurs à problème (ou consommateurs abusifs), mais qui ne sont pas dépendants(40).

Ces consommateurs ont une consommation excessive, dépassant les seuils définis par l'OMS, soit sans conséquence physique ou psychosociale (consommateurs à risque), soit posant déjà des difficultés notables (consommateurs à problème).

Les seuils de l'OMS sont :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et pris en dehors de situations à risque (conduite automobile, postes de sécurité en entreprise, association avec d'autres produits psychotropes...);*
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);*
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).*

Ces consommateurs en mésusage boivent donc déjà de manière excessive et régulière. Lorsque leur consommation n'a pas de conséquence sur leur santé ou psychosociale, il est parfois difficile de les repérer. Dès que leurs « abus » entraînent un coma éthylique, une crise d'épilepsie, HTA difficile à équilibrer, ou sur un autre plan, agressivité, comportements délictueux, accidents de la route,..., on parle de consommateur à problème.

Les consommateurs en mésusage sont définis dans le D.S.M.IV comme des consommateurs abuseurs avec comme particularité la seule prise en compte dans cette définition, des consommateurs à problème (cf. tableau suivant).

Tableau VI : Critères pour abus d'une substance.

Critères du DSM IV pour abus d'une substance :

A- Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

(1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

(2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)

(3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

(4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

L'importance de distinguer les consommateurs en mésusage des dépendants, est de permettre une prise en charge adaptée à chaque type. Les « abuseurs » sont en effet souvent plus accessibles aux conseils, aux informations sur les risques et à une sensibilisation brève.

+ L'alcoolodépendance

Ces consommateurs dépendent physiquement et/ou psychiquement de l'alcool. Cet état a entraîné une altération de leur santé physique et psychique, ainsi que , très souvent une marginalisation sociale, professionnelle et familiale.

Les quantités d'alcool absorbées sont très importantes, allant en augmentant pour obtenir les mêmes effets recherchés (autrement dit, la tolérance, selon le D.S.M.IV). L'arrêt de la substance entraîne un sevrage c'est-à-dire, des troubles physiques et/ou psychiques, qui pousse à une reconsommation pour ne pas souffrir...

Il n'existe pas toujours une réelle conscience de la part de l'alcoolodépendant, de sa dépendance, mais souvent, même lorsqu'il reconnaît son problème, il continue de consommer.

Le D.S.M.IV précise que les troubles doivent exister depuis au moins 12 mois et que 3 (ou plus) des 7 critères définis, doivent être présents, afin de parler de dépendance.

Tableau VII : Critères de dépendance à une substance*Critères du D.S.M.IV de dépendance à une substance :*

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même substance

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique)

(b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si :

***Avec dépendance physique :** présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)*

***Sans dépendance physique :** absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 4 que de l'item 2)*

Codification de l'évolution de la dépendance au cinquième caractère :

0 Rémission précoce complète

0 Rémission précoce partielle

0 Rémission prolongée complète

0 Rémission prolongée partielle

2 Traitement par agoniste

1 En environnement protégé

4 Légère/ Moyenne / Grave

c- épidémiologie

+ Généralités

La France est le quatrième pays le plus consommateur d'alcool en Europe(41) et est en tête pour la mortalité prématurée liée à l'alcool (8% des décès en France) avec une situation plus défavorable pour les Pays-de-Loire (près de 9% des décès en Pays-de-Loire)(42). On estime à cinq millions le nombre de personnes qui présente des problèmes sociaux, médicaux, psychologiques liés à l'alcool. Cependant, la consommation globale a diminué de près de 40% en 40ans : elle est passée de 1960 à 1999 d'environ 18 L par an, par individu, à 11 L par an. La consommation de vin est restée traditionnellement majoritaire.

+ Prévalence en médecine générale

Dans la population du tout venant en médecine générale, 1 patient adulte sur 5 présente un risque et/ou une maladie liés à l'alcool. La prévalence des patients consommateurs pathologiques est de 18,4% des adultes consultant en médecine générale, les consommateurs à risque et à problème (les « abuseurs ») représentent les deux tiers, les alcoolodépendants le tiers restant, soit 6,3% des 18,4% (étude de prévalence des « risques et maladies liés à l'alcool » (R.M.L.A.) réalisée en médecine générale en 1991)(40).

Une enquête secondaire a montré que les patients ayant un problème d'alcool sont plus consommateurs de soins que la population générale: environ 9 consultations par an contre 5,8 par an pour les autres patients. Ils sont par ailleurs moins perdus de vue à 1 an par leur médecin traitant que par les institutions type C.C.A.A. (centres de cure ambulatoire en alcoologie) ou consultations hospitalières d'alcoologie (17,1% perdus de vue en médecine générale, contre 46 à 54% en institutions)(40).

+ Caractéristiques sociodémographiques

La première remarque est que les hommes consomment plus que les femmes. Sept hommes sur dix consomment de l'alcool au moins une fois par jour contre quatre femmes sur dix. Quel que soit l'âge, le milieu de travail, le nombre moyen de verres consommés par les hommes est de 1,5 à 2 fois supérieur aux femmes(41).

D'autre part, l'alcool influence l'emploi. En effet, 73% des alcoolodépendants de 30-44 ans occupent un emploi à temps plein contre 88% des non alcoolodépendants. Les buveurs excessifs ont plus souvent des emplois « cols bleus », et dans les métiers « cols blancs », ils gagnent 15% de moins que leurs collègues(41).

Par ailleurs, les ménages ayant une consommation excessive d'alcool, ont un revenu moyen d'environ 30% moins élevé que les autres ménages. La dépendance à l'alcool est beaucoup plus fréquente chez les patients en difficultés socio-économiques : 25% des personnes avec un profil à risque avec dépendance sont retrouvés chez les patients au chômage, contre 4% chez les patients ayant un emploi stable. Des situations analogues sont retrouvées chez les R.M.Istes et les bénéficiaires de la C.M.U. La question se pose de savoir si l'alcool est cause ou conséquence de ces difficultés(42)...

+ Caractéristiques chez les jeunes

Jusqu'à ces dernières années, la consommation chez les jeunes avait tendance à diminuer. De 1996 à 2001, chez les jeunes de 13-20 ans, la consommation est passée de 23 à 19 verres d'alcool par mois (études menées par l'I.N.S.E.R.M.)(43). Mais une étude récente de l'O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies)(44) a un peu bouleversé ces observations en montrant que de 2000 à 2003, la consommation d'alcool (régulière) est en augmentation chez les 17-18 ans, de manière très nette chez les garçons, passant de 16% à 21,2% et un peu moins marquée pour les filles, de 5,5% à 7,5%.

Cette même étude estime les dépenses occasionnées pour l'alcool : les sommes varient en moyenne de 26€ pour les buveurs au cours du mois, à 65€ pour les buveurs réguliers, à près de 130€ pour ceux déclarant boire tous les jours (soit environ 38% de leurs ressources)...

Les modalités de consommation des jeunes sont un peu différentes des adultes. Les jeunes consomment en effet plus d'alcools forts, et de bières, plutôt en fin de semaine dans un contexte festif.

L'ivresse concerne plutôt les garçons (19% contre 8% de filles) et de manière générale, les garçons consomment plus que les filles (29 verres par mois contre 9 pour les filles) avec une consommation de spiritueux et vins plus marquée pour les filles, et de bières pour les garçons(43).

On remarque par ailleurs, que la consommation augmente régulièrement avec l'âge mais reste festive .On note que 41% des 13-14 ans sont non consommateurs contre 8% des 19-20 ans. Un élément important a été mis en évidence lors d'études aux Etats-Unis et en Europe, est que l'âge précoce de la première consommation semble être un facteur prédictif d'une consommation adulte excessive...

+ Dépistage précoce

Ces chiffres montrent donc que les patients ayant des comportements d'alcoolisation, sont souvent en difficultés économiques, mais aussi qu'ils consultent plus fréquemment leur généraliste, d'où le rôle important de ce dernier dans le dépistage. A noter aussi l'importance d'un dépistage précoce et de la prévention chez les jeunes, avant qu'ils ne soient touchés par les problèmes liés à l'alcool.

d- association à d'autres addictions

De plus en plus fréquemment, la consommation abusive d'alcool et l'alcoolodépendance sont associées à d'autres consommations de produits dits nocifs ou conduisant au même comportement que vis-à-vis de l'alcool. On parle alors de polyconsommation ou polytoxicomanie, en faisant attention à bien différencier les deux termes: le patient peut avoir une consommation à risque sans être dépendant d'où le terme de polyconsommation (cette différenciation est importante pour la prise en charge thérapeutique).

Les produits associés les plus souvent retrouvés sont le tabac et le cannabis, surtout chez les jeunes. Les benzodiazépines sont aussi très fréquemment présentes et utilisées souvent de la même façon que l'alcool ou la drogue. Le risque de dépendance à une autre substance est plus important chez les alcoolodépendants.

La corrélation entre tabac et alcool a été mise en évidence par de nombreux travaux. La proportion de fumeurs quotidiens est nettement plus élevée parmi les patients ayant un profil à risque vis-à-vis de l'alcool. En Pays-de-Loire, la proportion de fumeurs quotidiens est de 16% chez les patients sans profil à risque. Elle passe à 39% parmi les patients ayant un profil à risque sans dépendance, et à 47% parmi les patients à risque avec dépendance(42). A noter, chez les jeunes, l'âge moyen de la première cigarette est de 13 ans et demi, et que 64% des 13-20 ans ont déjà fumé du tabac. L'association alcool-tabac est notée dès l'âge des premières consommations (6% des 11-13 ans, 17% des 14-15 ans, 29% des 16-17 ans)...

On remarque aussi que le recours à des substances en cas de difficultés commence tôt dans la vie : 2% des 13-20 ans prennent souvent des médicaments pour augmenter leurs performances physiques ou intellectuelles, et deux tiers utilisent des vitamines ou fortifiants(43). La prévalence de l'utilisation de somnifères et tranquillisants augmente avec l'âge, avec une prédominance féminine :20% des femmes et 12% des hommes à l'âge adulte, contre 14% des filles et 7% des garçons à l'adolescence.

Le cannabis est aussi une substance fréquemment consommée par les jeunes et souvent en association pendant les soirées, avec l'alcool (un quart des 13-20 ans déclare avoir expérimenté le cannabis au cours de sa vie et 5%, en consomment régulièrement).

Le cumul d'au moins 3 substances (parmi alcool, tabac, psychotropes ou drogues) représente un chiffre non négligeable chez les jeunes, qui augmente jusqu'à 18-20 ans (tableau VIII)(45).

Tableau VIII : Cumul d'au moins trois substances (extrait de « L'adolescence aux milles visages ». BRACONNIER A.,MARCELLI D.).

	<i>16 ans</i>	<i>18 ans</i>
<i>Garçons</i>	6%	28%
<i>Filles</i>	5%	9%

Mais des études montrent que la moitié des jeunes cesse leur consommation dans les deux années qui suivent. Donc seul un petit nombre de ces jeunes consommateurs deviendra des polytoxicomanes...

e- comorbidités et retentissements

Si on s'attache à chercher les causes possibles de l'alcoolisation, c'est bien entendu pour éviter les conséquences parfois dramatiques qu'elle peut entraîner.

+ Pathologies somatiques

Elles dépendent surtout des durées d'alcoolisation(38). En effet, les alcoolisations aiguës, massives, peuvent entraîner un coma ou une hépatite aiguë. Quand les consommations deviennent chroniques, elles sont à l'origine de nombreuses pathologies :

- *manifestations neurologiques périphériques (polynévrites), ou centrales (épilepsie, syndrome de Korsakoff, démence alcoolique),*
- *cirrhose hépatique : le risque augmente d'autant plus que la consommation est importante. Selon une étude de 1992 sur 129000 sujets comparant non buveurs et buveurs (Klatsky et al. 92)(46), les buveurs de 1 à 2 verres par jour, augmentent leur risque de cirrhose de 3,5 , de 3 à 5 verres, leur risque de 6,1 , et supérieur à 6 verres, de 23,6...,*
- *pancréatites aiguës ou chroniques,*
- *cancers oropharyngés et de l'œsophage (4/5ème de ces cancers sont favorisés par un abus d'alcool) ; à noter que le risque de ces cancers est fortement augmenté lors de l'association au tabac (cf. tableaux IX et X)(46) ,*
- *de manière moins notable, cancers du côlon et du rectum, de l'estomac, du foie, du sein chez la femme,*
- *les dyslipidémies, avec surtout l'hypertriglycéridémie (retrouvée chez 56,2% des hommes ayant une consommation d'alcool nocive)(47),*
- *maladies cardiovasculaires, avec surtout l'HTA (l'alcool est la deuxième étiologie après l'obésité), mais aussi les myocardiopathies alcooliques,*
- *maladies psychiatriques : anxiété, dépression, trouble de la personnalité (sociopathie), trouble du comportement alimentaire, états schizophréniques (à noter, une prévalence de 27% de troubles alcooliques dans un service de psychiatrie contre 13% dans les services médicaux chirurgicaux, d'un hopital général à Colombes(48)),*
- *majoration du risque suicidaire.*

Tableau IX: Risque du développement d'un cancer bucco-pharyngé en fonction des consommations d'alcool et de tabac (Rothman et Keller, 1972).

<i>Alcool :</i> <i>ml par jour</i>	<i>Tabac : nombre de cigarettes / jour</i>			
	<i>0</i>	<i><20</i>	<i>20-39</i>	<i>>ou=40</i>
<i>0</i>	<i>1.0</i>	<i>1.5</i>	<i>1.4</i>	<i>2.4</i>
<i><12</i>	<i>1.4</i>	<i>1.7</i>	<i>3.2</i>	<i>3.3</i>
<i>12-44</i>	<i>1.6</i>	<i>4.4</i>	<i>4.5</i>	<i>8.2</i>
<i>>ou=45</i>	<i>2.3</i>	<i>4.1</i>	<i>9.6</i>	<i>15.5</i>

Tableau X: Risque de développement d'un cancer de l'œsophage en fonction des consommations d'alcool et de tabac (Tuyns A.J. 1977).

<i>Alcool :</i> <i>g/l</i>	<i>Tabac: nombre de cigarettes / jour</i>		
	<i>0</i>	<i>10</i>	<i>>ou=30</i>
<i>0-40</i>	<i>1.0</i>	<i>3.9</i>	<i>7.8</i>
<i>41-80</i>	<i>7.3</i>	<i>8.6</i>	<i>33.6</i>
<i>81-120</i>	<i>11.7</i>	<i>13.1</i>	<i>87.0</i>
<i>>ou=121</i>	<i>49.7</i>	<i>78.7</i>	<i>149.1</i>

Les comorbidités sont différentes selon l'âge(49) :

- 15-39 ans : troubles anxieux et dépressifs,*
- 40-59ans : troubles cardiovasculaires, hyperlipidémie, tabagisme,*
- plus de 60ans : HTA, diabète, trouble du sommeil.*

Il ne faut pas oublier l'alcoolisme maternel qui est la cause de 1000 nouveaux cas par an, de malformations néonatales (retard de croissance, dysmorphie crâniofaciale)...

+ Retentissement familial et socioprofessionnel

L'alcool peut avoir des effets néfastes sur le caractère, d'où les conséquences sur l'entourage. En effet, il peut rendre plus irritable, agressif, avec un risque plus important de violence physique. Dans les foyer où l'on découvre des cas de maltraitance (femmes ou enfants), il est très fréquent que les personnes en cause, aient des problèmes avec l'alcool.

Les sujets alcooliques se sentent par ailleurs souvent mal aimés; ils ont un sentiment de rejet, d'abandon, qu'ils revendiquent à leur entourage. Mais contradictoirement, ils éprouvent fréquemment un désintérêt de leur entourage, les isolant encore un peu plus sur le plan affectif. Ces troubles marquent les relations familiales, entraînant conflits conjugaux, mésententes familiales, séparations, divorces.

Mais parfois on peut se demander si l'environnement même ne contribue pas à la dépendance. Le mode d'alcoolisation de l'entourage, si celui là est excessif, contribue déjà à la pérennisation des conduites alcooliques. D'autre part, l'alcool contribue à une certaine stabilité du climat familial par les modes de relation que la dépendance instaure (l'alcool « apaise » les tensions), eux même contribuant à maintenir la dépendance à l'alcool, du sujet alcoolique mais aussi du conjoint non consommateur. Ceci se voit surtout dans le cas des alcoolisations chroniques au domicile, et non des alcoolisations massives impulsives ayant lieu à l'extérieur. Par ailleurs, les pressions de l'entourage pour faire cesser la consommation d'alcool, provoquent souvent l'effet inverse de surconsommation.

Tous ces comportements ont bien entendu un retentissement important sur les enfants. En premier lieu, ces enfants ont un risque plus important d'alcoolodépendance. Mais ce sont fréquemment des enfants qui présentent des troubles psychiatriques ou somatiques : troubles des relations affectives, troubles de la personnalité (notamment anxiété), retard statur pondéral, retard psychomoteur, maltraitance...

L'alcool a aussi un retentissement professionnel non négligeable, voire économique en raison des accidents de travail. D'abord, comme au sein de la famille, les troubles du caractère jouent sur les relations avec les collègues de travail. Secondairement, le taux d'absentéisme serait plus important chez les sujets ayant des problèmes avec l'alcool.

Enfin, malgré un premier temps où l'euphorisation et la désinhibition contribuent peut être à une meilleure efficacité professionnelle, l'alcoolisation aura plutôt tendance à diminuer l'efficacité. Une réalité est le taux d'accident du travail plus important chez les patients ayant des comportements d'alcoolisation: 10.3% des accidentés ont un taux moyen d'alcool supérieur à 0,8g/l (tableau XI)(38).

Tableau XI :Alcoolisme et accidents. Proportion de patients ayant une alcoolémie supérieure ou égale à 0.8g/l par type d'accidents.

<i>Type d'accidents</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
<i>Sport</i>	<i>3%</i>	<i>2%</i>
<i>Travail</i>	<i>8%</i>	<i>1%</i>
<i>Trajet</i>	<i>16%</i>	<i>3%</i>
<i>Conduite professionnelle</i>	<i>16%</i>	<i>8%</i>
<i>Domestique</i>	<i>24%</i>	<i>11%</i>
<i>Circulation, loisirs</i>	<i>36%</i>	<i>10%</i>
<i>Rixe</i>	<i>67%</i>	<i>30%</i>

Enquête nationale sur les relations entre alcoolisation et accidents portant sur 4796 cas d'accidents admis dans 21 hôpitaux français entre 1982 et 1983, H.C.E.I.A., 1989.

(H.C.E.I.A. : Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme).

3. Lien entre la phobie sociale et l'alcool

a- épidémiologie

Il existe une relation étroite, prouvée par de nombreuses études, entre les troubles anxieux, et plus précisément la phobie sociale, et l'utilisation nocive de l'alcool. Selon les auteurs, la prévalence de la phobie sociale varie de 2.4 % à 57% chez les alcoolodépendants (tableau XII)(50)(28). Cette variation de chiffres dépendrait pour beaucoup de la définition du problème d'alcool (abus, dépendance?). Nous n'avons pas retrouvé de chiffres en ce qui concerne la prévalence de la phobie sociale chez les patients abusifs.



Figure 2 : Risques de la phobie sociale ...

Inversement, la prévalence des comportements d'alcoolisation (avec ou sans dépendance) dans une population de phobiques sociaux est notable : de 14,3 % à 43.3% selon les études (tableau XIII)(28).

Chez 16% (PERUGI et coll.)(51) à 20 % (SCHNEIR et coll., 1989)(50) des patients souffrant de phobie sociale, on retrouve un antécédent d'alcoolisme. Dans le cas particulier de l'abus d'alcool, des pourcentages entre 19 et 28% sont retrouvés chez des patients en cours de traitement pour phobie sociale(52).

Par ailleurs, on note un risque accru pour les femmes phobiques sociales en ce qui concerne la consommation d'alcool. En effet, 24% de femmes contre 11% des hommes présentent une consommation abusive, et les chiffres augmentent pour l'alcoolodépendance (respectivement 30% contre 19%).

Tableau XII: Prévalence de la phobie sociale chez les alcoolodépendants exprimée en pourcentage de patients (extrait de « Social phobia and alcoholism : a complex relationship. » LEPINE J.P., PELISSOLO A.).

<i>Etude</i>	<i>N</i>	<i>Phobie sociale(%)</i>
<i>Mullaney, Trippett, 1979</i>	<i>102</i>	<i>23.5</i>
<i>Bowen, 1984</i>	<i>48</i>	<i>8.3</i>
<i>Stocwell, 1984</i>	<i>42</i>	<i>57</i>
<i>Smail, 1984</i>	<i>60</i>	<i>39</i>
<i>Weiss, Rosenberg, 1985</i>	<i>84</i>	<i>2.4</i>
<i>Stravynski, 1986</i>	<i>173</i>	<i>7.5</i>
<i>Chambless, 1987</i>	<i>75</i>	<i>18.7</i>
<i>Ross, 1988</i>	<i>501</i>	<i>12</i>
<i>Servant, 1990</i>	<i>152</i>	<i>15.1</i>
<i>Thevos, 1991</i>	<i>33</i>	<i>15</i>
<i>Lyliard, 1992</i>	<i>49</i>	<i>24.4</i>
<i>Marra, 1995</i>	<i>44</i>	<i>40.9</i>
<i>Clark, 1995</i>	<i>43</i>	<i>20.9</i>
<i>Driessen, 1996</i>	<i>100</i>	<i>10.0</i>
<i>Chignon, 1997</i>	<i>507</i>	<i>20.1</i>

Tableau XIII: Prévalence des comportements d'alcoolisation (abus ou dépendance) chez des patients phobiques sociaux (extrait de « Social phobia and alcoholism : a complex relationship » LEPINE J.P., PELISSOLO A.) .

<i>Etude</i>	<i>N</i>	<i>Abus ou dépendance(%)</i>
<i>Amies, 1983</i>	87	20
<i>Thyer et Curtis, 1986</i>	42	36,4
<i>Perugi et Savino, 1990</i>	25	20
<i>Cardot, 1991</i>	35	14,3
<i>Van Amerigen, 1991</i>	57	28,1
<i>Otto, 1992</i>	30	43,3
<i>Weiller, 1996</i>	74	23,6

b- effet de l'alcool sur l'anxiété

Il est connu que l'alcool a un effet anxiolytique et antidépresseur et la recherche de cet effet commence tôt dans la vie. Les situations classiques anxiogènes chez les jeunes, comme l'intégration dans un groupe, l'abord d'une personne de sexe opposé notamment en soirée, favorisent ce recours à l'alcool(45). Une étude chez les jeunes de 15-16 ans a montré que 18.6% des filles et 17.7% des garçons utilisent l'alcool ou d'autres drogues pour se détendre(53).

Mais alors que la prise aiguë d'alcool a une action apaisante, les prises répétées majorent l'anxiété. En effet, l'action de l'alcool s'inverse quand la dépendance s'installe : l'alcool devient anxiogène et dépressogène. On note aussi une corrélation positive entre le niveau d'anxiété et la gravité des conduites d'alcoolisation. Et réciproquement, la poursuite de l'alcoolisation aggraverait la sévérité des troubles anxieux, et notamment, la phobie sociale(54)(52).

c- facteurs familiaux et environnementaux

Le risque d'alcoolisme est plus important dans les familles de sujets anxieux, et nettement plus marqué, si ces sujets sont à la fois anxieux et alcoolodépendants. A noter, les troubles anxieux les plus souvent relevés sont l'agoraphobie et la phobie sociale. Mais l'environnement social et professionnel, parfois particulièrement oppressant, peut aussi favoriser une utilisation nocive de l'alcool(54).

d- précession des troubles

Le lien complexe entre l'alcool et les troubles anxieux fait discuter de la précession des troubles.

En effet, si l'alcool est anxiolytique, elle induirait plus fréquemment des troubles anxieux (surtout anxiété généralisée et troubles paniques). L'anxiété serait en plus entretenue par les difficultés socioprofessionnelles et familiales. L'existence du trouble psychique de base ne pourrait donc être prouvée, seulement si le trouble persiste après sevrage.

En 1994, SCUCKIT a montré que l'anxiété était induite par l'alcoolisme dans 90% des cas et BROWN et coll. en 1991, retrouvent que seulement 10% des patients présentent un trouble anxieux primaire semblant persister après sevrage (50).

Cependant, en ce qui concerne la phobie sociale, les études sont en faveur de son caractère primaire. Dans 75% des cas, VAN AMERIGEN et coll. confirment son antériorité et jusqu'à 82% selon MULLANEY et TRIPPETT(1979)(28). Non seulement, SCHNEIER et coll. ont montré que la phobie sociale était plus sévère quand elle était associée à l'alcool, mais aussi, que dans 15 cas sur 16, elle avait précédé l'alcoolisme(50).

e- nécessité d'un dépistage précoce de la phobie sociale

L'automédication par l'alcool est établie en ce qui concerne la phobie sociale et celui-ci, favorise l'aggravation des troubles. Mais l'association pourrait aussi péjorer le pronostic de la dépendance en augmentant la fréquence des rechutes et les complications somatiques(50).

Il faut noter aussi que les troubles phobiques sont précoces et entraînent donc des sujets jeunes (et particulièrement parmi la population féminine) dans des conduites d'alcoolisation pathologiques, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge globale.

II- APPROCHE THERAPEUTIQUE

1- Traitement de la phobie sociale

De la même manière que l'attention sur le diagnostic de phobie sociale est récente, les études sur la prise en charge thérapeutique ne sont développées que depuis une quinzaine d'années.

a- traitements pharmacologiques

+ Les bêtabloquants

Les bêtabloquants n'ont pas d'efficacité significative sur la phobie sociale. En effet, ils traitent essentiellement certains symptômes dus à l'anxiété : la tachycardie, les tremblements,...

Ils ont donc leur indication plutôt dans l'anxiété de performance, le trac, donc éventuellement, chez des phobiques sociaux focalisés : une à deux heures avant la situation anxiogène, le patient prend un bêtabloquant qui permet de diminuer le stress.

A noter, le recours à ce type de molécule diminuerait progressivement avec le temps comme si les patients apprenaient à faire face aux situations, en s'exposant plus régulièrement, sans les craindre(7).

Leurs effets secondaires et interactions en limitent l'utilisation.

On a remarqué aussi que les bêtabloquants sont beaucoup plus utilisés par les pays anglo-saxons, voire même en auto-médication. En France, seul l'AVLOCARDYL à l'A.M.M.(7).

+ Les anxiolytiques

Les molécules les plus utilisées sont les benzodiazépines. Elles sont efficaces sur les symptômes anxieux mais l'effet est de courte durée(55), car n'agissant pas sur le problème de fond, notamment, elles ont peu d'influence sur le comportement relationnel(7). On constate ainsi souvent un effet rebond à l'arrêt du traitement.

De plus, elles peuvent induire une dépendance, qui ne fait que déplacer le problème pour des patients qui sont déjà fréquemment dépendants d'un toxique.

+ Les antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs, par leur action spécifique sur la phobie et pas seulement pour leur activité « antidépressive » (ils peuvent être prescrits à un phobique non dépressif), est rapidement reconnue(56). Seule une classe a été montrée inopérante : les tricycliques.

Les I.M.A.O. (inhibiteurs de la monoamine oxydase) prouvent leur efficacité dans la phobie sociale. Les premières études, au début des années 90, établiront un réel gain notamment par rapport aux bêtabloquants : une étude comparative montrera que 64% de sujets sont répondeurs à la phénelzine contre 28% avec l'aténolol(57). Par la suite, de nouveaux I.M.A.O., les I.M.A.O. sélectifs A, seront préférés car mieux tolérés.

Cependant, une nouvelle génération d'antidépresseurs va faire sa place dans le traitement de la phobie sociale : les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Mieux tolérés, avec moins d'effets secondaires, ils sont reconnus par de nombreuses études comme plus efficaces(58)(59)(60). Avec la fluoxétine, VAN AMERIGEN et coll. montre une amélioration importante des symptômes chez 76.9% des sujets à des doses allant de 20 à 60mg/j(61).

Le traitement antidépresseur devra être maintenu au minimum 3 à 6 mois mais il existe un risque de rechute à l'arrêt.

b- traitements psychothérapeutiques

Les psychothérapies concernant la phobie sociale consistent à apprendre au patient le maniement d'outils qui lui permettront de se relaxer, d'affronter et s'affirmer lors des situations anxiogènes, outils qu'il continuera à utiliser seul après l'arrêt de la psychothérapie.

*Les techniques utilisées, dites **thérapies cognitivo-comportementales**, comportent d'une part des techniques de relaxation, d'exposition et de désensibilisation, et d'autre part, des techniques plus récentes qui sont, l'entraînement aux compétences sociales et la restructuration cognitive.*

+ La relaxation

Il existe plusieurs techniques de relaxation. Elles sont basées sur la perception de « l'activité tonique » de son corps. Certaines vont jusqu'à une certaine « auto-hypnose », c'est-à-dire que le thérapeute suggère l'écoute de son corps jusqu'à se couper du monde extérieur. Commence alors un travail sur la détente musculaire, une respiration calme, ample, régulière, et sur une capacité de concentration accrue (la somatothérapie, la sophrologie sont des techniques de relaxation basée sur l'écoute de son corps). L'objectif premier de la relaxation est le contrôle de ses réactions neurovégétatives et la maîtrise de ses émotions lors des situations angoissantes.

+ L'exposition

La technique d'exposition consiste en une confrontation prolongée et répétée (ces deux derniers qualificatifs étant essentiels) à une situation phobogène afin de diminuer les réponses physiologiques anxieuses.

L'exposition est progressive avec des confrontations à des situations où l'anxiété ressentie va croissante. Elle peut se pratiquer individuellement ou en thérapie de groupe. Cette technique nécessite un certain nombre de règles (tableau XIV).

L'exposition fait référence en matière de psychothérapie de la phobie sociale et l'on admet qu'elle est indispensable pour obtenir une guérison(62).

Tableau XIV :Les principales étapes des techniques d'exposition
(extrait de « La Peur des Autres » ANDRE C.)(7).

<i>Percevoir les difficultés en termes de situations-problèmes</i>	<i>« Dans quelles situations m'arrive-t-il de ressentir de l'anxiété sociale ? »</i>
<i>Etablir une liste de ces situations</i>	<i>« Quelles sont ces situations ? »</i>
<i>Hiérarchiser les situations, de la plus facile à la plus difficile</i>	<i>« Quelles sont, pour commencer, les moins angoissantes ? Quelles sont, ensuite, celles que j'ai le plus tendance à éviter ? »</i>
<i>Préparer la confrontation avec les situations</i>	<i>« Que dois-je accepter pour affronter ces situations ? »</i>
<i>Planifier l'affrontement</i>	<i>« Dans quel ordre et à quels moments vais-je les affronter ? »</i>
<i>Exposition</i>	<i>« Je me jette à l'eau. »</i>
<i>Evaluation des résultats</i>	<i>« qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui est à revoir ? »</i>
<i>Généralisation</i>	<i>« Après plusieurs succès, j'aborde des situations auxquelles je ne me suis pas préparé. »</i>

+ La désensibilisation

De la même manière que l'exposition, cette méthode repose sur la confrontation progressive aux situations à problème. La confrontation peut être réelle ou en imagination, c'est-à-dire, seulement représentée mentalement et décrite verbalement. La différence avec l'exposition est l'apprentissage de la relaxation avant la désensibilisation (afin d'augmenter la maîtrise des situations).

+ L'entraînement aux compétences sociales

L'entraînement aux compétences sociales est un apprentissage de comportements plus adaptés aux situations sociales. En effet, les phobiques sociaux présentent ou pensent présenter des déficits dans certains domaines de communication : regarder ses interlocuteurs dans les yeux, exprimer ses émotions, affirmer ses positions... Ce déficit est plus couramment appelé un déficit en affirmation de soi ou déficit assertif.

***L'affirmation de soi** est la capacité à exprimer ses sentiments, défendre ses droits, avec sincérité et sans anxiété exagérée. L'émotion a alors un rôle central dans les réponses assertives. C'est pourquoi, les techniques dites d'affirmation de soi reposent sur le réapprentissage de la maîtrise de ses émotions afin de retrouver un autocontrôle(63). Deux pôles se distinguent dans l'affirmation de soi :*

- un pôle oppositionnel : apprendre à s'opposer aux autres pour faire respecter ses droits,
- un pôle expressif : développer les capacités d'expression de sentiments personnels positifs ou négatifs.

La thérapie consiste alors en des jeux de rôle comportementaux, individuels ou en groupe, le groupe ayant en plus un effet antidépresseur. A la suite de ces exercices, le thérapeute conseille le patient qui réexécute la mise en situation en essayant de corriger son comportement(64).

+ La restructuration cognitive

L'anxiété sociale affecte la perception des évènements que le phobique est en train de vivre. Cela est dû à un dysfonctionnement cognitif. En effet, le sujet a tendance à se focaliser sur lui-même et surévaluer le jugement négatif des autres : « j'ai l'air d'un imbécile », « ils vont voir que je tremble », « ils vont penser que je ne suis pas intéressant », « on ne me réinvitera plus »,...

La restructuration cognitive consiste dans un premier temps, à entraîner le sujet à reconnaître et relever ses pensées automatiques, ses « cognitions ». Par la suite, le thérapeute discute avec le phobique de ses cognitions en essayant de lui mettre en évidence ses erreurs interprétatives et en l'aidant à imaginer d'autres alternatives.

Cette thérapie consiste aussi à assouplir les croyances du phobique social telle que la nécessité d'une performance sociale parfaite, le « self-control émotionnel absolu » en situation sociale(65)...

+ Stratégies thérapeutiques

Il semble que les études, déjà un peu anciennes, prouvent difficilement la supériorité de l'une ou l'autre des méthodes. L'association des techniques serait même une bonne stratégie, d'autant plus efficace si elles sont réalisées en groupe.

De manière générale, la technique d'exposition est la plus recommandée et la restructuration cognitive, une adjonction thérapeutique utile. L'entraînement aux compétences sociales reste à réserver aux phobiques présentant un déficit assertif (mais si l'inhibition est importante, après relaxation et un entraînement par exposition simple)(65).

Le tableau XV reprend les principales revues et méta-analyses dans la phobie sociale(65).

Tableau XV : principales revues et méta-analyse dans le traitement psychothérapique de la phobie sociale.

<i>Auteurs</i>	<i>Nombre d'études abordées</i>	<i>Conclusions</i>
<i>Taylor, 1996 (66)</i>	<i>Méta-analyse sur 42 études</i>	<i>L'ensemble des interventions thérapeutiques s'avèrent efficaces, et supérieures à une liste d'attente. Mais seule l'association exposition-thérapie cognitive est significativement plus efficace que le placebo. Les bénéfices thérapeutiques tendent globalement à s'accroître durant les périodes de suivi.</i>
<i>Juster, Heimberg et Holt, 1996 (67)</i>	<i>Revue sur 27 études</i>	<p><i>1)Les thérapeutiques basées sur l'exposition reposent sur des données plus solides.</i></p> <p><i>2)La prise en compte de la dimension cognitive représente pour ces auteurs un gain démontré, principalement sous la forme d'une thérapie combinée, comme la CBGT (Cognitive-Behavior Group Therapy) de Heimberg.</i></p> <p><i>3)L'entraînement aux compétences sociales ne peut aujourd'hui être considéré comme un traitement d'efficacité démontrée.</i></p>
<i>Turner, Cooley et Beidel, 1996 (68)</i>	<i>Revue sur 18 études</i>	<p><i>1)L'ensemble des stratégies cognitives et comportementales doit être considéré comme efficace, et supérieur au placebo, mais les différences entre les techniques existantes sont minimes.</i></p> <p><i>2)L'exposition paraît cependant être le composant virtuellement commun à toutes ces approches.</i></p> <p><i>3)Malgré ces impressions encourageantes, beaucoup de patients ont recours durant les périodes de suivi à des traitement additionnels.</i></p> <p><i>Les besoins en matière d'accompagnement thérapeutique des patients phobiques sociaux pourraient être plus importants que ceux d'autres patients phobiques.</i></p>
<i>Feske et Chambless, 1995 (69)</i>	<i>Méta-analyse sur 21 études</i>	<i>L'adjonction d'éléments cognitifs n'apporte aucun gain aux stratégies d'exposition, après thérapie ou suivi. Dans les 6 études analysées où les deux approches avaient été directement comparées, il n'y avait pas de différence quant aux modifications cognitives obtenues.</i>

c- Association nécessaire des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques

Les psychotropes permettent de débloquent une situation par leur action rapide, mais ils ne sont pas suffisants pour traiter dans la durée les phobiques sociaux.

« La pilule contre la peur des autres n'est pas encore inventée, si elle doit l'être un jour »

ANDRE C. (La peur des autres).

C'est pourquoi, il faut associer aux thérapeutiques pharmacologiques, une psychothérapie(70). Cette dernière repose sur les thérapies cognitivo-comportementales qui ne jouent pas seulement sur l'anxiété mais permettent aussi de développer des compétences sociales et l'affirmation de soi.

2. Prise en charge des comportements d'alcoolisation pathologiques

a- traitements pharmacologiques

Les médicaments sont une aide à la prise en charge des patients alcoolodépendants et en mésusage mais ils doivent s'inscrire dans une prise en charge globale. Le médicament est alors un médiateur non négligeable entre thérapeute et patient(40).

+Traitements du sevrage et de fond de l'alcoolodépendance

▫Médicaments spécifiques

~ disulfiran (ESPERAL) : médicament à effet antabuse, connu depuis les années cinquante, c'est-à-dire, provoquant une réaction aversive vis-à-vis de l'alcool (flush facial, céphalées, sueurs, nausées, tachycardie...). Il permet de renforcer le désir*

d'abstinence. Le disulfiran doit être utilisé uniquement chez les patients « demandeurs » et sevrés en raison des effets néfastes voire potentiellement dangereux même avec une dose minimale d'alcool.

~acamprosate (AOTAL): ce médicament permettrait le maintien de l'abstinence chez les alcoolodépendants. Sa mise sur le marché date de 1987. Les premières études ont été réalisées en 1990 par LHUINTRE et al., en 1990, et en France, par PAILLE et al., en 1995(38) : elles ont montré une diminution du comportement d'alcoolisation sur le long terme.*

~naltrexone (REVIA) : cette molécule de découverte plus récente a été mise sur le marché en 1997. Elle est considérée comme un traitement de soutien dans le maintien de l'abstinence chez les patients alcoolodépendants. Ce médicament ne peut pas être utilisé avec un traitement opiacé ou substitutif.*

▣Médicaments non spécifiques

Les médicaments cités dans ce paragraphe sont seulement ceux utiles au sevrage et au maintien de l'abstinence. Les traitements des pathologies liées à l'alcool ne seront pas évoqués.

~les anxiolytiques : ils sont une aide importante au moment du sevrage pour diminuer l'angoisse mais aussi pour leurs effets antiépileptiques. Les doses souvent un peu fortes au début doivent être diminuées rapidement. Il existe un risque de dépendance au traitement au long court mais il est tolérable compte tenu du risque de réalcoolisation. Les benzodiazépines telles que le VALIUM ou le SERESTA* sont le plus souvent utilisées. La conférence de consensus (Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 17 mars 1999. Paris) privilégie le VALIUM en raison de sa demi-vie longue qui prévient mieux des crises comitiales. La buspirone (BUSPAR*), anxiolytique agoniste de la sérotonine, est aussi connue en alcoologie dans le traitement au long court car elle diminuerait l'envie d'alcool.*

~les neuroleptiques sédatifs :ils peuvent être utilisés dans les phases d'agitation, voire d'agressivité, provoquées par le sevrage, tel que le TERCIAN ou le TIAPRIDAL.*

~les antidépresseurs : les plus prometteurs seraient les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, non pas pour leur effet antidépresseur uniquement, mais parce qu'en plus, ils diminueraient l'envie irrépressible de l'alcool(38). A noter que ce traitement est commun à celui de la phobie sociale, et qu'une étude (concernant la paroxétine) en a prouvé l'efficacité quand les deux pathologies sont comorbides(71).

~le lithium : a été utilisé « en son temps » mais les études n'ont pas permis de retenir l'alcoolodépendance comme indication(40)(38).

+ Traitements des carences

Ils sont représentés quasiment essentiellement par les vitamines et quelques minéraux .

▫Les vitamines : il était important de les citer car fréquemment prescrites, mais aussi de souligner les règles de prescription (tableau XVI)(40). A noter, une précision au sujet de la vitamine B6 : elle participe également au traitement préventif de la crise d'épilepsie.

Tableau XVI : Indications et contre-indications des vitamines
 (extrait de « Le malade alcoolique » KIRITZE-TOPOR P., BENARD J .Y.).

Vitamine B1(thiamine) . Dans l'urgence et uniquement en milieu spécialisé :coma éthylique (au moins 500mg/24h), encéphalopathie de Gayet-Wernicke (200mg en IM ou IV toutes les 6heures)

Avitaminoses prouvées cliniquement : fréquemment associée à la vitamine B6 et prescrite au début du sevrage (500mg/j per os pendant 3 semaines)

Vitamine B6(toujours associée à la vitamine B1) :attention au risque d'excès responsable de polynévrites

Vitamine B3 (nicotinamide ou vitamine PP) :à la dose de 500mg/j, et associé aux vitamines B1 et B6, elle permet l'action de tous les cofacteurs de ces vitamines

Vitamine B12 : il n'est plus de mise de la prescrire en alcoologie et per os

Vitamine C : essentiellement réservée actuellement aux associations vitaminées intraveineuses utilisées dans certains centres (vertus détoxiquantes antioxydantes)

Vitamine D : pas d'indication sauf dans l'ostéoporose confirmée

Vitamine E : outre son indication pour ses vertus détoxiquantes, elle pourrait aussi compenser certains effets toxiques de l'alcool, en particulier dans le domaine sexuel

☞ le magnésium :intérêt dans le sevrage pour prévenir des hypomagnésémies (il aurait aussi une action de prévention du Delirium Tremens). C'est aussi un cofacteur du potassium, lui-même nécessaire pendant le sevrage.

b- les traitements à l'étude

Plusieurs thérapeutiques sont en cours d'évaluation et pourraient permettre d'améliorer la prise en charge de l'alcoolodépendant(50). Citons :

- *l'oxyde nitrique (N.O.), les acides aminés excitateurs : ils diminueraient les symptômes du sevrage,*
- *les inhibiteurs calciques et les antagonistes des récepteurs V.M.D.A. : ils atténueraient les symptômes de sevrage et auraient une action de protection cellulaire,*
- *les anti-radicalaires : au cours des alcoolisations chroniques, des radicaux libres seraient produits en excès, et seraient mis en cause dans les alcoolopathies; les anti-oxydants pourraient donc être une solution pour les neutraliser.*

c- les psychothérapies

Plusieurs outils peuvent être proposés au patient, soit séparément, soit en association, en fonction de chaque cas particulier.

+ Attitudes psychothérapeutiques de soutien

On différencie deux attitudes psychothérapeutiques de soutien :

- le soutien psychothérapeutique : il peut être mené par tout thérapeute (médecin alcoologue, médecin généraliste, psychiatre, psychologue), par le personnel soignant des services hospitaliers, par les réseaux d'aide ou même l'entourage. Il apporte un soutien lors des périodes de désespoir, mais il représente aussi un encouragement essentiel au patient pour le maintien de l'abstinence.

- la psychothérapie de soutien : c'est une thérapie plus formelle apportée par les psychiatres L'objectif est de lui faire prendre conscience des risques de cette pathologie, et des bénéfices de l'abstinence.

+ Psychothérapie analytique

La pathologie alcoolique n'est pas une indication classique de la psychothérapie analytique. Elle nécessite un travail sur le comportement d'alcoolisation en premier lieu, et seulement, quand l'état de sevrage est stable, un travail sur les causes de l'alcoolisation. Ce type de psychothérapie est plutôt à réserver aux sujets dont l'alcoolisation est secondaire à un trouble névrotique ou de la personnalité(38).

+ Psychothérapie cognitivo-comportementale

Le patient alcoolodépendant ou en mésusage est fréquemment quelqu'un d'anxieux, résistant mal aux frustrations et présentant un déficit des compétences sociales. La psychothérapie cognitivo-comportementale a donc pour but de lutter contre l'anxiété sociale (point commun avec le traitement de la phobie sociale), afin d'acquiescer l'extinction du comportement pathologique d'alcoolisation.

Elle utilise différents outils : la relaxation, la sensibilisation interne, les thérapies conjugales et familiales, le développement des compétences sociales et l'affirmation de soi(63). Ces outils aideront à développer le « contrôle de soi », c'est-à-dire, les capacités à résister aux pressions d'un milieu social qui pousse à la boisson, mais aussi, à lutter contre l'image de « virilité » ou « bienfaitrice » de l'alcool.

Le but en définitif est d'obtenir soit une abstinence totale et définitive, soit la « boisson contrôlée »(63). La première résolution est essentielle pour les patients ayant des troubles psychiques importants, la seconde étant à réserver aux « buveurs excessifs sociaux ».

Cependant, les psychothérapies cognitivo-comportementales sont peu pratiquées en France. Pourtant, elles ont fait preuve de leur efficacité aux U.S.A. et dans d'autres pays Européens, et les études françaises à leur sujet se multiplient. Ceci est dû d'une part au manque de possibilités de formation et au remboursement imparfait des séances(72), et d'autre part, à la culture analytique relativement ancrée dans la pratique française.

+ Psychothérapie de groupe

Elle peut être informelle ou fondée sur différents principes tels que la psychanalyse, le psychodrame, les thérapies comportementales. Le travail en groupe permet l'atténuation des attitudes de déni et une acceptation de l'état de malade, un meilleur contrôle des réactions impulsives, une augmentation des capacités relationnelles...

Elle s'inscrit souvent dans le programme de soins des centres, mais aussi dans le suivi extérieur (notamment avec les associations d'aide aux anciens buveurs).

+ Psychothérapies systémiques

Cette thérapie concerne la psychothérapie familiale et conjugale. La prise en charge de l'entourage est en effet, essentielle. Elle permet, à la fois, d'aider l'entourage à comprendre le patient, de corriger leurs attitudes pérennisant la prise d'alcool, mais également, de faire face aux « crises ». L'apport de ces thérapies est bénéfique, mais là aussi, elles sont peu utilisées en France.

d- le sevrage

Il est défini classiquement comme une rupture physique et/ou physiologique avec la substance (en l'occurrence l'alcool) qu'elle soit volontaire (sevrage thérapeutique ou « cure ») ou involontaire (hospitalisation pour un problème médical autre, par exemple).

Le but est de faire prendre conscience au patient alcoolodépendant de sa dépendance et de l'accepter, mais aussi, pour le buveur excessif, de lui faire réaliser la relation entre ses problèmes et ses conduites d'alcoolisation. Le sevrage est également un moyen pour le thérapeute d'affirmer le diagnostic de dépendance.

Il ne peut se faire qu'avec l'accord du patient et jamais dans l'urgence. Il nécessite une préparation (« pré-sevrage ») correspondant à une phase de discussion avec le patient :

explication des modalités du sevrage, intérêts, suivis possibles, et surtout, responsabilisation du patient du choix du sevrage...

Des complications mineures s'associent fréquemment au sevrage : trémulations, sueurs, tachycardie, angoisse, douleurs musculaires,... d'où, la prescription d'anxiolytiques. Mais des complications plus sévères sont à redouter (d'où la prudence nécessaire pour les prises en charge à domicile) : crises convulsives, delirium tremens (délire brutal associé à une importante hyperthermie pendant plusieurs jours, avec déshydratation, agitation, trémulations voire, convulsions).

Il n'existe pas de contre-indications absolues mais plutôt des « non-indications » selon les recommandations de la conférence de consensus de 1999(tableau XVII)(40)

Tableau XVII : Les non-indications du sevrage

(extrait de « Le malade alcoolique » KIRITZE-TOPOR P., BENARD J .Y.).

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Des non-indications au sevrage immédiat sont à respecter :

- en cas d'absence totale de demande et de motivation du sujet ;*
- en cas de situations de crises (affective, sociale, professionnelle) révélées par un demandeur de l'entourage ou par le patient, sans évaluation correcte des avantages et inconvénients des conduites d'alcoolisation et de l'abstinence ;*
- en cas d'absence de projet thérapeutique (évaluation, objectif, programme) et de projet social.*

Cela n'empêche pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective de sevrage ultérieur.

Si la préparation du sevrage est importante, l'accompagnement du retour du « sevré » est essentiel. Un suivi de longue durée doit se mettre en place dès le sevrage afin de consolider la position de non-consommateur du patient.

Avant un retour définitif dans son environnement habituel, il est parfois nécessaire d'avoir recours à une prise en charge en milieu « protégé » que sont les centres de post-cure. Ces post-cures peuvent durer de 1 à 6 mois et ont pour but une aide à la réadaptation des patients.

Après son retour à domicile, différents intervenants peuvent participer au suivi pour le soutien psychologique mais aussi la réinsertion socioprofessionnelle :

- le médecin traitant, le médecin alcoologue, le psychiatre, le psychologue,...*
- les centres de cure ambulatoire en alcoologie locaux (C.C.A.A anciennement appelés centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie ou C.H.A.A.)*
- les centre médico-psychiatriques (C.M.P.), ateliers protégés,*
- le médecin du travail ,*
- l'assistante sociale, les éducateurs spécialisés,*
- les associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool (A.A.P.P.A.) telles que les Alcooliques Anonymes, la Croix d'Or, Vie Libre... Ces mouvements d'anciens buveurs permettent souvent de faire accepter par le patient son identité d'alcoolique et d'accepter son problème...*
- et surtout, l'entourage, aide précieuse qu'il faut aussi préparer au retour du « sevré », voire à qui ont propose aussi un suivi (thérapie conjugale ou familiale, A.A.P.P.A.).*

Le plus important reste d'adapter sa stratégie de prise en charge en fonction de chaque individu et chaque situation.

e- cas particuliers

+ L'intoxication éthylique aiguë

C'est parfois l'occasion de la première rencontre avec un patient ayant un comportement d'alcoolisation pathologique, d'où, ne jamais banaliser cette situation. Le traitement consiste principalement à protéger le sujet de lui-même et surveiller le moindre signe de complications (état d'agitation, hypothermie, hypoglycémie, crise comitiale, coma,...). On ne proposera pas systématiquement un sevrage. Le patient sera réévalué ultérieurement (quelques heures plus tard ou le lendemain) sur le plan global. Une prise en charge sera

proposée et adaptée aux besoins et à la demande du sujet. Ceci ira de la sensibilisation à la proposition de traitement spécialisé.

+ Les polyconsommations ou polytoxicomanies

Il a été vu dans le chapitre précédent que la consommation d'alcool pouvait être associée à des consommations de substances psychoactives. Ces dernières entraînant fréquemment une dépendance, il est nécessaire de prendre en charge celle-ci également. L'attitude thérapeutique sera différente en fonction de la substance(40).

- Pour l'association qui est la plus fréquente, c'est-à-dire tabac-alcool, le sevrage simultané doit être proposé de manière systématique.*
- Dans le cas des benzodiazépines, elles seront utilisées à but thérapeutique mais diminuées plus progressivement que dans le sevrage alcoolique seul. Il faut connaître le risque de maintien à long terme d'une petite dose de ces anxiolytiques, qui permet souvent d'éviter les « crises » et la reprise d'alcoolisation.*
- Pour l'héroïne et les opiacés plus généralement, le sevrage sera brutal et associé à celui de l'alcool. L'utilisation d'un produit de substitution (SUBUTEX* ou METHADONE*) sera proposée en fonction de chaque cas et selon des critères définis.*
- Pour le cannabis, le sevrage sera souvent différé en raison du risque de « syndrome amotivationnel » lié à l'arrêt de la substance. Celui-ci pourrait faire échouer le sevrage alcoolique. Mais chaque consultation sera l'occasion de demander « où il en est » et de rappeler les risques liés à son utilisation.*
- Enfin, pour la cocaïne, la prise en charge n'est pas spécifique, et nécessite un recours au travail psychothérapeutique sur le comportement de dépendance.*

III- ENQUETE

1. Objectifs

L'alcoolisation est donc un problème rencontré actuellement fréquemment, et notamment chez les jeunes. Il semble important d'en connaître les facteurs favorisants afin de mieux prendre en charge ces patients. La perspective de traiter les facteurs de vulnérabilité avant l'entrée dans un engrenage dont il est difficile de sortir, est forcément attrayante.

Un certain nombre de troubles psychiatriques font partie de ces facteurs favorisants. Cette étude a donc pour but d'essayer de dépister un de ces troubles relativement sous-estimé: la phobie sociale.

En effet, il semble que cette pathologie soit souvent rencontrée chez les patients alcoolodépendants ou abusant de l'alcool (voir le chapitre précédant : lien entre phobie sociale et alcool). Savoir la dépister tôt pourrait permettre d'améliorer la prise en charge thérapeutique, voire éviter les problèmes d'alcoolisation qu'elle peut entraîner. D'où, la proposition d'un hétéro-questionnaire cherchant à dépister la phobie sociale chez des patients ayant un problème d'alcool.

2. Méthodologie

a- Présentation de l'enquête

L'enquête est représentée par un questionnaire proposé à des patients en difficulté avec l'alcool. C'est un hétéro-questionnaire qui se déroule sous forme de mini-entretien, d'où la possibilité d'élargir les questions.

Le questionnaire se compose de deux parties :

- la première correspond à des demandes d'informations générales d'une part sur la situation socioprofessionnelle et familiale du patient, et d'autre part sur sa consommation et son suivi alcoolique (on utilise une partie du questionnaire d'entrée dans le service de Médecine E (alcoologie) du C.H.U. d'Angers)(annexe XIV) ;

- la seconde regroupe trois éléments permettant le dépistage et l'évaluation de la phobie sociale :

- dépistage de la phobie sociale par quatre questions reposant sur les critères diagnostiques du D.S.M.IV (le M.I.N.I.)(annexe I),

- évaluation de la gravité de l'anxiété et de l'évitement par l'échelle d'Anxiété Sociale de LIEBOWITZ (Liebowitz Social Anxiety Scale ou L.S.A.S.)(annexe XI),

- évaluation du retentissement sur la vie socioprofessionnelle et familiale par l'échelle de SHEEHAN (Sheehan Disability Scale ou S.D.S.)(annexe XII).

b- Patients cibles

Le questionnaire a été proposé à des patients âgés de 15 à 35 ans, ayant une consommation à problème (consommateurs abusifs ou alcoolodépendants). Ces patients étaient soit hospitalisés dans un service d'alcoologie ou un service d'urgences, soit adressés ou suivis en consultation d'alcoologie.

La raison du choix de l'âge était d'une part de pouvoir mettre en évidence la précocité des symptômes de phobie sociale, et d'autre part que l'état avancé d'alcoolisation chronique et les troubles neuro-psychiatriques qui en découlent, ne perturbent pas le diagnostic de phobie sociale.

c- Localisation de l'enquête

L'étude a été réalisée dans deux centres hospitaliers :

- dans l'Unité d'Addictologie de Médecine E et le service d'Admission et d'Urgences du C.H.U. d'Angers,

- dans le service d'alcoologie du C.H. de Cholet.

Le remplissage des questionnaires au cours des entretiens a été effectuée par le Dr Corinne DANO, médecin alcoologue, à Angers, et par le Dr Catherine FARGES, médecin alcoologue, à Cholet.

d- Choix du questionnaire

L'explication du choix du questionnaire nécessite de revenir sur la description des outils d'évaluation présentés dans le paragraphe I-c. Nous disposons donc d'un certain nombre d'échelles diagnostiques et d'évaluation validées dans le domaine de la phobie sociale. Nous avons orienté notre choix vers le M.I.N.I., l'échelle de LIEBOWITZ et celle de SHEEHAN en raison de leurs validités démontrées par différentes études. De plus, elles ont chacune des caractéristiques intéressantes :

- le M.I.N.I. est un test diagnostique rapide de réalisation possible en consultation,*
- l'échelle de LIEBOWITZ évalue deux facteurs importants de la phobie sociale, qui sont l'anxiété et l'évitement,*
- et enfin l'échelle de SHEEHAN est aussi une échelle brève montrant de manière simple le retentissement de la maladie, point très important puisque c'est la principale motivation d'une prise en charge thérapeutique.*

3. Résultats

a- Données générales

Les résultats ont été saisis et analysés à l'aide du logiciel EPI INFO. Nous avons donc collecté, sur une période d'un an et demi environ, 203 questionnaires. Le sexe ratio est de 5 hommes pour une femme, soit 169 hommes et 34 femmes. On constate donc une nette prédominance masculine dans la cohorte étudiée.

La répartition par âge retrouve une majorité de patients au-dessus de 25 ans avec seulement 9% de patients au dessous de cet âge (figure3). L'âge moyen est de 28,2 ans, le plus jeune ayant 16 ans et le plus âgé, 35 ans.

La répartition par classe d'âge selon le sexe montre que plus l'âge augmente et plus la proportion de femmes diminue (cf. figure4).

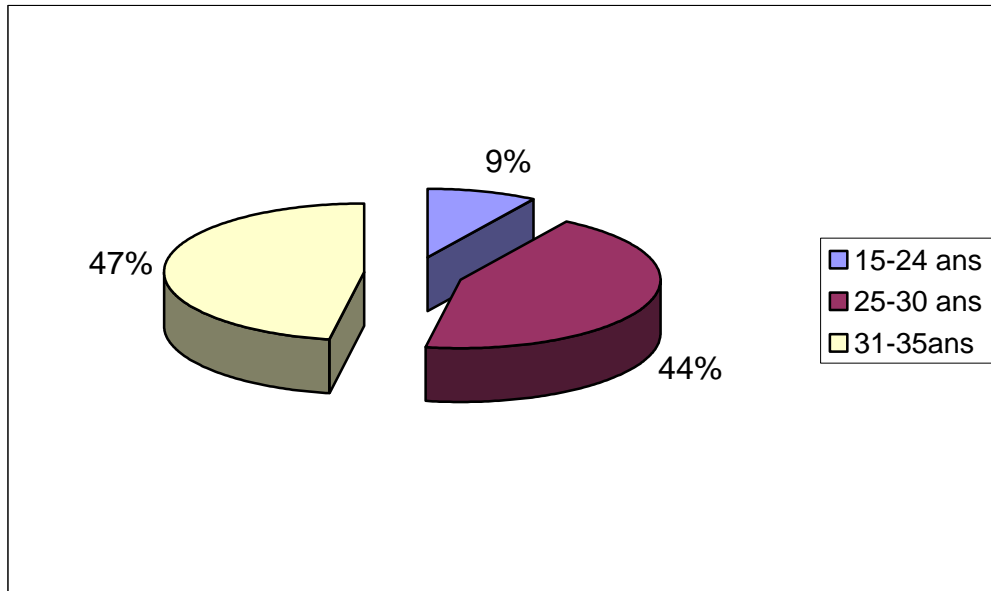


Figure 3 : répartition en fonction de l'âge.

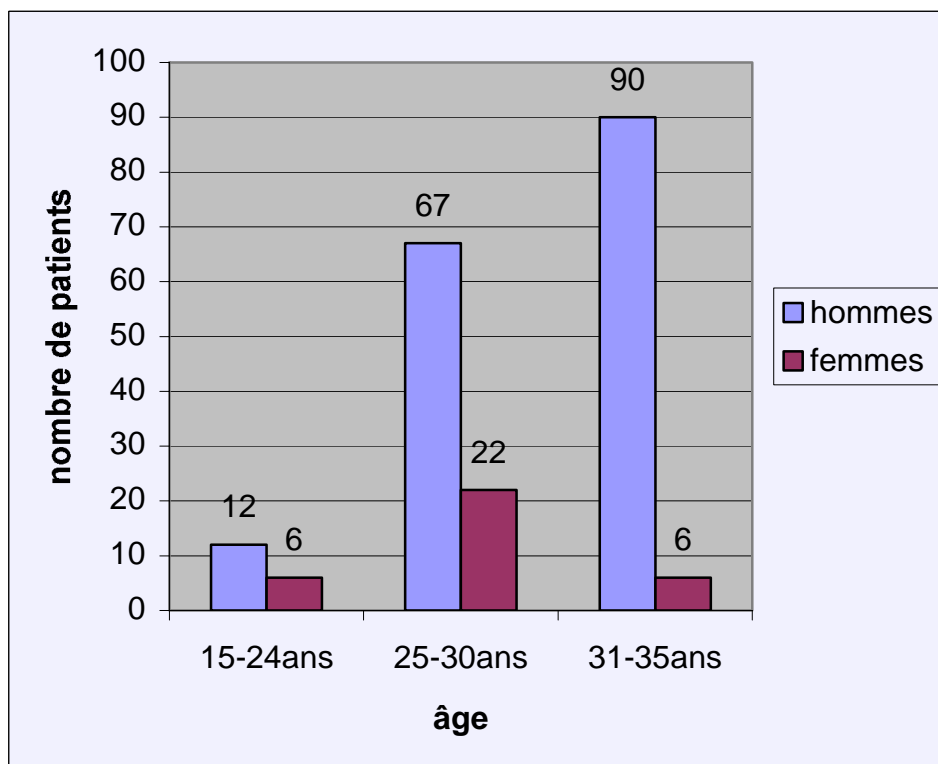


Figure 4 : répartition par classe d'âge selon le sexe.

b- Profil médicopsychiatrique de la population étudiée

+ Suivi médical

Nous avons demandé aux patients quels types de professionnels ils consultaient régulièrement: médecin généraliste, psychiatre, psychologue, médecin alcoologue ou assistante sociale (tableau XVIII). Les chiffres retenus sont ceux qui concernent les patients consultant régulièrement, c'est à dire au moins une fois par mois.

Nous constatons que la plus grande proportion de patients est suivie par le médecin généraliste (39%), mais au regard de la répartition par âge, ce sont surtout les jeunes qui le consultent (61% des 15-24 ans et 42% des 25-30 ans). En seconde position, les référents sont les psychiatres et les médecins alcoologues (respectivement 22% et 26% des patients interrogés). De la même manière que pour les généralistes, ce sont les plus jeunes qui consultent les psychiatres : 38% des 15-24 ans, 24% des 25-30 et seulement 17% des 31-35 ans. Par contre, aucun des 15-24 ans n'est suivi par un médecin alcoologue.

On note qu'avec l'âge, les proportions entre le suivi par médecin généraliste et alcoologue deviennent équivalentes (respectivement 33% et 30% des 31-35 ans) mais que le nombre de patient suivi par un psychiatre diminue.

Par ailleurs, la proportion de patients suivis par des paramédicaux (psychologues ou assistantes sociales) est minime: seulement 5% pour chaque profession.

Tableau XVIII : référent suivi avec répartition par âge.

	15-24 ans	25-30 ans	31-35 ans	ensemble de la population
médecin traitant	61%	42%	33%	39%
psychiatre	38%	24%	17%	22%
psychologue	6%	4%	6%	5%
médecin alcoologue	0%	27%	30%	26%
assistante sociale	11%	1%	8%	5%

+ Antécédents médicaux et psychiatriques

Certainement en raison de l'âge de recrutement, l'enquête relève un nombre minime d'antécédents médicaux, mais par contre, des chiffres significatifs pour les antécédents psychiatriques.

Antécédents :

- *psychiatriques :*
- épisode dépressif : 27/203 patients soit, 13%
 - tentative de suicide : 31/203 soit 15%
 - troubles des conduites alimentaires : 10/203 soit 5%
 - psychose : 0/203 (probable biais de recrutement car ces patients sont plutôt suivis en milieu psychiatrique),
- *médicaux :*
- cirrhose : 0/203
 - polynévrite : 0/203
 - hépatite B et C : 9/203
 - HIV : 1/203
 - pancréatite : 0/203.

+ Traitements psychotropes

On note une consommation plus importante d'antidépresseurs que de benzodiazépines de manière générale, excepté chez les 15-24 ans pour qui la proportion est inverse (avec 1/3 consommant déjà des benzodiazépines) (figure4).

Pour les neuroleptiques, on se retrouve avec le même biais de recrutement que pour les antécédents de psychose, c'est à dire que ces patients sont essentiellement suivis en psychiatrie. Ceci justifie vraisemblablement donc l'absence de patient sous neuroleptiques (tableau XIX).

Tableau XIX : traitements psychotropes.

Traitement	15-24 ans	25-30 ans	31-35 ans	TOTAL
Neuroleptiques	0	0	0	0
Antidépresseurs	17% (3/18)	48% (43/89)	46% (44/96)	44%
Benzodiazépines	33% (6/18)	24% (21/89)	39% (37/96)	31%

+ Mode de consommation de l'alcool

L'étude retrouve 144 patients abusifs et 59 patients alcoolodépendants, soit respectivement 71% et 29% de la totalité de la cohorte. Les critères d'alcoolodépendance retenus sont ceux du D.S.M.IV, avec inclusion des patients dès la dépendance psychologique.

Une répartition par âge a été effectuée: 5% des 15-24 ans sont alcoolodépendants, 29% des 25-30 ans, et 33% des 31-35 ans. La dépendance augmente donc avec l'âge.

+ Consommation de substances psychoactives

Les chiffres pris en compte concernent les produits utilisés régulièrement, c'est-à-dire, quotidiennement. Le principal produit consommé est le tabac à plus de 80% pour chaque génération. Le second est le cannabis avec une proportion très importante chez les 15-24 ans (88%), qui va en diminuant très nettement avec l'âge (46% chez les 25-30 ans et 41% chez les 31-35 ans). Pour les autres drogues, les consommations sont plus minimes (figure 5). L'héroïne a tendance à être moins utilisée avec l'âge, à l'inverse de la cocaïne. La consommation d'ecstasy reste quasi dans les mêmes proportions pour chaque génération. Cette étude permet la remarque importante que ce sont les plus jeunes (15-24 ans) les plus forts consommateurs de toxiques. La tendance est une diminution des consommations avec l'âge, excepté pour le tabac.

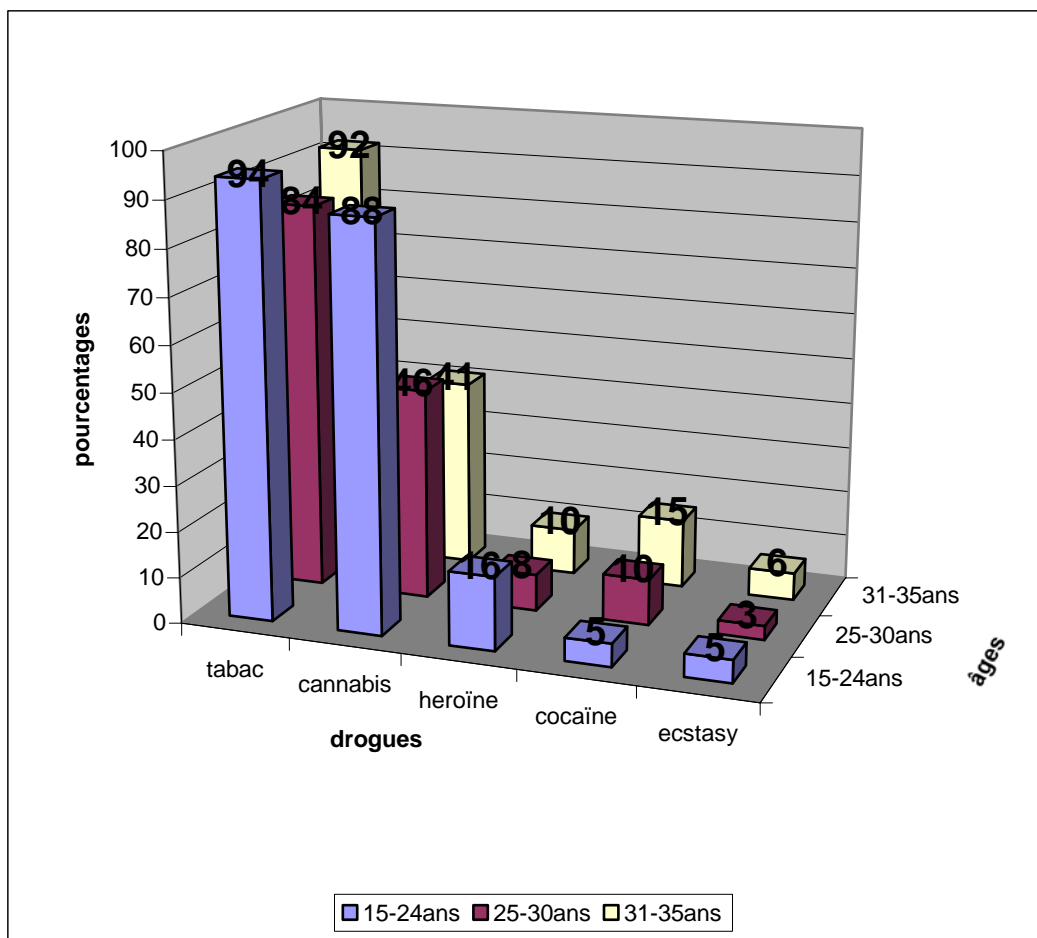


Figure 5 : consommation de substances psychoactives.

c- Résultats pour la phobie sociale

+ Généralités

Le MINI a permis de dépister 50 patients souffrant de **phobie sociale**, sur les 203 interrogés, soit **24,6%**, avec un sexe ratio de 4 hommes pour 1 femme (40 hommes et 10 femmes diagnostiquées) (figure 6). Ceci est légèrement inférieur à celui de la population étudiée.

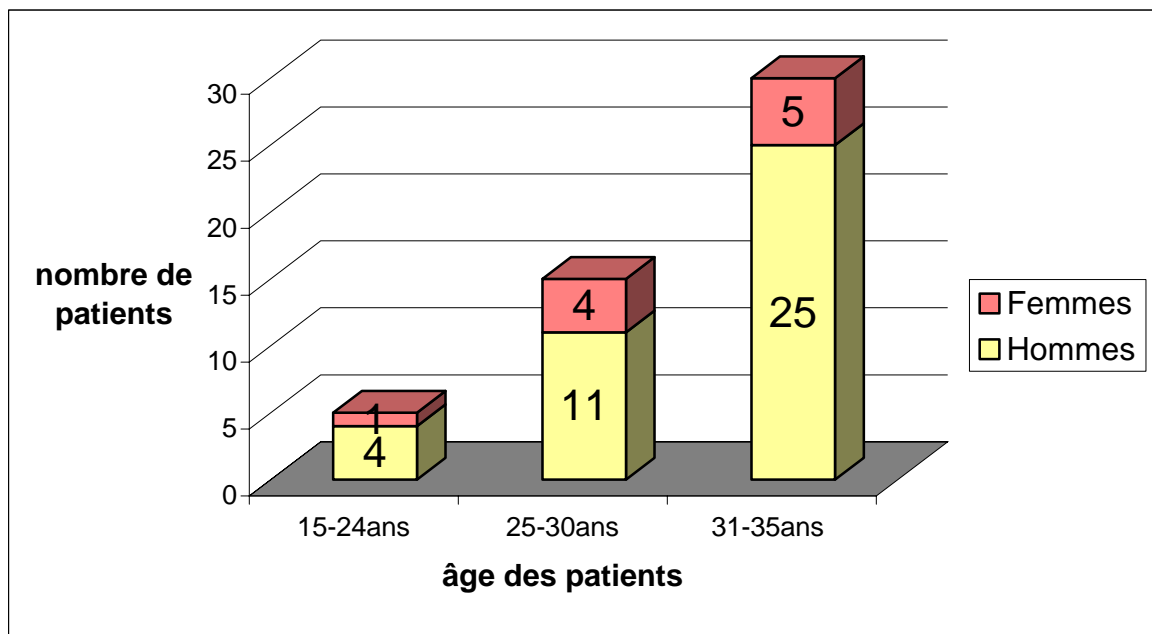


Figure 6: répartition par âge et selon le sexe des sujets phobiques.

La proportion de phobiques sociaux est plus importante chez les femmes que chez les hommes : 23% des hommes contre 29% des femmes. Par ailleurs, le pourcentage de phobiques augmente avec l'âge : 10% ont 15-24 ans, 30% ont 25-30 ans et 60% ont 31-35 ans (et ceci est valable pour chaque sexe aussi).

On note un pourcentage notable de phobiques sociaux parmi les 15-24 ans (28%) et les 31-35 ans (31%), par rapport aux 25-30 ans (17%).

+ Sévérité des troubles

Ces informations sont données par l'échelle d'anxiété sociale de LIEBOWITZ et l'échelle de SHEEHAN.

L'échelle de LIEBOWITZ révèle qu'une majorité des patients présentent des symptômes moyennement sévères à sévères:

→ pour la peur ou anxiété : 9 ont répondu légère, 30, moyenne et 11, sévère ;

→ pour l'évitement : 12 ont répondu occasionnel, 28, fréquent et 10, habituel.

La proportion de patients avec des symptômes légers ou sévères est quasiment identique.

Par contre, tous ont coté sur l'échelle de SHEEHAN, un degré de gêne ou incapacité supérieur à 5 (soit, moyennement perturbé à sévèrement perturbé), pour les 3 secteurs (Travail, Vie sociale et loisirs, Vie de famille et responsabilités domestiques). Cela correspond donc à un retentissement important de la maladie sur la vie socio-professionnelle et familiale.

+ Profil des patients phobiques

→ profil sociofamilial, professionnel et judiciaire

***Sur un plan social**, 60% des sujets sont locataires ou propriétaires de leur habitation, c'est à dire, assument financièrement leur logement. Les 30% restants vivent chez autrui, en logement collectif ou en structure type C.H.R.S. Il n'y a pas de sans domicile fixe parmi la population de phobiques étudiée ici. Cependant, ceci concerne essentiellement les hommes. En effet, les pourcentages s'inversent chez les femmes : seulement 30% sont locataires ou propriétaires.*

***Sur le plan familial**, la majorité des patients vit seule, soit célibataires soit divorcés ou séparés: 52% de célibataires, 16% de divorcés ou séparés, et donc seulement 32% vivent en couple. La proportion chez les femmes est équivalente entre célibataires et vie en couple, contrairement aux hommes où seulement 27% vivent en couple (tableau XX).*

Tableau XX : situation familiale et sociale des sujets phobiques.

Age	Célibataires et vivant seuls		Mariés ou vivant maritalement		Divorcés ou séparés	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
15-24 ans	1	3	0	1	0	0
25-30 ans	3	6	1	4	0	1
31-35 ans	1	12	4	6	0	7
TOTAL	5	21	5	11	0	8

Sur le plan professionnel, l'étude révèle que seulement 56% des sujets sont en activité contre 32% de chômeurs et 10% en situations plus ou moins précaires (étudiants, stagiaires et RMistes). Les femmes sont un peu plus touchées que les hommes avec 30% de chômage contre 32% pour les hommes, et 20% en situations précaires contre 7% (cf. tableau XXI).

Tableau XXI : occupation actuelle.

Sexe	Etudiants, stagiaires	En activité	Chômeurs	RMistes	Inaptes
Femmes	1	5	3	1	0
Hommes	2	23	13	1	1
TOTAL	3	28	16	2	1

Sur le plan judiciaire, on note que 5 hommes ont un suivi judiciaire pour récurrence de conduite en état d'ivresse, soit, 12,5% des hommes phobiques sociaux ayant un comportement d'alcoolisation.

→ Mode de consommation des boissons alcoolisées

Les sujets étudiés sont déjà, malgré l'âge jeune de recrutement, à 70% alcoolodépendants (physique ou psychique) selon les critères du D.S.M. IV. Cela renforce l'idée que la phobie sociale aggrave les comportements d'alcoolisation (tableau XXII).

Par rapport au sexe, le pourcentage de sujets dépendants est plus important chez les hommes que chez les femmes : 73% d'hommes alcoolodépendants contre 60% de femmes.

On note que:

- chez les 15-24 ans: tous les sujets sont abusifs soit 4 hommes et 1 femme,*
- chez les 25-30 ans: 9 sujets sont abusifs (soit 60%) dont 7 hommes sur 11, et 2 femmes sur 4,*
- chez les 31-35 ans: tous les sujets sont dépendants.*

*Ainsi, on a pu déterminer la **prévalence de la phobie sociale** selon le mode de consommation. Ce trouble représente donc **9,7% des sujets abusifs** et **59% des sujets alcoolodépendants**.*

Tableau XXII : mode de consommation des sujets phobiques sociaux selon le sexe.

Sexe	Consommateurs à problème(=abusifs)	Alcoolodépendants	
		Dépendants physiques	Dépendants psychiques
Hommes	11	15	14
Femmes	3	5	1
TOTAL	14	20	15

Par ailleurs, un essai de recoupement a été effectué entre le mode de consommation et la situation familiale mais aucun résultat significatif n'a été retrouvé, de même que pour le rapprochement entre le mode de consommation et l'activité professionnelle.

→ Consommation de drogues

De manière générale, on remarque que la consommation des drogues augmente chez les patients phobiques sociaux, et à peu près dans les mêmes proportions pour chaque produit et chaque génération (figure7). On note des chiffres, pour le tabac, de 100% chez les 15-30 ans, alors qu'ils sont stables chez les 31-35 ans. L'héroïne prend ici une troisième place notable avec toujours une consommation plus importante chez les plus jeunes générations : 40% des 15-24 ans, 33% des 25-30 ans et 17% des 31-35 ans. Pour la cocaïne, c'est surtout chez les 25-30 ans que l'augmentation est significative.

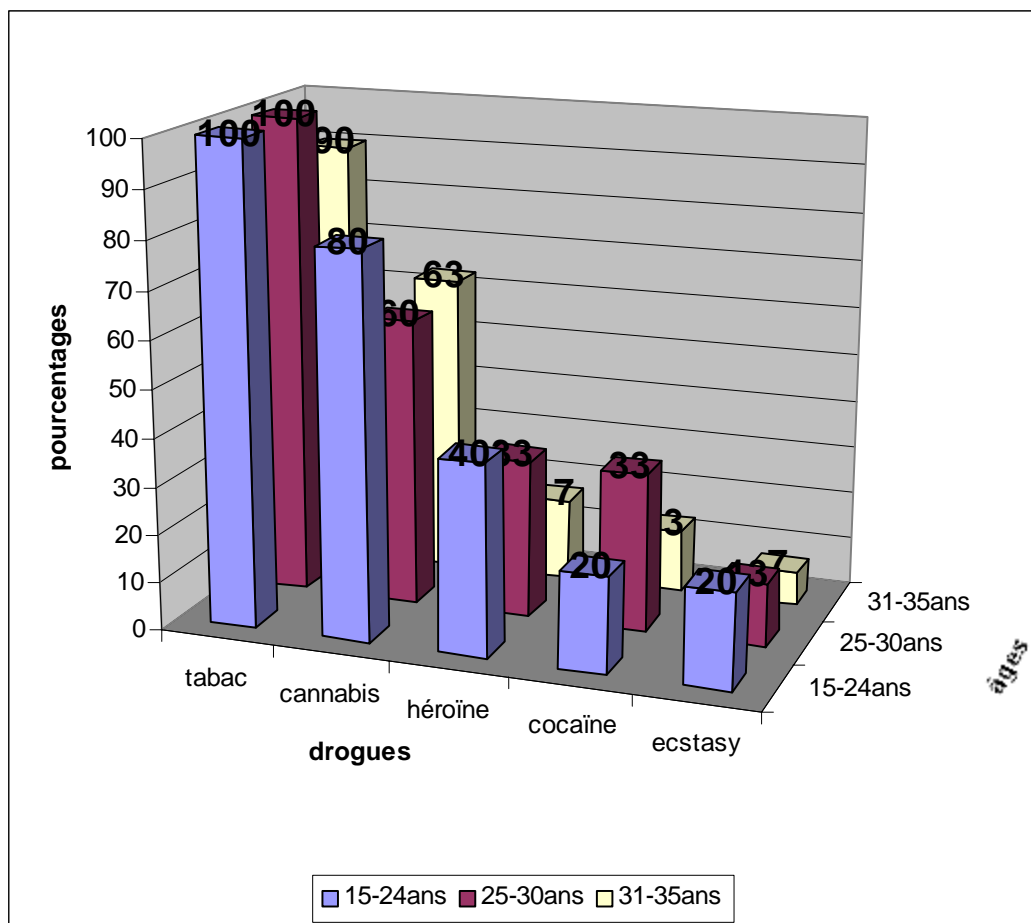


Figure 7 : consommation de substances psychoactives chez les phobiques sociaux.

→ Précession des troubles

Dans 60% des cas, hommes et femmes confondus, le diagnostic de phobie sociale est antérieur aux comportements d'alcoolisation. On remarque que la proportion est également de 60% chez les hommes ou les femmes, donc pas d'influence du sexe pour le diagnostic (tableau XXIII).

Par rapport à l'âge, très naturellement, le diagnostic de phobie, antérieur au problème d'alcoolisation, augmente avec l'âge des patients.

Ces troubles précèdent de plusieurs mois les comportements d'alcoolisation, quel que soit le sexe.

Tous ces résultats ont été obtenus après ajout d'une question ouverte concernant l'antériorité des troubles phobiques, ce que permettait le questionnaire réalisé sous forme d'entretien.

Tableau XXIII : diagnostic de phobie sociale antérieur aux comportements d'alcoolisation.

Age	Diagnostic antérieur	
	Hommes	Femmes
15-24 ans	1	0
25-30ans	5	2
31-35ans	18	4
TOTAL	24	6

4 Discussion

a- Comparaison des résultats avec les précédentes études

Il est nécessaire de comparer les résultats avec ceux déjà retrouvés par les précédentes études afin de juger de la validité de cette enquête. Un point important est la représentativité de la cohorte. Celle-ci comporte 29% de patients alcoolodépendants et un sexe ratio de 5 hommes pour 1 femme, valeurs tout a fait superposables à celles de la littérature.

Les chiffres présentés dans le chapitre I.3-a représentaient le pourcentage de phobiques sociaux parmi une population alcoolodépendante et je n'avais retrouvé aucune étude concernant les patients « abuseurs ». Notre enquête porte donc sur une population ayant des comportements d'alcoolisation avec différenciation des patients abusifs et alcoolodépendants. Nous retrouvons donc une prévalence globale de phobiques sociaux de 24,6% correspondant à la moyenne des prévalences retrouvées lors des différentes études (les résultats allaient de 2,4 à 57% selon les études et selon la définition du problème d'alcool(28)). Plus précisément, la prévalence de ce trouble psychiatrique est de 9,7% chez les patients abusifs et de 59,3% chez les alcoolodépendants. Ces chiffres confirment l'importance de la population phobique parmi les patients ayant des comportements d'alcoolisation, surtout les alcoolodépendants (rappelons, dans la population générale, les chiffres vont de 2,7% à 13,3%(26)(32)).

On note aussi que dans une population en difficulté avec l'alcool, la proportion de phobiques est plus importante chez les femmes. Cette remarque, lors des précédentes études, n'était seulement relevée que pour la population générale mais pas pour une population ayant un comportement d'alcoolisation. Ceci confirme donc que la phobie sociale touche davantage les femmes ayant ou non des difficultés avec l'alcool.

Pour continuer les comparaisons, la littérature signalait que la proportion de femmes phobiques sociales alcoolodépendantes était plus importante que chez les hommes. Dans cette enquête, on note la tendance inverse puisque 73% des hommes phobiques sociaux

sont alcoolodépendants contre 60% chez les femmes. La proportion deux tiers/un tiers, de patients abusifs par rapport aux alcoolodépendants dans la population générale(vu dans le chapitre I.2-c), n'est donc pas non plus équivalente dans la population phobique étudiée : la phobie sociale est bien un critère de gravité des comportements d'alcoolisation.

Par rapport au profil sociofamilial, on retrouve que 32% des sujets seulement vivent en couple ce qui correspond environ aux chiffres étudiés dans la population phobique sociale en générale (34% de sujets mariés, valeur relevée au chapitre I.1-d). D'autres résultats comparables sont ceux représentant le niveau socioéconomique plutôt bas dans une population phobique mais aussi dans une population ayant des difficultés avec l'alcool (chapitre I.1-d et chapitre I.2-c) : seulement 56% de patients sont en activité et 60% assument financièrement leur logement. Ces chiffres marquent même un retentissement professionnel plus sévère puisque les études montraient que 73% des alcoolodépendants ont un emploi à temps plein(42). On conclue donc que la population phobique en difficulté avec l'alcool, a un fort risque d'isolement et de dépendance financière.

Pour finir les comparaisons, il était retrouvé que dans 75 à 82% des cas, la phobie sociale précédait les troubles alcooliques (chap.I.3-d). Dans notre étude, on note un chiffre un peu inférieur, de 60%, mais qui va dans le même sens que les études précédentes : le trouble phobie sociale précède le trouble alcoolique.

b- Points notables soulevés au cours de l'étude

Une première remarque peut être faite au vu des résultats : le médecin généraliste est majoritairement (61%) consulté chez les 15-24 ans, et encore de manière importante chez les moins de 30 ans (42%). Il a donc une grande place dans le suivi des jeunes ayant un problème d'alcool, et par conséquent, dans le dépistage de la phobie sociale. A noter que chez les moins de 25 ans, le second référent est le psychiatre (38% des 15-24 ans le consultent). Ceci peut être le signe de l'orientation de ces patients par le médecin traitant, vers ces spécialistes, en raison du dépistage d'une pathologie psychiatrique. Avec l'âge, on note une augmentation du pourcentage de patients pris en charge par un

médecin alcoologue, au détriment du suivi par un médecin généraliste ou psychiatre. Peut-on expliquer cela par une dominance, avec l'âge, des symptômes alcooliques justifiant la prise en charge unique par le médecin alcoologue, ou bien, par la difficulté de prise en charge psychiatrique de la phobie sociale, thérapeutique encore peu développée actuellement?

D'autre part, alors qu'on a vu que ces patients sont en difficultés socioéconomiques, très peu sont suivis par des assistantes sociales. Etant donné l'âge jeune des patients, il est probable que ceux-ci soient encore insérés socialement et pas encore dans un état de grande précarité, d'où, le faible pourcentage de suivi constaté.

Par ailleurs, nous avons vu précédemment dans le chapitre I.3-b, que les comportements d'alcoolisation aggraveraient les troubles phobiques. Notre étude a montré un caractère moyennement sévère à sévère des troubles phobiques avec un retentissement important sur la vie socioprofessionnelle et familiale. Ceci confirme bien la sévérité des symptômes de la phobie sociale quand elle est associée à l'alcool.

Un autre point soulevé concerne la consommation de tabac ou de drogues. Celle-ci, comme vu dans le premier chapitre, est en effet considérée comme une comorbidité fréquente que ce soit dans la phobie sociale ou dans la pathologie alcoolique. Dans l'enquête, on retrouve des chiffres « impressionnants » pour ce qui est du tabac, mais aussi du cannabis. Les taux sont importants pour la totalité des sujets de l'étude, mais augmentent encore lorsque la pathologie alcoolique est associée à la phobie sociale, et notamment pour des drogues dites « dures » telle que l'héroïne. L'association des deux troubles augmente donc le risque de consommation et de dépendance à une autre substance, c'est-à-dire, de polytoxicomanie. La tranche d'âge des 15-24 ans est la plus touchée et on note une tendance à diminuer ces polyconsommations avec l'âge. Cette tendance était déjà révélée par les études faites chez les jeunes de manière générale. En parallèle, on remarque une consommation non négligeable de benzodiazépines chez cette même tranche d'âge : est-ce significatif de la mise en route d'une thérapeutique ou d'une nouvelle consommation pathologique d'un autre produit ?

IV- INTERET POUR LE MEDECIN GENERALISTE

1. Dépistage et outils diagnostiques de la phobie sociale

Ainsi, la phobie sociale fait partie des étiologies fréquentes des comportements d'alcoolisation, allant de l'abus à la dépendance, avec leurs cortèges de complications. Sensibiliser les thérapeutes à ce diagnostic nous semble donc essentiel, et particulièrement les médecins généralistes. En effet, ces derniers sont les acteurs des soins primaires et souvent, les seuls à prendre en charge certains type de patients (les jeunes consommateurs, les consommateurs abusifs n'ayant pas encore consulté de spécialistes, les alcoolodépendants ne reconnaissant pas leur maladie,...). D'autre part, le généraliste reste le mieux placé pour dépister le trouble phobie sociale chez les jeunes qu'il suit souvent depuis le plus jeune âge, et à un stade non compromis par les complications (notamment les comportements d'alcoolisation). Ceci a d'ailleurs été démontré lors de l'enquête avec une population jeune davantage suivie par le médecin traitant (cf. résultats de l'enquête).

Dépister la phobie sociale nécessite quelques connaissances théoriques de la maladie, mais aussi des outils diagnostiques simples, utilisables en médecine générale. Des études sur les échelles diagnostiques, un test me paraît plus praticable en consultation : le M.I.N.I.(utilisé dans le questionnaire de thèse). En effet, il s'avère de réalisation simple et brève. Il repose sur des bases fiables, sa validité est reconnue et notamment dans le domaine de la phobie sociale. Les autres échelles diagnostiques dans leur ensemble sont tout à fait valables, voire même plus précises, mais souvent de réalisation trop longue pour être réalisées dans une simple consultation.

Par ailleurs, de nombreuses échelles permettent d'évaluer la sévérité des troubles et l'efficacité thérapeutique. Trois échelles ont retenu notre attention, pour les mêmes raisons que la précédente (test bref praticable en consultation et validé) : l'échelle de LIEBOWITZ (elle aussi utilisée dans le questionnaire), l'échelle de DAVIDSON et le questionnaire des peurs de MARKS et MATHEWS. Les deux premières échelles reprennent des facteurs importants de la phobie sociale que sont la peur et l'évitement, avec en plus pour celle de DAVIDSON, les symptômes physiologiques. La troisième

évalue elle aussi l'anxiété mais également, les symptômes dépressifs. Ce sont en plus des tests d'auto-évaluation, prenant donc moins de temps au thérapeute. Les points en faveur de l'échelle de LIEBOWITZ sont les nombreuses études de validation existantes, ainsi que son utilisation répandue et sa simplicité. Nous pouvons également noter le S.P.I.N. qui semble prometteur mais sa traduction française n'a pas encore été évaluée. Il est donc difficile de la promouvoir pour le moment.

Il nous paraît donc important d'évoquer ce diagnostic de phobie sociale et de proposer des tests diagnostiques tel que le M.I.N.I.. Cet outil est utilisable pour le dépistage de sujets ayant un profil à risque : patients en difficulté avec l'alcool et surtout alcoolodépendants, polyconsommateurs, isolés sociaux ayant des difficultés socioéconomiques (profil mis en évidence par notre étude). Le suivi peut nécessiter aussi l'utilisation d'échelles d'évaluation, tout comme la précédente, éventuellement réalisables en médecine générale (telles que l'échelle de LIEBOWITZ, DAVIDSON ou MARKS et MATHEWS).

2. Prévention et prise en charge thérapeutique

Si on attache autant d'importance au diagnostic de phobie sociale, c'est pour éviter les complications qu'elle induit fréquemment, comme les comportements d'alcoolisation. Il me semble en effet que le meilleur traitement, c'est la prévention, et surtout chez les jeunes. Cette maladie débute de manière précoce dans la vie, et je pense que le moindre signe en faveur de celle-ci doit nous tenir en alerte, surtout quand il s'associe à une consommation anormale de produits toxiques ou d'alcool. A noter, l'enquête a soulevé le fait que les polyconsommateurs de substances doivent retenir notre attention en raison d'une possible phobie sociale sous-jacente chez ce type de patients.

D'autre part, ce travail nous a permis de refaire un point sur les thérapeutiques actuelles. Si dépister est important, il est nécessaire de savoir ce qu'il faut faire avec ce diagnostic par la suite. Je ne reparlerai pas des traitements en rapport avec l'alcool, sauf pour citer les I.R.S., qui ont fait leurs preuves dans le traitement de la dépendance, mais aussi dans celui de la phobie sociale. En association aux traitements médicaux, les psychothérapies restent essentielles. Elles peuvent être menées au cabinet, tel que le soutien

psychothérapique. Celui-ci a une place importante car souvent il représente la seule psychothérapie acceptée par le patient. Mais les psychothérapies peuvent aussi suivre des schémas plus formels : les psychothérapies de soutien, analytiques, psychothérapies de groupe dans le cadre d'un suivi en alcoologie par exemple, mais surtout, les psychothérapies cognitivo-comportementales. Ces dernières ont prouvé, que ce soit dans la phobie sociale ou en alcoologie, leur bénéfice pour la durabilité de la rémission de ces deux pathologies(72). Cependant, en France, les psychothérapies cognitivo-comportementales restent peu pratiquées. Notamment, chez les enfants, il existe peu de structures permettant ce type de prise en charge dans le cadre de l'anxiété sociale(65)...Tous ces éléments permettent donc d'apporter au médecin traitant des éléments de stratégie thérapeutique face à la phobie sociale.

CONCLUSION

Le premier intérêt de ce travail est de mettre en alerte sur une des causes des troubles alcooliques, qu'est la phobie sociale. Rappelons que l'alcool représente un fléau médical et socioéconomique non négligeable dans notre société. L'idéal est de pouvoir éviter aux patients d'entrer dans l'engrenage infernal qu'il provoque : déchéance physique, psychique, professionnelle, sociofamiliale... L'étude de la phobie sociale a permis de déterminer son rôle dans les comportements d'alcoolisation. Apparaissant souvent à un âge jeune, la phobie sociale est représentée par un déficit majeur en affirmation de soi. Elle provoque un état d'anxiété intolérable lors des interactions sociales conduisant à des attitudes d'évitement. Certains sujets utilisent alors l'alcool pour ses vertus apaisantes afin de lutter contre cette anxiété. Mais l'alcool aggrave les troubles phobiques à long terme, et inversement, la phobie sociale aggrave les comportements d'alcoolisation... Il semble donc nécessaire de dépister ce trouble avant ces complications.

Dans ce contexte, nous avons donc réalisé une enquête parmi une population ayant des comportements d'alcoolisation. Elle consistait à dépister les symptômes de la phobie sociale, ainsi que le profil des patients. Les résultats nous ont permis de retrouver une prévalence de la phobie sociale de 24,6% comparable aux résultats des études précédentes, avec 9,7% chez les abusifs et 59,3% chez les alcoolodépendants. Par ailleurs, un profil a pu être déterminé : les sujets sont plutôt isolés, en difficultés socioéconomiques et leurs troubles phobiques et alcooliques sont plus sévères que lorsque les deux pathologies ne sont pas associées. Ce sont aussi fréquemment des polyconsommateurs de substances psychoactives (surtout le tabac et le cannabis). On note que la proportion de femmes phobiques sociales reste plus importante mais que les troubles alcooliques (notamment l'alcoolodépendance) ne sont pas plus sévères chez elles, contrairement aux études précédentes.

D'autres points sont confirmés par l'enquête. Premièrement, les troubles phobiques sont majoritairement antérieurs aux comportements d'alcoolisation. Secondairement, la population jeune est principalement suivie par les médecins généralistes, et en second lieu, par les psychiatres. Ceci témoigne de la nécessité du dépistage par le médecin généraliste du trouble phobie sociale chez cette population jeune, et du travail en lien avec le psychiatre. Pour cela, il faut une meilleure connaissance de l'existence de ce diagnostic et des éléments permettant de faciliter ce dernier. La présentation du

questionnaire appelé M.I.N.I a donc pour but de proposer un test diagnostique validé, mais surtout simple d'utilisation et compatible avec la pratique en cabinet médical.

Par ailleurs, en parallèle à une aide au diagnostic, il semblait utile de proposer des orientations thérapeutiques. Deux éléments thérapeutiques principaux ressortent de cette étude : le traitement par antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les thérapies cognitivo-comportementales. Tous deux sont reconnus efficaces et surtout sont communs aux deux pathologies. Il est dommage que les thérapies cognitivo-comportementales se pratiquent peu en France mais nous assistons actuellement à une reconnaissance de leur efficacité et au développement des formations.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) CASPER J.L.(1902) - *Biographie d'une idée fixe. Présentée par PITRES A. et REGIS E. . Traduction de LALANNE G. Archives de neurologie,1 ; 270-287.*
- (2) CLAPAREDE E.(1902) - *L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobie. Archives de psychologie de la suisse romande, avril :307-334.*
- (3) HARTENBERGER P. (1921) – *Les timides et la timidité. Alcan, Paris.*
- (4) PELISSOLO A. – *Historique du concept de phobie sociale. Neuro-psy. N°spécial déc. 2001, 5-10.*
- (5) MARKS I.M. – *The classification of phobic disorders. Br. J. Psychiatry,1970, 116; 377-386.*
- (6) D.S.M.IV-T.R. – *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. 4^{ème} édition. Masson, Paris, 2003.*
- (7) ANDRE C. – *La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale. 3^{ème} édition entièrement revue et corrigée. O. Jacob. 2000.*
- (8) COTTRAUX J. – *Clinique, diagnostic et évolution des phobies sociales. Interligne, Neuro-psy, n°spécial décembre 2001 ; 11-17.*
- (9) KAPLAN H.I., SADOCK B.J. – *Synopsis de psychiatrie. Science du comportement. Psychiatrie clinique. (Traduction française coordonnée par VOUVILLE P.) Editions Pradel.*
- (10) SERVANT D., PARQUET Ph.J. – *Les phobies sociales. Médecine et psychothérapie. Masson, Paris, 1997.*

- (11)) SHEEHAN D.V., LECRUBIER Y., SHEEHAN K.H., AMORIN P., JANAUS J., WEILLER E., HERGUETA T., BAKER R., DUNBAR G.C. – *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD 10. J. Clin. Psychiatry. 1998 ; 59 suppl.20 : 22-33; quiz 34-57.*
- (12) LECRUBIER Y., SHEEHAN D.V., WEILLER E., AMORIM P., BONORA I., HARNETT SHEEHAN K., JANAUS J., DUNBAR G.C. – *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the C.I.D.I. Eur. Psychiatry, 1997; 12: 224-231.*
- (13) COTTRAUX J., BOUVARD M. et MESSY P. – *Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies : la version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. L'Encéphale. 1987, 13, 23-29.*
- (14) BOUVARD M., COTTRAUX J. – *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Collection Pratique en psychologie. Masson, 2^{ème} édition , 2000.*
- (15) SERVANT D. – *Soigner les phobies sociales. Pratiques en psychothérapie. Masson, Paris, 2002.*
- (16) DAVIDSON J.R., MINER C.M., DE VEAUGH-GEISS J., TUPLER L.A., COLKET J.T., POTTS N.L. – *The brief social phobia scale: a psychometric evaluation. Psychol. Med. 1997. Jan; 27 (1) : 161-6.*
- (17) YAO S.N., NOTE Y., FANGET F., ALBUISSON E., BOUVARD M., COTTRAUX J. – *L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). L'Encéphale. Sept-oct. 1999, 25, 5, 429-435.*
- (18) YAO S.N., NOTE Y., FANGET F., ALBUISSON E., BOUVARD M., COTTRAUX J. – *L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). L'Encéphale. Sept-oct. 1999, 25, 5, 429-435.*

- (19) HEIMBERG R.G., HORNER K.J., JUSTER H.R., SAFREN S.A., BROWN E.J., SCHNEIER F.R., LIEBOWITZ M.R. – *Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol. Med.* 1999 janv.;29(1): 199-212.
- (20) FRESCO D.M., COLES M.E., HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R., HAMI S., STEIN M.B., GOETZ D. – *The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychol. Med.* 2001 Aug.; 31(6) :1025-35.
- (21) BAKER S.L., HEINRICHS N., KIM H.J., HOFMANN S.G. – *The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. Behav. Res. Ther.* 2002 Jun; 40(6): 701-15.
- (22) MASIA-WARNER C., STORCH E.A., PINCUS D.B., KLEIN R.G., HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R. – *The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: initial psychometric investigation. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 42(9): 1076-1084, sept. 2003.
- (23) LEON A.C., OLDFSON M., PORTERA L., FARBER L., SHEEHAN D.V. – *Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. Int. J. Psychiatry Med.* 1997; 27(2): 93-105.
- (24) HAMBRICK J.P., TURK C.L., HEIMBERG R.G., SCHNEIER F.R., LIEBOWITZ M.R. – *Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders.* 2004;18(6): 825-839.
- (25) CONNOR K.M., DAVIDSON J.R.T., CHURCHILL E., SHERWOOD A., WEISLER R.H. – *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). The British Journal of Psychiatry.* 2000; 176: 379-386.
- (26) DAVIDSON J.R.T. *et al.* – *The epidemiology of social phobia : findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychol. Med.* 1993, 23; 709-718.

- (27) MARTIN C., MAURICE-TISON S., TIGNOL J. – *Les troubles anxieux en médecine générale : enquête auprès du réseau sentinelle Aquitaine. L'Encéphale*, 1998, 24 ; 120-124.
- (28) LEPINE J.P., PELISSOLO A. – *Social phobia and alcoholism: a complex relationship. Journal of Affective Disorders*. 1998; 50; 523-528.
- (29) LEPINE J.P., LELLOUCH J.- *Classification and epidemiology of social phobia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1995, 244; 290-296.
- (30) SCHNEIER F.R., JOHNSON J., HORNIG C.D., LIEBOWITZ M.R., WEISSMAN M.M. *Social phobia: co-morbidity and morbidity in an epidemiological sample. Archives of general Psychiatry*, 1992, 49; 282-288.
- (31) LEPINE J.P. – *Phobies sociales : prévalence, facteurs de risque et comorbidité. Neuro-psy. n° spécial décembre 2001; 22-27.*
- (32) MAGEE W.J. et al. – *Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, 53, 159-168.
- (33) WITTCHEN H.U., NELSON C.B., LOCHNER G.- *Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol. Med.*, 1998, 28; 109-126.
- (34) FARAVELLI C., ZUCCHI T., VIVIANI B., SALMORIA R., PERONE A., PAIONNI A., SCARPATO A., VIGLIATURO D., ROSI S., D'ADAMO D., BARTOLOZZI D., CECCI C. and ABRARDI L. – *Epidemiology of social phobia: a clinical approach. European Psychiatry*. 15 (1) , Feb. 2000; 17-24.
- (35) SAELENS-GENESTE J. – *Anxiété sociale, phobie sociale et alcoolisme : évaluation d'une prise en charge cognitivo-comportementale. Thèse de médecine, 2001, Université de Clermont-Ferrand I.*

- (36) LE GARREC S., PERVANÇHON M. - *Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes à Toulouse. Les jeunes et l'alcool en Europe, déc. 1999, 215-222, Editions Universitaires du Sud.*
- (37) GODEAU E.- *Jeux symboliques autour de l'alcool et de l'ivresse : exemple du baptême des internes en médecine. Les jeunes et l'alcool en Europe, déc 1999, 237-244, Ed. Univ. du Sud.*
- (38) ADES J., LEJOYEUX M. - *Les conduites alcooliques et leur traitement. 1996, Doin éditeurs, collection conduites.*
- (39) DESPRES-DELY C. - *Etudiants, étudiantes et alcool. Les jeunes et l'alcool en Europe, déc. 1999, Ed. Univ. du Sud.*
- (40) KIRITZE-TOPOR P., BENARD J-Y. - *Le malade alcoolique. 2001, Masson.*
- (41) *Expertise collective de l'INSERM - Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Synthèse de l'expertise. Editions INSERM, 2003.*
- (42) *Observatoire Regional de la Santé des Pays-de-Loire – Enquête Alcool auprès des patients des médecins généralistes des Pays de La Loire. DRASS, conseil régional des Pays de La Loire, sept 2002.*
- (43) CHOQUET M., COM-RUELLE L., LEYMARIE N. - *Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 : comportement et contexte en France. Princeps Edition, revue de l'IREB.*
- (44) BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. - *Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence: usages et évolutions récentes, ESCAPAD 2003. Tendances, sept. 2004, n°39. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.*
- (45) BRACONNIER A., MARCELLI D. - *L'adolescence aux milles visages. Editions O. Jacob.*
- (46) ARCHAMBAULT J.C., CHABAUD A. - *Alcoologie. Masson. Collection Abrégé.*

(47) KIRITZE-TOPOR P. – *Affections fréquentes en médecine générale et conduite d'alcoolisation. Résultats d'une enquête nationale . Alcoologie et addictologie. Sept. 2003. 25 (3) ; 209-215.*

(48) SABBAH-LIM I., ADES J., LEJOYEUX M. - *Abus et dépendance à l'alcool. Comparaison des patients hospitalisés en psychiatrie et dans les autres services. Alcoologie et addictologie. Mars 2004. 26 (1) ; 31-36.*

(49) MICHE J., MOREL F., GALLAIS J.L. – *Perception du « risque alcool » et des comorbidités liées à l'alcoolisation . Une enquête de l'observatoire de médecine générale de la société française de médecine générale (1994-1995). Revue du praticien 1999 ; 10 (1470) ; 1402-1408.*

(50) ADES J., LEJOYEUX M. - *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson. Collection Médecine et Psychiatrie. 1997.*

(51) PERUGI et coll. – *Alcohol abuse in social phobic patients : is there a bipolar connection ? Journal of affective disorders, 2002; 68; 33-39. CFES, Alcool Actualités n°7, mai/juin 2002.*

(52) CARRIGAN M.H., RANDALL C.L. – *Self-medication in social phobia. A review of the alcohol literature. Addictive Behaviors. 28 (2003) 269-284.*

(53) KARITA L., LEGLEYE S., DONNADIEU S., BECK F., CORNUBLE E., REYNAUD M. – *Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude ADOTECNO. Alcoologie et addictologie. Juin 2004 ; 26 (2) : 99-109.*

(54) SERVANT D., PARQUET P-J. – *Stress, anxiété et pathologies médicales. Masson. Collection Médecine et Psychothérapie. 1995.*

(55) DAVIDSON R., FORD S., SMITH R., POTTS N., - *Long term treatment of social phobia with clonazepam. Journal of Clinical Psychiatry 1991; 52 (11 suppl.): 16-20.*

(56) LIEBOWITZ M.R. *et coll.* - *Social phobia : review of a neglected anxiety disorder.* *Arch. Gen. Psych.*, 1985, 42; 729-736.

(57) LIEBOWITZ M.R., SCHNEIER F., CAMPEAS R., *et al.* - *Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison .* *Arch. Gen. Psych.*, 1992; 49: 290-300.

(58) KATZELNICK D.J. *et coll.* - *Sertraline for social phobia : a double-blind, placebo-controlled crossover study.* *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152: 1368-1371.

(59) STEIN M.B. *et coll.* - *Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder) : a double-blind, placebo-controlled study.* *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156; 756-760.

(60) BALDWIN D. *et coll.* - *Paroxetine in social phobia / social anxiety disorder.* *British Journal of Psychiatry*, 1999 ; 175 : 120-126.

(61) VAN AMERIGEN M., MANCINI M., SREINER D.L. - *Fluoxetine efficacy in social phobia.* *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993; 54: 27-32.

(62) COTTRAUX J., NOTE I., ALBUISSON E. *et coll.* - *Cognitive behaviour therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomised controlled trial.* *Psychotherapy and psychosomatics*, 2000; 69: 137-146.

(63) COTTRAUX J. - *Les thérapies comportementales et cognitives. 3ème édition,* Masson, 2001.

(64) LEGERON P. - *L'entraînement à l'affirmation de soi.* *Cahiers médicaux*, 1981 ; 6 ;22 :1433-1436.

(65) ANDRE C. - *La psychothérapie des phobies sociales.* *Neuro-psy*, n°spécial décembre 2001 ; 52-59.

(66) TAYLOR S (1996) - *Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27 :1-9.

(67) JUSTER H.R., HEIMBERG H.G., HOLT C.S. (1996) – *Social phobia: diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. Progress in Behavior Modification*, 30 : 74-98.

(68) TUNER S.M., COOLEY M.R., BEIDEL D.C. (1996) – *Behavioral and pharmacological treatment for social phobia. In: Long-term Treatment of Anxiety Disorders*, M.R. Mavissakalian, R.F. Prien (eds), American Psychiatric Press, Washington D.C., pp 343-371.

(69) FESKE U., CHAMBLESS D.L. (1995) – *Cognitive behavioural versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. Behavior Therapy*, 26 : 695-720.

(70) GOULD R.A. et coll – *Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analyse. Clinical Psychology and Scientific Practice*, 1997; 4 : 291-306.

(71) RANDALL C.L., JOHNSON M.R., THEVOS A.K., SONNE S.C., THOMAS S.E., WILLARD S.L., BRADY K.T., DAVIDSON J.R. – *Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. Depression and anxiety*. 14: 255-262 (2001).

(72) *Expertise collective – Psychothérapie. Trois approches évaluées. Les éditions INSERM*, 2004.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :Extrait de « Historique du concept de phobie sociale » PELISSOLO A.	14
Tableau II : Critères pour phobie sociale.....	18
Tableau III : Critères diagnostiques de la phobie sociale de la C.I.M.10.....	20
Tableau IV : Trac et phobie sociale (Extrait de « <i>La Peur des Autres</i> » C. ANDRE).	30
Tableau V : Critères diagnostiques de la personnalité évitante.....	32
Tableau VI : Critères pour abus d'une substance.....	36
Tableau VII : Critères de dépendance à une substance.....	38
Tableau VIII : Cumul d'au moins trois substances (extrait de « L'adolescence aux milles visages ». BRACONNIER A.,MARCELLI D.).....	43
Tableau IX:Risque du développement d'un cancer bucco-pharyngé en fonction des consommations d'alcool et de tabac (Rothman et Keller, 1972).....	45
Tableau X: Risque de développement d'un cancer de l'œsophage en fonction des consommations d'alcool et de tabac (Tuyns A.J. 1977).....	45
Tableau XI :Alcoolisme et accidents. Proportion de patients ayant une alcoolémie supérieure ou égale à 0.8g/l par type d'accidents.	48
Tableau XII: Prévalence de la phobie sociale chez les alcoolodépendants exprimée en pourcentage de patients (extrait de « Social phobia and alcoholism : a complex relationship. » LEPINE J.P., PELISSOLO A.).....	50
Tableau XIII: Prévalence des comportements d'alcoolisation (abus ou dépendance) chez des patients phobiques sociaux (extrait de « Social phobia and alcoholism : a complex relationship » LEPINE J.P., PELISSOLO A.).....	51
Tableau XIV :Les principales étapes des techniques d'exposition (extrait de « La Peur des Autres » ANDRE C.)(7).....	58
Tableau XV : principales revues et méta-analyse dans le traitement psychothérapeutique de la phobie sociale.....	61
Tableau XVI : Indications et contre-indications des vitamines (extrait de « Le malade alcoolique » KIRITZE-TOPOR P., BENARD J .Y.).....	65
Tableau XVII : Les non-indications du sevrage (extrait de « Le malade alcoolique » KIRITZE-TOPOR P., BENARD J .Y.).....	69
Tableau XVIII : référent suivi avec répartition par âge.....	77

Tableau XIX : traitements psychotropes.....	78
Tableau XX : situation familiale et sociale des sujets phobiques.....	82
Tableau XXI : occupation actuelle.	82
Tableau XXII : mode de consommation des sujets phobiques sociaux selon le sexe.	83
Tableau XXIII : diagnostic de phobie sociale antérieur aux comportements d'alcoolisation.....	85

LISTE DES FIGURES:

Figure 1 : les manifestations de l'anxiété sociale.	17
Figure 2 : Risques de la phobie sociale	49
Figure 3 : répartition en fonction de l'âge.	75
Figure 4 : répartition par classe d'âge selon le sexe.	75
Figure 5 : consommation toxicomaniaque.....	79
Figure 6: répartition par âge et selon le sexe des sujets phobiques.	80
Figure 7 : consommation toxicomaniaque chez les phobiques sociaux.	84

Les illustrations sont tirées du livre de Christophe ANDRE et MUZO : « Petites angoisses et grosses phobies »(figure 1, figure 2, ainsi que l'illustration de la conclusion).

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DU JURY.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
PLAN GENERAL.....	11
INTRODUCTION.....	12
I- DEFINITIONS.....	13
1. La phobie sociale.....	13
a- Historique.....	13
b- Définition.....	15
c- Outils diagnostiques.....	21
+ Echelles diagnostiques.....	22
+ Echelles d'évaluation.....	22
+ Echelles chez l'enfant.....	26
d- Epidémiologie.....	26
+ Prévalence de la phobie sociale.....	26
+ Profil des phobiques sociaux.....	27
+ Comorbidités.....	27
e- Diagnostics différentiels.....	28
2. L'alcool et les jeunes.....	33
a- Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes.....	33
b- Les différents types d'alcoolisation.....	34
+ Le mésusage de l'alcool.....	35
+ L'alcoolodépendance.....	37
c- épidémiologie.....	39
+ Généralités.....	39
+ Prévalence en médecine générale.....	39
+ Caractéristiques chez les jeunes.....	40
+ Dépistage précoce.....	41

d- association à d'autres addictions.....	42
e- comorbidités et retentissements.....	43
+ Pathologies somatiques.....	44
+ Retentissement familial et socioprofessionnel.....	46
3. Lien entre la phobie sociale et l'alcool.....	48
a- épidémiologie.....	48
b- effet de l'alcool sur l'anxiété.....	51
c- facteurs familiaux et environnementaux.....	52
d- précession des troubles.....	52
e- nécessité d'un dépistage précoce de la phobie sociale.....	53
II- APPROCHE THERAPEUTIQUE.....	54
1- Traitement de la phobie sociale.....	54
a- traitements pharmacologiques.....	54
+ Les bêtabloquants.....	54
+ Les anxiolytiques.....	55
+ Les antidépresseurs.....	55
b- traitements psychothérapeutiques.....	57
+ La relaxation.....	57
+ L'exposition.....	57
+ La désensibilisation.....	58
+ L'entraînement aux compétences sociales.....	59
+ La restructuration cognitive.....	60
+ Stratégies thérapeutiques.....	60
c- Association nécessaire des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques.....	62
2. Prise en charge des comportements d'alcoolisation pathologiques.....	62
a- traitements pharmacologiques.....	62
+ Traitements du sevrage et de fond de l'alcoolodépendance.....	62
+ Traitements des carences.....	64
b- les traitements à l'étude.....	66

c- les psychothérapies.....	66
+ Soutien psychothérapique.....	66
+ Psychothérapie analytique.....	67
+ Psychothérapie cognitivo-comportementale.....	67
+ Psychothérapie de groupe.....	68
+ Psychothérapies systémiques.....	68
d- le sevrage.....	68
e- cas particuliers.....	70
+ L'intoxication éthylique aiguë.....	70
+ Les polyconsommations ou polytoxicomanies.....	71
III- ENQUETE.....	72
1. Objectifs.....	72
2. Méthodologie.....	72
a- Présentation de l'enquête.....	72
b- Patients cibles.....	73
c- Localisation de l'enquête	73
d- Choix du questionnaire.....	74
3. Résultats.....	74
a- Données générales.....	74
b- Profil médicopsychiatrique de la population étudiée.....	76
+ Suivi médical.....	76
+ Antécédents médicaux et psychiatriques.....	77
+ Traitements psychotropes.....	78
+ Mode de consommation de l'alcool.....	78
+ Consommation de substances psychoactives.....	79
c- Résultats pour la phobie sociale.....	80
+ Généralités.....	80
+ Sévérité des troubles.....	81
+ Profil des patients phobiques.....	81
4 Discussion.....	86
a- Comparaison des résultats avec les précédentes études.....	86

b- Points notables soulevés au cours de l'étude.....	87
IV- INTERET POUR LE MEDECIN GENERALISTE.....	89
1. Dépistage et outils diagnostiques de la phobie sociale.....	89
2. Prévention et prise en charge thérapeutique.....	90
CONCLUSION.....	92
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	94
LISTE DES TABLEAUX.....	102
LISTE DES FIGURES.....	104
TABLE DES MATIERES.....	105
ANNEXES.....	109

ANNEXES

Les échelles diagnostiques et d'évaluation

(I)- Le M.I.N.I.

Nom du patient : _____

Date : _____

1. Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsqu'on vous regardait ? _____NON... OUI...

Si la question 1 est cotée « NON » → pas de phobie sociale → arrêt de l'évaluation

Si la question 1 est cotée « OUI » → passer à la question 2

2. Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ? _____NON... OUI...

Si la question 2 est cotée « NON » → pas de phobie sociale → arrêt de l'évaluation

Si la question 2 est cotée « OUI » → passer à la question 3

3. Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ? _____NON... OUI...

Si la question 3 est cotée « NON » → pas de phobie sociale → arrêt de l'évaluation

Si la question 3 est cotée « OUI » → passer à la question 4

4. Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou vos relations avec les autres ? _____NON... OUI...

Si la question 4 est cotée « NON » → pas de phobie sociale

Si la question 4 est cotée « OUI » → PHOBIE SOCIALE ACTUELLE

(II)- Le questionnaire des peurs de MARKS et MATHEWS

Nom : Âge : Sexe : Date :

1) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensations ou sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>n'évite pas</i>		<i>évite un peu</i>		<i>évite souvent</i>		<i>évite très souvent</i>		<i>évite toujours</i>

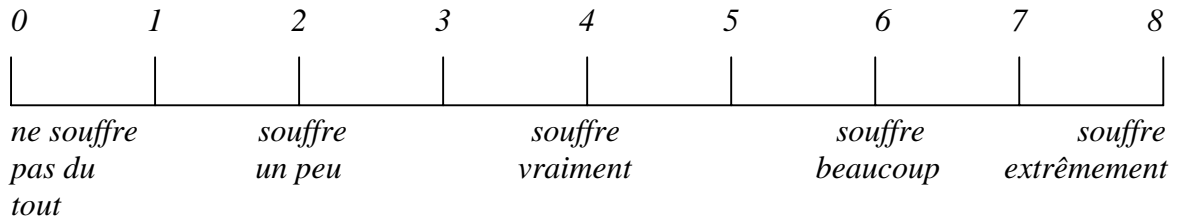
1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez-la à votre façon, puis cotez la de 0 à 8).....					
2. Injections et interventions chirurgicales minimales					
3. Manger et boire avec les autres					
4. Aller dans les hôpitaux					
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car					
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule					
7. Être regardé(e) ou dévisagé(e)					
8. Aller dans des magasins remplis de monde					
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité					
10. Voir du sang					
11. Être critiqué(e)					
12. Partir seul(e) loin de chez vous					
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade					
14. Parler ou agir en public					
15. Les grands espaces vides					
16. Aller chez le dentiste					
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez-la puis cotez de 0 à 8)					

Ne pas remplir

--	--	--	--

AG SA-B SOC Total

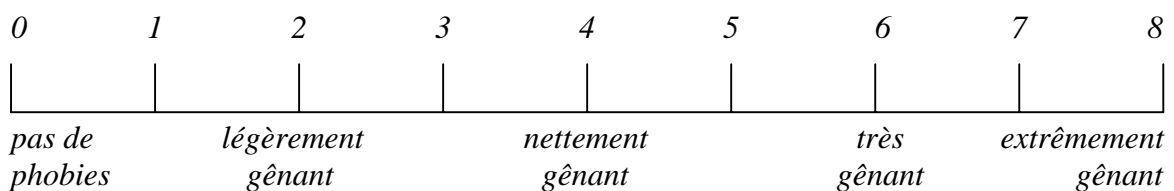
2) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.



18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé	
19. Sentiment d'être irritable ou en colère	
20. Se sentir tendu ou paniqué	
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges.....	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez-les) :	

Total

3) A combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :



(III)- L'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée

Nom : Prénom :

Âge : Sexe :

Date :

PHOBIES

Définir avec le sujet les deux principales situations phobogènes. Leur guérison changerait considérablement la vie du sujet.

Phobie I :

Phobie II :

Evaluer l'intensité de votre angoisse et votre degré d'évitement pour la phobie I et la phobie II en cochant la case correspondante. Utiliser l'échelle centrale qui va de 0 à 8. Ne cocher qu'un seul barreau de l'échelle pour chacune des deux phobies.

<i>Phobie I</i>		<i>Phobie II</i>
	0. Pas de malaise dans cette situation	
	1.	
	2. Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation	
	3.	
	4. J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation	
	5.	
	6. J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible	
	7.	
	8. J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours	

ATTAQUES DE PANIQUE SPONTANÉES

1) Avez-vous ressenti la semaine passée des attaques de paniques spontanées dans lesquelles vous vous sentiez soudain terrorisé sans raison apparente. Ces attaques surviennent en dehors des situations que vous évitez habituellement. Elles sont de courte durée : une minute à deux heures au maximum. Le maximum d'intensité est atteint en moins de dix minutes.

Cocher ci-dessous :

0. Jamais	
1.	
2. Au moins une fois	
3.	
4. Quelquefois	
5.	
6. Une fois par jour	
7.	
8. Plusieurs fois par jour	

2) *Au cours des attaques de panique, avez-vous ressenti les phénomènes suivants :*

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>1. souffle coupé, étouffement</i>		
<i>2. Etourdissement, instabilité, évanouissement</i>		
<i>3. Palpitations, cœur accéléré</i>		
<i>4. Tremblements ou secousses musculaires</i>		
<i>5. Transpiration</i>		
<i>6. Sensation d'être étranglé(e)</i>		
<i>7. Nausée ou gêne abdominale</i>		
<i>8. Etrangeté, irréalité de vous même ou du monde extérieur</i>		
<i>9. Engourdissement, picotements</i>		
<i>10. Chaleur, frissons, chaud, froid</i>		
<i>11. Douleur, gêne thoracique</i>		
<i>12. Peur de mourir</i>		
<i>13. Peur de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé</i>		

Total oui :

3) *Avez-vous ressenti de telles attaques de panique spontanées au moins quatre fois durant les quatre dernières semaines ? Cocher la case choisie :*

<i>OUI</i>	<i>NON</i>

4) *Une au moins de ces attaques a été suivie par une période d'au moins un mois de la peur persistante d'avoir une autre attaque. Cocher la case choisie :*

<i>OUI</i>	<i>NON</i>

ANXIETE GENERALISEE

A quel point avez-vous ressenti constamment une angoisse, une tension, une insomnie, un manque de concentration, ou de l'agitation au cours de la semaine dernière ? Ne pas coter ici les phobies, les rituels, les paniques, mais l'anxiété constamment présente : le bruit de fond de l'anxiété.

Cocher ci-dessous :

<i>0. Pas de problème</i>	
<i>1.</i>	
<i>2. Léger problème</i>	
<i>3.</i>	
<i>4. Problème modéré</i>	
<i>5.</i>	
<i>6. Problème sévère</i>	
<i>7.</i>	
<i>8. Handicap sévère</i>	

--

(IV)- Echelle brève de phobie sociale de DAVIDSON*Instructions :*

Le clinicien doit évaluer la période de temps qui couvre la semaine précédente. Si un patient n'a pas été exposé à la situation redoutée durant la semaine précédente, le clinicien doit coter la peur, l'évitement et les symptômes physiologiques en fonction de la manière dont le patient se sentirait s'il devait faire face à chacune de ces situations.

Seuils cliniques de cotation :

<i>Peurs :</i>	<i>Evitement :</i>
<i>0. Absente</i>	<i>0. Jamais (0%)</i>
<i>1. Légère : peu fréquente et/ou perturbante</i>	<i>1. Rarement (1-33%)</i>
<i>2. Moyenne : fréquente et/ou peu perturbante</i>	<i>2. Parfois (34-46%)</i>
<i>3. Sévère : constante, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbante</i>	<i>3. Fréquemment (67-99%)</i>
<i>4. Extrême : invalidante et/ou très douloureuse ou perturbante</i>	<i>4. Toujours (100%)</i>

<i>Situation</i>	<i>Peur</i>	<i>Evitement</i>
<i>1. Parler en public ou en face d'autrui</i>		
<i>2. Parler à des gens qui détiennent une autorité</i>		
<i>3. Parler à des inconnus</i>		
<i>4 Etre embarrassé ou humilié</i>		
<i>5. Etre critiqué</i>		
<i>6. Les réunions sociales</i>		
<i>7. Faire quelque chose en étant observé (cela n'inclut pas le fait de parler)</i>		

Symptômes physiologiques :

Quand vous êtes dans une situations qui implique un contact avec les autres ou lorsque vous pensez à une telle situation, ressentez-vous les symptômes suivants ? Noter dans chaque case ci-dessous le score correspondants aux seuils cliniques ci-contre :

<i>Seuils cliniques de cotation</i>	<i>Situation</i>
<i>1. Léger : peu fréquent et/ou non perturbant</i>	<i>1. Rougir :</i>
<i>2. Moyen : fréquent et/ou perturbant</i>	<i>2. Palpitations :</i>
<i>3. Sévère : constant, dominant la vie quotidienne du sujet et/ou nettement perturbant</i>	<i>3. Tremblements ou secousses musculaires :</i>
<i>4. Extrême : invalidant et/ou très douloureux ou perturbant</i>	<i>4. Transpiration :</i>

Scores totaux

1^{ère} partie : Peur, items 1-7. Total : (P)

Evitement, items 1-7. Total: (E)

2^{ème} partie: Physiologique, items 1-4. Total : (Phy)

(P + E + Phy) = TOTAL

(V)- Questionnaire de Watson et Friend

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous.

Lisez chaque phrase puis marquez d'une croix {X}, si c'est vrai ou faux pour vous.

	V	F
1. <i>Je m'inquiète rarement de paraître ridicule.</i>		
2. <i>Je m'inquiète de l'opinion des autres même quand je sais que cela n'a aucune importance.</i>		
3. <i>Je deviens tendu(e) et agité(e) si je sais que quelqu'un est en train de me juger.</i>		
4. <i>Je suis imperturbable même si je sais qu'on est en train de se faire une opinion défavorable sur moi.</i>		
5. <i>Je suis bouleversé(e) quand je commets une erreur en société.</i>		
6. <i>Les opinions que les gens importants ont de moi ne me soucient guère.</i>		
7. <i>J'ai souvent peur de paraître ridicule ou de me comporter d'une façon absurde.</i>		
8. <i>Je réagis très peu quand les gens me désapprouvent.</i>		
9. <i>J'ai souvent peur que les gens s'aperçoivent de mes défauts.</i>		
10. <i>La désapprobation des autres a peu d'effets sur moi.</i>		
11. <i>Si quelqu'un est en train de m'évaluer, je m'attends au pire.</i>		
12. <i>Je m'inquiète rarement de l'impression que je donne aux autres.</i>		
13. <i>J'ai peur d'être désapprouvé(e).</i>		
14. <i>J'ai peur que les autres me trouvent des défauts.</i>		
15. <i>Ce que les autres pensent de moi m'est égal.</i>		
16. <i>Je ne suis pas peiné(e) si je ne plais pas à quelqu'un.</i>		
17. <i>Lorsque je suis en train de parler à quelqu'un, je m'inquiète de ce qu'il est en train de penser de moi.</i>		
18. <i>Je pense que parfois on ne peut pas éviter de faire des erreurs en société, alors je ne m'inquiète pas.</i>		
19. <i>Je m'inquiète de l'impression que je donne aux autres.</i>		

<p>20. <i>Je m'inquiète beaucoup de l'impression que je donne à mes supérieurs.</i></p> <p>21. <i>Si je sais que quelqu'un est en train de me juger, cela ne me perturbe pas.</i></p> <p>22. <i>Je m'inquiète en imaginant que les autres pensent que je ne vauds rien.</i></p> <p>23. <i>Je m'inquiète très peu de ce que les autres vont penser de moi.</i></p> <p>24. <i>Parfois je pense que je m'inquiète trop de ce que les autres vont penser de moi.</i></p> <p>25. <i>Je m'inquiète souvent en imaginant que je vais faire ou dire ce qu'il ne faut pas.</i></p> <p>26. <i>Je suis souvent indifférent(e) à ce que les autres pensent de moi.</i></p> <p>27. <i>En général, je suis confiant(e) de l'impression favorable que je donne aux autres.</i></p> <p>28. <i>Je m'inquiète souvent en m'imaginant que les gens que je considère importants ne pensent pas grand-chose de moi.</i></p> <p>29. <i>Je me pose souvent des questions sur les opinions de mes amis à mon sujet.</i></p> <p>30. <i>Je deviens tendu(e) et agité(e) si je sais que je suis en train d'être jugé(e) par mes supérieurs.</i></p>		
--	--	--

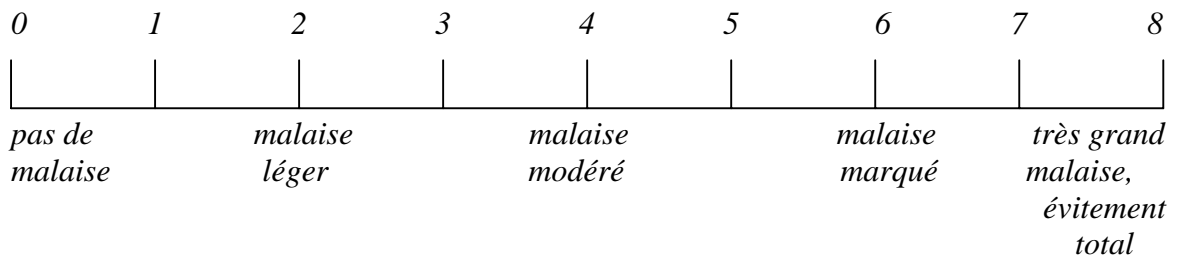
(VI)- Le test comportemental d'évitement

Nom :

Date :

Semaine :

Pour évaluer ce que vous pouvez faire en ce moment, voulez-vous essayer de réaliser les tâches suivantes ? Si vous ne pouvez y arriver du tout, cocher la case NON. Si vous pouvez y arriver, la case OUI. Marquez ensuite dans la case situé en-dessous de la case NON, un chiffre entre 0 et 8 correspondant à votre niveau de malaise vis-à-vis de cette tâche. Utilisez l'échelle ci-dessous :



Tâche 1 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

<i>Oui</i>		<i>0</i>
<i>Non</i>		<i>1</i>

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 2 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

<i>Oui</i>		<i>0</i>
<i>Non</i>		<i>1</i>

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 3 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

<i>Oui</i>		<i>0</i>
<i>Non</i>		<i>1</i>

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Tâche 4 :

Activité.....

Pouvez-vous le faire ?

<i>Oui</i>		<i>0</i>
<i>Non</i>		<i>1</i>

Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)

Ne rien écrire ici

Total :

Evitement (0-4) :.....

Malaise (0-32) :.....

(VII)- L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

Nom : Date :

Cotation :

0 :absent 1 :léger 2 :moyen 3 :fort 4 :maximal

1. Humeur anxieuse :

Inquiétude- Attente du pire- Appréhension (anticipation avec peur)- Irritabilité

2. Tension :

Sensations de tension- Fatigabilité- Impossibilité de se détendre- Réaction de sursaut- Pleurs faciles- Tremblements- Sensation d'être incapable de rester en place.

3. Peurs :

Du noir- Des gens qu'on ne connaît pas- D'être abandonné seul- Des gros animaux- De la circulation- De la foule

4. Insomnie :

Difficultés d'endormissement- Sommeil interrompu- Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil- Rêves pénibles- Cauchemars- Terreurs nocturnes.

5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :

Difficultés de concentration- Mauvaise mémoire

6. Humeur dépressive :

Perte d'intérêts- Ne prend plus plaisir à ses passe-temps- Dépression- Insomnie du matin- Variations de l'humeur dans la journée

7. Symptômes somatiques généraux (musculaires) :.....

Douleurs et courbatures dans les muscles- Raideurs musculaires- Sursauts musculaires- Secousses cloniques- Grincements des dents- Voix mal assurée

8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :.....

Tintements d'oreilles- Vision brouillée- Bouffées de chaleur ou de froid- Sensations de faiblesse- Sensations de picotements

9. Symptômes cardio-vasculaires :.....

Tachycardie- Palpitations- Douleurs dans la poitrine- Battement des vaisseaux- Sensations syncopales- Extra-systoles

10. Symptômes respiratoires :

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction- Soupirs- Sensations d'étouffement- Dyspnée

11. Symptômes gastro-intestinaux :

Dyspepsie : douleur avant ou après le repas, sensations de brûlure, ballonnement, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac

Difficultés pour avaler- Vents- « Coliques » abdominales- Borborygmes- Diarrhée- Perte de poids- Constipation

12. Symptômes génito-urinaires :

Mictions fréquentes- Urgence de la miction- Aménorrhée- Ménorragies- Apparition d'une frigidity- Ejaculation précoce- Absence d'érection- Impuissance

13. Symptômes du système nerveux autonome :

Bouche sèche- Accès de rougeur- Pâleur- Vertiges- Tendance à la sudation- Céphalée de tension- Horripilation

14. Comportement lors de l'entretien :

Général :

Tendu non à son aise- Agitation nerveuse : des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir- Instabilité va-et-vient- Tremblement des mains- Front plissé- Faciès tendu- Augmentation du tonus musculaire- Respiration haletante- Pâleur faciale

Physiologique :

Avale sa salive- Eructations- Tachycardie au repos- Rythme respiratoire à plus de 20/min- Reflexes tendineux vifs- Tremblements- Dilatation pupillaire- Exophtalmie- Sudation- Battements des paupières

Total général :

(VIII)- L'échelle d'affirmation de soi

Nom :

Date :

Indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportements. Veuillez utiliser la cotation ci-après et mettre une note à chaque affirmation :

- 1. très caractéristique*
- 2. plutôt caractéristique*
- 3. un peu caractéristique*
- 4. un peu non caractéristique*
- 5. plutôt non caractéristique*
- 6. vraiment non caractéristique*

<p>1. La plupart des gens me semblent plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.</p> <p>_____ </p>	<p>8. Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.</p> <p>_____ </p>
<p>2. Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter un rendez-vous.</p> <p>_____ </p>	<p>9. A vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.</p> <p>_____ </p>
<p>3. Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.</p> <p>_____ </p>	<p>10. J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.</p> <p>_____ </p>
<p>4. Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même lorsque je sens que l'on m'a blessé(e).</p> <p>_____ </p>	<p>11. Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.</p> <p>_____ </p>
<p>5. Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire non.</p> <p>_____ </p>	<p>12. J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.</p> <p>_____ </p>
<p>6. Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.</p> <p>_____ </p>	<p>13. Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel.</p> <p>_____ </p>
<p>7. Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.</p> <p>_____ </p>	<p>14. Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.</p> <p>_____ </p>

<p>15. Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.</p> <p>_____ </p>	<p>22. Si quelqu'un a répandu des histoires fausses ou de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication.</p> <p>_____ </p>
<p>16. Il m'est arrivé d'éviter de poser des questions, par peur de paraître stupide.</p> <p>_____ </p>	<p>23. J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire non.</p> <p>_____ </p>
<p>17. Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps.</p> <p>_____ </p>	<p>24. J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.</p> <p>_____ </p>
<p>18. Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.</p> <p>_____ </p>	<p>25. Je me plains lorsque le service est mal fait, dans un restaurant ou ailleurs.</p> <p>_____ </p>
<p>19. J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.</p> <p>_____ </p>	<p>26. Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment.</p> <p>_____ </p>
<p>20. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres.</p> <p>_____ </p>	<p>27. Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part.</p> <p>_____ </p>
<p>21. Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.</p> <p>_____ </p>	<p>28. Quiconque cherche à passer devant une queue, risque une bonne explication.</p> <p>_____ </p>

<p>29. <i>Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.</i></p> <p>_____ </p>	<p>30. <i>Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.</i></p> <p>_____ </p>
<p>Score total : _____</p>	

(IX)- Le questionnaire des conduites interpersonnelles

Nom : Date :

Indiquer à quel degré les propositions suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportement en inscrivant un chiffre dans la colonne de gauche et dans celle de droite pour chaque proposition.

ETES-VOUS TENDU(E)?

1. pas du tout
2. un peu
3. moyennement
4. beaucoup
5. énormément

LE FAITES-VOUS ?

1. jamais
2. rarement
3. parfois
4. d'habitude
5. toujours

- | | | |
|-------|---|-------|
| _____ | 1. Commencer une conversation avec un(e) étranger(ère) | _____ |
| _____ | 2. Dire à quelqu'un qui vous interrompt que vous trouvez cela désagréable. | _____ |
| _____ | 3. Parler à un groupe de personnes d'une expérience que vous avez vécue. | _____ |
| _____ | 4. Demander à quelqu'un de vous expliquer quelque chose que vous n'avez pas compris. | _____ |
| _____ | 5. Donner une opinion différente de celle de la personne avec qui vous parlez. | _____ |
| _____ | 6. Recevoir un compliment sur votre apparence personnelle. | _____ |
| _____ | 7. Dire à un(e) ami(e) ou à une connaissance qu'il (elle) a fait quelque chose qui vous ennuie. | _____ |
| _____ | 8. Dire à quelqu'un que vous l'aimez. | _____ |
| _____ | 9. Dire non à une demande d'un supérieur hiérarchique. | _____ |
| _____ | 10. Demander à des gens de tenir compte du fait que vous avez peur de quelque chose. | _____ |
| _____ | 11. Maintenir votre opinion devant un(e) ami(e) qui n'est | _____ |

pas d'accord avec vous.

- _____ 12. Admettre que vous avez tort. _____
- _____ 13. Regarder la personne avec qui vous parlez. _____
- _____ 14. Inviter une connaissance à vous accompagner à un événement social (par exemple : une soirée, un apéritif). _____
- _____ 15. Dire à quelqu'un que vous pensez qu'il (elle) a été injuste envers vous. _____
- _____ 16. Dire à quelqu'un que vous l'appréciez. _____
- _____ 17. Refusez une consommation, en particulier si on vous l'offre à plusieurs reprises. _____
- _____ 18. Dire à une personne qui vous a fait une critique vraie qu'elle a raison. _____
- _____ 19. Accepter un compliment à propos de quelque chose que vous avez fait. _____
- _____ 20. Accepter l'invitation de quelqu'un à l'accompagner à un événement social. _____
- _____ 21. Commencer une conversation avec un homme ou une femme que vous trouvez attrayant(e). _____
- _____ 22. Dire non à une demande d'une personne que vous aimez. _____
- _____ 23. Discuter une critique de quelqu'un à propos de quelque chose que vous avez fait. _____
- _____ 24. Dire que vous êtes heureux(se) de vous être fait dire qu'on vous aime. _____
- _____ 25. Demander à une connaissance de vous aider dans un travail. _____
- _____ 26. Exprimer votre opinion au cours d'une conversation avec des étrangers(ères). _____
- _____ 27. Vous joindre à la conversation d'un groupe de personnes. _____
- _____ 28. Demander à des gens de vous remettre ce qu'ils vous ont emprunté. _____
- _____ 29. Inviter une connaissance à aller prendre un verre. _____
- _____ 30. Accepter l'offre de quelqu'un qui veut vous aider _____
- _____ 31. Refuser de donner de l'argent à quelqu'un qui fait une collecte. _____

- _____ 32. *Maintenir votre opinion face à une personne qui a une opinion très ferme.* _____
- _____ 33. *Demander à une personne d'arrêter de faire une chose qui vous dérange (par exemple dans un restaurant ou un cinéma).* _____
- _____ 34. *Protester quand quelqu'un passe devant vous dans une file d'attente.* _____
- _____ 35. *Donner votre opinion à quelqu'un qui en connaît plus que vous sur le sujet.* _____
- _____ 36. *Demander à quelqu'un si vous l'avez blessé* _____
- _____ 37. *Dire que vous aimez que des gens expriment qu'ils vous apprécient.* _____
- _____ 38. *Donner votre opinion à un supérieur hiérarchique.* _____
- _____ 39. *Refuser des marchandises ou des services insatisfaisants (par exemple, dans un magasin ou un restaurant).* _____
- _____ 40. *Dire à une personne à quel point vous êtes heureux(se) de ce qu'elle fait pour vous.* _____
- _____ 41. *Discuter avec des gens de votre impression qu'ils essaient de vous éviter.* _____
- _____ 42. *Dire que vous êtes désolé(e) alors que vous avez fait une erreur.* _____
- _____ 43. *Dire à quelqu'un que vous êtes très satisfait(e) de quelque chose que vous avez fait.* _____
- _____ 44. *Expliquer votre philosophie de la vie.* _____
- _____ 45. *Vous présenter à quelqu'un pour faire connaissance.* _____
- _____ 46. *Demander à quelqu'un de vous indiquer la bonne direction.* _____
- _____ 47. *Demander à quelqu'un de critiquer quelque chose que vous avez fait.* _____
- _____ 48. *Refuser de prêter quelque chose à un proche.* _____
- _____ 49. *Admettre que vous connaissez peu de choses sur un sujet en particulier.* _____
- _____ 50. *Insister pour que quelqu'un fasse sa part dans un travail commun.* _____

(X)- Le test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale

Nom : Prénom : Date :

Instructions :

Il est évident que les gens pensent de manière variée quand ils rencontrent différentes personnes. Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées que vous avez eu personnellement, à certains moments, avant, pendant ou après une rencontre sociale. Lisez attentivement chaque question et veuillez évaluer avec quelle fréquence vous avez des pensées identiques à celles de la liste avant, pendant et après une rencontre sociale. Utilisez l'échelle suivante pour évaluer la fréquence de ces pensées : 1) Presque jamais ; 2) Rarement ; 3) Parfois ; 4) Souvent ; 5) Très souvent. Cochez le chiffre choisi dans la case correspondante :

	<i>Presque jamais</i> 1	<i>Rare- ment</i> 2	<i>Parfois</i> 3	<i>Souvent</i> 4	<i>Très souvent</i> 5
<i>1. Quand je ne trouve rien à dire, je sens que je deviens anxieux(se).</i>					
<i>2. Je n'ai aucune difficulté à parler aux personnes du sexe opposé.</i>					
<i>3. J'espère ne pas me ridiculiser.</i>					
<i>4. Je commence à me sentir à l'aise.</i>					
<i>5. J'ai réellement peur de ce que peuvent penser de moi les personnes du sexe opposé.</i>					
<i>6. Pas de soucis, pas de peur, pas d'anxiété.</i>					
<i>7. Je meurs de peur.</i>					

8. <i>Il ou elle ne va pas s'intéresser à moi.</i>					
9. <i>Peut-être que je peux le (ou la) mettre à l'aise en faisant les premiers pas.</i>					
10. <i>Au lieu de me faire du souci, je peux imaginer le meilleur moyen de le (ou la) connaître.</i>					
11. <i>Je ne me sens pas à l'aise pour rencontrer les personnes du sexe opposé, et de ce fait les choses risquent de mal tourner.</i>					
12. <i>Et alors ? Le pire qui puisse arriver est que je ne lui plaise pas.</i>					
13. <i>Il (ou elle) veut autant parler me parler que je veux lui parler.</i>					
14. <i>Ce sera une bonne occasion.</i>					
15. <i>Si je foire cette conversation, je vais réellement perdre toute confiance en moi.</i>					
16. <i>Ce que je vais dire va paraître probablement stupide.</i>					
17. <i>Qu'est-ce que j'ai à perdre ? Cela vaut la peine d'essayer.</i>					
18. <i>La situation n'est pas facile mais je peux la prendre bien en main.</i>					
19. <i>Oh... Je ne veux pas faire cela !</i>					

20. <i>Je serai blessé(e) si il (ou elle) ne me répond pas.</i>					
21. <i>Je dois absolument lui faire bonne impression ou bien je vais me sentir très mal.</i>					
22. <i>Je suis un(e) idiot(e) plein(e) d'inhibitions.</i>					
23. <i>De toute façon je vais probablement échouer lamentablement.</i>					
24. <i>Je ne peux rien avoir bien en main.</i>					
25. <i>Même si les choses ne vont pas bien ce n'est pas une catastrophe.</i>					
26. <i>Je me sens maladroit et stupide ; il ou elle va sûrement le remarquer.</i>					
27. <i>Nous avons probablement beaucoup de choses en commun.</i>					
28. <i>Peut-être que l'on va très bien s'entendre.</i>					
29. <i>J'espère que je pourrais partir et éviter toute la situation.</i>					
30. <i>Ah ! Envoie promener la prudence !</i>					

(XI)- L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Nom du patient :

Date :

Pour chacune des situations ci-contre, coter le niveau de peur ou d'anxiété et le niveau d'évitement sur une échelle de 0 à 3.

<i>Peur ou anxiété</i>		<i>Evitement</i>	
0	<i>Aucune</i>	0	<i>Jamais</i>
1	<i>Légère</i>	1	<i>Occasionnel(0-33%)</i>
2	<i>Moyenne</i>	2	<i>Fréquent(33-66%)</i>
3	<i>Sévère</i>	3	<i>Habituel(67-100%)</i>

	<i>Peur ou anxiété</i>	<i>Evitement</i>
<i>1. Téléphoner en public</i>		
<i>2. Participer au sein d'un petit groupe</i>		
<i>3. Manger dans un lieu public</i>		
<i>4. Boire en compagnie dans un lieu public</i>		
<i>5. Parler à des gens qui détiennent une autorité</i>		
<i>6. Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public</i>		
<i>7. Aller à une soirée</i>		
<i>8. Travailler en étant observé</i>		
<i>9. Ecrire en étant observé</i>		
<i>10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne</i>		

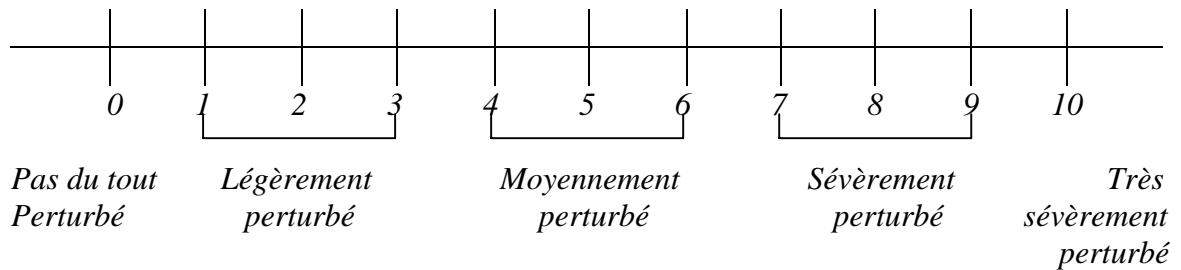
<i>connaissez pas très bien</i>		
<i>11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien</i>		
<i>12. Rencontrer des inconnus</i>		
<i>13. Uriner dans les toilettes publiques</i>		
<i>14. Entrer dans une pièce alors que tous le monde est déjà assis</i>		
<i>15. Etre le centre d'attention</i>		
<i>16. Prendre la parole à une réunion</i>		
<i>17. Passer un examen</i>		
<i>18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien</i>		
<i>19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien</i>		
<i>20. Faire un compte rendu à un groupe</i>		
<i>21. Essayer de « draguer » quelqu'un</i>		
<i>22. Rapporter des marchandises dans un magasin</i>		
<i>23. Donner une soirée</i>		
<i>24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant</i>		
TOTAL		

(XII)- L'échelle de Sheehan

Nom du patient :

Date :

Sur une échelle de 0 à 10, suivant le diagramme ci-dessous, indiquez le nombre qui décrit le mieux votre degré de gêne ou d'incapacité aujourd'hui dans chacun des domaines suivants : Travail, Vie Sociale et Activités de loisir, Vie Familiale et Responsabilités Domestiques.

***Travail :***

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre travail est-il perturbé ? _____

(0-10)

Vie Sociale et Loisirs :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie sociale et vos loisirs sont-ils perturbés ? _____

(0-10)

Vie de famille et responsabilités domestiques :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie familiale et vos responsabilités domestiques sont-elles perturbées ? _____

(0-10)

(XIII)- Echelle des peurs pour enfant révisées

Voici plusieurs situations pour lesquelles les garçons et les filles rapportent souvent de la peur. Lis attentivement chacune de ces situations et encerle le chiffre qui décrit le mieux la peur que tu ressens face à celles-ci. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Rappelle-toi, tu dois encerler le chiffre (1,2, ou 3) qui décrit le mieux ta peur de cette situation.

1. Cette situation ne provoque **aucune peur**
2. Cette situation provoque un **peu de peur**
3. Cette situation provoque une **peur très importante**

Encerle un chiffre de 1 à 3

1. Faire un exposé oral	1 2 3
2. Rouler en voiture ou en autobus	1 2 3
3. Etre puni par ma mère	1 2 3
4. Les lézards	1 2 3
5. Paraître fou	1 2 3
6. Les fantômes ou des choses ayant un rapport avec les revenants	1 2 3
7. Les objets pointus	1 2 3
8. Devoir aller à l'hôpital	1 2 3
9. La mort ou les personnes mortes	1 2 3
10. Etre perdu dans un endroit inconnu	1 2 3
11. Les serpents	1 2 3
12. Parler au téléphone	1 2 3
13. Les manèges forains bruyants et rapides	1 2 3
14. Etre malade à l'école	1 2 3
15. Etre envoyé chez le directeur	1 2 3
16. Voyager en train	1 2 3
17. Etre laissé à la maison sous la garde de quelqu'un	1 2 3
18. Les ours et les loups	1 2 3
19. Rencontrer quelqu'un pour la première fois	1 2 3
20. Les attaques aériennes, être envahi	1 2 3
21. Avoir une piqûre par l'infirmière ou le médecin	1 2 3

22. <i>Aller chez le dentiste</i>	1 2 3
23. <i>Les lieux élevés comme les montagnes</i>	1 2 3
24. <i>Etre taquiné</i>	1 2 3
25. <i>Les araignées</i>	1 2 3
26. <i>Un voleur entre dans la maison</i>	1 2 3
27. <i>Voyager en avion</i>	1 2 3
28. <i>Etre interrogé sans avoir été averti par le professeur</i>	1 2 3
29. <i>Avoir de mauvais résultats à l'école (un mauvais classement)</i>	1 2 3
30. <i>Les chauve-souris ou les oiseaux</i>	1 2 3
31. <i>Etre critiqué par mes parents</i>	1 2 3
32. <i>Les armes à feu</i>	1 2 3
33. <i>Etre mêlé à une bagarre</i>	1 2 3
34. <i>Le feu, être brûlé</i>	1 2 3
35. <i>Etre coupé ou blessé</i>	1 2 3
36. <i>Etre dans une grande foule</i>	1 2 3
37. <i>Les orages</i>	1 2 3
38. <i>Avoir à manger quelque chose que je n'aime pas</i>	1 2 3
39. <i>Les chats</i>	1 2 3
40. <i>Echouer à un examen</i>	1 2 3
41. <i>Etre heurté par une voiture ou un camion</i>	1 2 3
42. <i>Etre obligé d'aller à l'école</i>	1 2 3
43. <i>Participer à des jeux bruyants durant l'éducation physique</i>	1 2 3
44. <i>Entendre mes parents se disputer</i>	1 2 3
45. <i>Les pièces sombres ou les placards</i>	1 2 3
46. <i>Avoir à jouer devant un public</i>	1 2 3
47. <i>Les fourmis ou les scarabées</i>	1 2 3
48. <i>Etre critiqué par les autres</i>	1 2 3
49. <i>Les personnes qui semblent bizarres</i>	1 2 3
50. <i>La vue du sang</i>	1 2 3
51. <i>Aller chez le médecin</i>	1 2 3
52. <i>Les chiens inconnus ou à l'air méchant</i>	1 2 3
53. <i>Les cimetières</i>	1 2 3
54. <i>Avoir un avertissement</i>	1 2 3
55. <i>Me faire couper les cheveux</i>	1 2 3

56. <i>L'eau profonde ou la mer</i>	1 2 3
57. <i>Les cauchemars</i>	1 2 3
58. <i>Tomber d'un endroit élevé</i>	1 2 3
59. <i>Recevoir un choc électrique</i>	1 2 3
60. <i>Aller au lit dans le noir</i>	1 2 3
61. <i>Etre malade en voiture</i>	1 2 3
62. <i>Etre seul</i>	1 2 3
63. <i>Etre obligé de porter des vêtements différents de ceux des autres</i>	1 2 3
64. <i>Etre puni par mon père</i>	1 2 3
65. <i>Etre retenue après l'école</i>	1 2 3
66. <i>Faire des erreurs</i>	1 2 3
67. <i>Les films étranges</i>	1 2 3
68. <i>Les bruits de sirène</i>	1 2 3
69. <i>Faire quelque chose de nouveau</i>	1 2 3
70. <i>Les germes ou attraper une maladie grave</i>	1 2 3
71. <i>Les endroits fermés</i>	1 2 3
72. <i>Les tremblements de terre</i>	1 2 3
73. <i>Un pays ennemi</i>	1 2 3
74. <i>Les ascenseurs</i>	1 2 3
75. <i>Les endroits obscurs</i>	1 2 3
76. <i>M'étouffer</i>	1 2 3
77. <i>Etre piqué par une abeille</i>	1 2 3
78. <i>Les vers ou les escargots</i>	1 2 3
79. <i>Les rats ou les souris</i>	1 2 3
80. <i>Passer un examen</i>	1 2 3

4. SITUATION JUDICIAIRE :Type :Suivi comité de probation Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle Motif :Conduite en état d'ivresse Violence, délinquance, homicide 5. LOGEMENT :Locataire Propriétaire Vit chez autrui SDF Logement collectif (type sonacotra) Structure d'hébergement Camping-caravaning Autre 6. SITUATION SOCIALE :RMIste Pension de reversion Arrêt maladie Invalidité Minimum vieillesse Pension de retraite Déjà connu d'un service social Dossier COTOREP en cours CMU Mutuelle Aide-médicale, CMU Complémentaire 7. REFERENT AVEC LEQUEL UN SUIVI EST ENGAGE :Médecin traitant

- Psychiatre*
- Psychologue*
- Médecin alcoologue*
- Assistante sociale*
- Début du suivi*
- Rythme du suivi*

8. ANTECEDENTS PERSONNELS :

a) *psychiatrique* *oui* *non*

Si oui :

- Arriération mentale*
- Psychose aiguë*
- Psychose chronique*
- Troubles névrotiques*
- Dépression*
- Tentative de suicide*
- Troubles des conduites alimentaires*
- Autres (à préciser)*

b) *médicaux* *oui* *non*

- Cirrhose*
- Polynévrite*
- Hépatite A,B,C*
- HIV*
- Pancréatite*
- Autres*

9. MODALITES DE RECRUTEMENT :

- Médecin traitant*
- Médecin libéral*
- Médecine du travail ou préventive*
- Service ou secteur de psychiatrie*

- DASS, Commission médicale, Service Social*
- Mouvement d'anciens buveurs*
- Comité de probation*
- API*
- Pompiers*
- Force publique*
- SAMU social*
- Autre*

10. ORIGINE DU RECRUTEMENT :

- Volontaire*
- Pression familiale*
- Pression professionnelle*
- Autre*

11. MOTIF D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION :

- IEA simple*
- Ivresse pathologique*
- Troubles de la vigilance ou coma*
- Accident de sevrage*
- Retentissement somatique de l'alcoolodépendance*
- Sevrage thérapeutique*
- TS*
- Autre*

12. NOMBRE D'ADMISSIONS ANTERIEURES :

- Depuis 3 mois*
- Depuis 3 ans*
- Nbre d'hospit. antérieures, en rapport avec un problème d'alcool*
- Nombre de post-cures*
- Hospitalisations psychiatriques antérieures*
- Nbre d'admission dans un service d'urgence*

