

RECHERCHE

Mme Céline Brison*, Pr Philippe De Timary**, Pr Emmanuelle Zech***

* Assistante de recherche et doctorante, Psychological sciences research institute (IPSY), Université catholique de Louvain, 10 bte L3.05.01, Place Cardinal Mercier, B-1348 Louvain-la-Neuve. Courriel : celine.brison@uclouvain.be

** Professeur clinique ordinaire, Institute of neuroscience (IoNS) et Service de psychiatrie adulte, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

*** Professeur, IPSY, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

Reçu janvier 2016, accepté juillet 2016

“Réussir” son sevrage grâce à la qualité relationnelle

Résumé

Contexte : l’accompagnement en milieu hospitalier du sevrage alcoolique peut aller d’un suivi purement médical à une approche globale de la personne : physique, sociale et psychologique, au sein d’une équipe pluridisciplinaire. **Objectif** : cette étude évalue, de manière transversale aux suivis proposés, la manière dont la qualité relationnelle perçue par le patient influence le processus de changement de ce dernier, pendant sa cure, tant sur des symptômes associés à l’alcoolodépendance (*craving*, dépression, anxiété) que sur une dimension intrapsychique de développement personnel (l’auto-actualisation). **Méthode** : des questionnaires ont été distribués aux patients au début et à la fin d’une cure de sevrage en milieu hospitalier de trois semaines. **Résultats** : les analyses ne montrent aucune supériorité d’une approche thérapeutique par rapport à une autre. Au-delà du type d’approche, c’est la qualité relationnelle globale perçue par le patient qui semble expliquer entre 25 et 35 % des progrès constatés. La seule différence marquante dans le parcours des patients est le rôle central joué par l’interniste pendant l’hospitalisation dans l’approche purement médicale. **Discussion** : qu’elle soit ou non au centre du projet thérapeutique, la qualité relationnelle entre le patient et l’équipe soignante est une variable que l’on ne peut négliger.

Mots-clés

Qualité relationnelle – Empathie – Alcoolodépendance – Sevrage – Efficacité.

Summary

En cours de traduction.

Key words

En cours de traduction.

Comme le soulignent les dernières recommandations de bonne pratique proposées par la Société française d’alcoolologie pour le mésusage de l’alcool (1), favoriser l’alliance thérapeutique avec les patients souffrant d’alcoolodépendance est essentiel pour garantir

une amélioration réelle de leur qualité de vie. Plus spécifiquement, dans leur revue de la littérature sur l’efficacité des facteurs liés à la relation thérapeutique dans le traitement des troubles liés à l’abus de substance, Castonguay et Beutler (2) concluent au réel

pouvoir de l'alliance thérapeutique sur l'envie de ces patients à entamer et à persévérer dans un traitement, à se sentir en sécurité pour explorer leur problème, à exprimer leur détresse et finalement à favoriser de meilleurs résultats thérapeutiques (3). De plus, les dernières études montrent un effet spécifique de l'empathie du thérapeute sur l'amélioration des patients alcoolodépendants, indépendamment du type d'interventions psychologiques proposées (4, 5). En Belgique, comme partout dans le monde, psychologues et psychiatres sont souvent intégrés au sein même des hôpitaux pour favoriser cette alliance et accompagner au mieux les patients pendant leur sevrage (6).

Toutefois, si tout le monde semble s'accorder actuellement sur l'importance d'établir une bonne alliance thérapeutique avec son patient, de nombreuses divergences persistent sur la définition même de ce concept en fonction des différents courants théoriques qui se le sont appropriés (7). Ces divergences peuvent être illustrées par le nombre important d'échelles différentes validées pour le mesurer. Dans leur méta-analyse, Horvath et al. (8) en répertorient 30 (sans compter les différentes versions d'un même instrument). C'est pour éviter toute ambiguïté que cet article s'abstiendra par la suite d'utiliser le terme d'alliance thérapeutique et préférera utiliser le concept de "qualité relationnelle". Cette notion se base clairement sur les théories des thérapies centrées sur la personne et souligne l'importance première de la relation établie avec le patient et de la qualité de l'écoute perçue par ce dernier. Dans ce cadre théorique, cette qualité d'écoute du soignant est évaluée à travers la perception de trois attitudes définies par Rogers dans son article de 1957 (9). Sans les définir avec force détails (nous renvoyons pour cela à l'article), la qualité de la relation thérapeutique sera évaluée plus positivement si le patient se sent compris (empathie), accueilli dans toutes ses dimensions, même les plus inavouables (considération positive inconditionnelle) et cela de manière authentique (congruence). Ces trois attitudes ont déjà démontré leur efficacité et tendent à être reconnues par la communauté scientifique comme des éléments de base de toute thérapie (10).

L'originalité de cette démarche de recherche repose sur le fait que nous nous sommes intéressés à la période du sevrage d'alcool qui est une étape importante de l'accompagnement du patient alcoolodépendant. En effet, elle est souvent l'occasion d'une première rencontre avec des soignants qui se préoccupent des difficultés aux prises desquelles le patient se retrouve confronté dans

son quotidien de consommation (6). C'est un moment particulier aussi sur le plan des manifestations psychologiques, car il est associé à une récupération spontanée de certains symptômes de l'alcoolodépendance tels que le *craving* pour l'alcool, la dépression et l'anxiété (11, 12). L'objectif ici est donc de mesurer si la qualité de la relation thérapeutique perçue par le patient peut être, non seulement, associée à une diminution des symptômes rencontrés pendant le sevrage d'alcool, signes déjà d'un effet psychologique, mais aussi liée à des modifications du développement personnel et interne du patient.

Une autre limite des études antérieures est qu'elles se sont jusqu'à présent principalement focalisées sur les suivis psychothérapeutiques individualisés (4, 10). Rien n'empêche cependant de penser que le poids du facteur relationnel joue aussi dans la relation globale établie entre le patient et l'ensemble de l'équipe soignante en milieu hospitalier. Dans la perspective humaniste de son article, Rogers (9) soulignait déjà à son époque que ces conditions relationnelles pouvaient être présentes et jouer aussi sur le processus de croissance de tout individu en dehors d'un suivi individualisé avec un thérapeute. Pour lui, un processus de croissance interne peut se déclencher chez tout individu qui entre en relation avec une personne, thérapeute, médecin, aidant, chez qui il perçoit une écoute authentique, bienveillante et non jugeante. C'est bien ces qualités relationnelles perçues par le patient, telles qu'il les a définies précisément dans son article de 1957, qui vont lui permettre de se sentir en sécurité, libre de s'exprimer et, au final, d'accepter et de vivre pleinement les émotions et les pensées qui le traversent, ainsi que d'enclencher un processus de croissance et de développement personnels, que Rogers appelle processus d'auto-actualisation (13).

L'objectif ici va donc au-delà de favoriser une diminution des symptômes, signe déjà d'un changement psychologique, mais bien d'aider au développement personnel et interne du patient. Il serait dès lors intéressant d'analyser comment la qualité relationnelle de l'équipe soignante perçue par le patient lors de son sevrage influence le développement de celui-ci sur ces deux aspects du processus de changements psychologiques : 1) l'aspect symptomatique de l'alcoolodépendance – évalué classiquement dans les études pour valider l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique (1, 3), c'est-à-dire le niveau d'appétence à l'alcool (ou *craving*), ainsi que deux symptômes psychiatriques fréquemment associés à ce mésusage : la dépression et l'anxiété – et 2) l'aspect intrapsychique lié à une

A valider
SVP

conception rogérienne du changement, c'est-à-dire l'évolution du patient par rapport à sa manière d'accepter, de vivre les ressentis qui le traversent et d'être plus ouvert à lui-même (le niveau d'auto-actualisation).

Objectifs

L'étude se concentre sur trois points essentiels :

- L'analyse du parcours du patient pendant la cure : quels spécialistes rencontre-t-il réellement pendant son hospitalisation ? À quelle fréquence ? Est-il globalement satisfait ? Comment perçoit-il la qualité relationnelle de l'équipe soignante ?
- L'analyse de l'évolution du patient tant sur les symptômes associés habituellement à l'alcoolodépendance (le *craving*, la dépression et l'anxiété) que sur le processus de croissance interne du patient (l'auto-actualisation).
- L'analyse du poids relatif de la qualité des relations perçues par le patient sur son amélioration symptomatique et sa croissance interne (l'auto-actualisation).

Hypothèse principale de recherche

L'étude fait l'hypothèse qu'au-delà du type de traitement reçu et des professionnels rencontrés, la qualité globale de la relation établie entre l'équipe soignante et le patient, perçue par ce dernier, joue un rôle significatif tant sur l'amélioration symptomatique que sur le processus de croissance interne du patient pendant sa cure (l'auto-actualisation).

Matériel et méthode

Population

L'échantillon est composé de 72 patients alcoolodépendants (46 hommes, 26 femmes, *M*âge = 50,73 ans, *SD* = 10,72) participant à un sevrage de trois semaines dans un centre hospitalier. 61 patients proviennent du service d'alcoologie des Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique, offrant une approche pluridisciplinaire et 11 du service de gastro-entérologie de la Clinique Saint-Joseph, Rocourt, Belgique, offrant un accompagnement uniquement médical. Les patients ont tous suivi le traitement dans son entièreté. Au niveau de leur profil sociodémographique, la majorité a au moins un enfant (80,6 % de l'échantillon), 40,3 % sont

en couple ou mariés. 93,1 % sont belges. 47,8 % ont fait des études supérieures. Par rapport à leur consommation, ils rapportent souffrir de leur dépendance en moyenne depuis plus de 30 ans (*M* = 31,41, *SD* = 12,53) ; pourtant, pour 47,2 % d'entre eux, il s'agit de leur première cure de sevrage (*N* = 38). 47,9 % ont ou ont déjà eu un suivi psychologique.

Sélection de l'échantillon et procédure

Deux hôpitaux ont été choisis pour cette étude. Dans un premier temps, la recherche s'est déroulée dans le service qui offrait une approche pluridisciplinaire. L'équipe soignante était ouverte à accueillir une recherche qui évaluerait comment leur qualité relationnelle joue sur l'évolution du patient pendant sa cure. Ce service a l'avantage de proposer un programme d'hospitalisation assez systématique qui facilite l'intégration d'une recherche et le contrôle de variables perturbatrices. En effet, tous les patients sont hospitalisés de manière volontaire le lundi. Ils restent une semaine pour être accompagnés dans leur sevrage physique. Ils retournent ensuite une semaine chez eux, puis reviennent pour une semaine afin d'évaluer leur abstinence et réadapter le traitement. De plus, tous les patients rencontrent systématiquement, en plus du gastro-entérologue, un psychiatre et un psychologue. À leur demande ou sur les conseils des médecins, ils peuvent aussi être accompagnés par un diététicien ou un assistant social. Les patients sont informés de ce protocole avant leur hospitalisation pendant un entretien d'admission.

C'est dans un second temps qu'un service offrant un accompagnement purement médical du sevrage a été recherché. Il s'agissait alors d'élargir l'échantillon pour mieux comprendre ce qui pouvait expliquer les améliorations observées chez les patients et déterminer ce qui pouvait être attribué aux traitements médicaux, à l'approche pluridisciplinaire ou à un processus plus global de croissance personnelle. Pour minimiser les biais, le service choisi devait offrir également un traitement médical type de trois semaines et accueillir le même profil de patients (hospitalisation volontaire).

Le recrutement des participants s'est déroulé ensuite sur trois périodes de cinq mois. Pendant cette période, l'un des chercheurs, indépendant de l'équipe médicale, se présentait à chaque nouveau patient qui commençait le programme de sevrage de trois semaines, la plupart du temps, le lendemain de son entrée, en allant le voir

directement dans sa chambre. Après avoir présenté l'étude, informé le patient sur le respect de la confidentialité de ce qu'il transmettait et de sa liberté à participer, le consentement informé était signé et un premier questionnaire lui était remis. Ont été exclus de l'étude, en accord avec l'équipe médicale, les patients avec un état de santé trop faible ou une maîtrise insuffisante de la langue française pour répondre de manière fiable aux questionnaires. Le protocole de recherche et les questionnaires ont été soumis et approuvés par les commissions d'éthique biomédicale des deux hôpitaux accueillant les patients de cette étude. C'est le même chercheur qui revenait trois semaines plus tard pour proposer de compléter à nouveau le questionnaire. Sur 133 personnes rencontrées, 125 ont accepté de participer à l'étude (huit refus), mais au final seulement 72 patients participeront à l'entièreté de l'étude. La raison principale de cette perte de participants est un arrêt précoce du traitement (40 patients ne sont plus présents au temps 2). Pour le reste, huit questionnaires n'ont pu être analysés, car trop incomplets, et cinq patients ne répondaient pas aux critères de base (maîtrise trop faible ou insuffisante du français).

Instruments de mesure

Le questionnaire commençait par la récolte d'informations sociodémographiques (sexe, âge, nationalité, niveau d'étude, statut civil, nombre d'enfants) et une série de questions sur l'implication du patient dans un travail thérapeutique en dehors de la cure ("Avez-vous un suivi psychologique à l'extérieur de l'hôpital ? Oui-Non", "Si oui, depuis combien d'années ?"), ainsi que sur le nombre de cures entamées avant cette hospitalisation ("Est-ce votre première hospitalisation pour une cure de sevrage ? Oui-Non", "Si non, avant celle-ci, combien de cures de sevrage avez-vous entreprises ?"). Au début du questionnaire proposé à la fin de l'hospitalisation, il était aussi demandé au patient d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 à quel point il était satisfait de son hospitalisation, **ainsi que de préciser** le nombre d'entretiens qu'il avait eus avec les différents professionnels de la santé (interniste, psychiatre, psychologue...) au cours des trois semaines de traitement et quelle avait été la rencontre pour lui la plus aidante.

La suite du questionnaire rassemblait une série d'échelles permettant d'évaluer en début et en fin d'hospitalisation l'intensité des symptômes habituellement liés à l'alcoolodépendance et le niveau d'auto-actualisation

du patient. La qualité relationnelle perçue était évaluée dans le questionnaire de fin de cure.

Le *craving* fut évalué grâce à validation française (14) de l'*Obsessive compulsive drinking scale* – OCDS (15). Cette échelle autorapportée de 14 items permet d'obtenir un score d'appétence globale. Elle est largement utilisée par les professionnels (chercheurs ou cliniciens), car elle permet de repérer les patients jugés à risque de rechute (15), d'évaluer la sévérité de l'alcoolodépendance et les résultats du traitement (15, 16). Toutefois, dans notre étude, quatre items ont été supprimés du questionnaire au temps 2. Il s'agit des items 7 à 10 évaluant la quantité de consommation actuelle et ses conséquences sur la vie professionnelle et sociale. Les patients étant abstinents depuis le début de leur hospitalisation, il n'était pas pertinent de les questionner à ce propos. Dès lors, notre score total est composé de huit items et varie de 0 à 32 (pour les items 1 et 2, ainsi que pour les items 13 et 14, il ne faut tenir compte que du score le plus haut à l'un des deux items pour calculer le score total). Cette stratégie a déjà été utilisée dans d'autres recherches travaillant également avec des patients abstinents (17, 18). La consistance interne de cette échelle modifiée reste excellente dans la présente étude ($\alpha = 0,91$).

La sévérité de la dépression du patient fut mesurée au moyen de la version française validée (19) de l'échelle *Beck depression inventory* – BDI-II (20). Cet instrument est composé de 21 items qui évaluent les symptômes dépressifs de manière globale, tels que la tristesse ou la perte d'intérêt. Le score total représente la somme des scores aux items et varie entre 0 et 63. Un score situé entre 12 et 19 dans la version française équivaut à une dépression faible, tandis qu'un score de 20 à 27 représente une dépression modérée (19).

Le niveau d'anxiété fut mesuré à l'aide de la version française validée (21) de l'échelle *State trait anxiety inventory* – STAI (22). En effet, celle-ci a été validée avec une population dépendante de l'alcool (23, 24). Elle compte 20 items avec un score total compris entre 20 et 80. Une anxiété très élevée se situe au-dessus de 65, une anxiété moyenne se situe entre 45 et 55 et une anxiété très faible est inférieure ou égale à 35 (21).

Afin d'évaluer le niveau d'auto-actualisation du patient selon une conception rogérianne du changement, la dernière version traduite et validée par notre équipe de recherche du *Strathclyde inventory* – SI-22-F (25, 26) fut employée. L'échelle de base fut construite à partir de la

notion de changement thérapeutique définie par Rogers (13) et elle permet de mesurer le niveau de développement personnel du patient en informant sur la capacité d'ouverture du patient à lui-même et aux autres. L'échelle originale était constituée de 51 items survolant les six éléments inhérents au changement thérapeutique développés par Rogers (27) : le lieu de l'évaluation, l'ouverture à l'expérience, l'auto-affection, la vie existentielle, l'acceptation des autres et l'adaptation psychologique. Concrètement, au plus un patient a un haut score à cette échelle, au plus il peut être défini comme une personne flexible, ouverte aux nouvelles expériences, capable de créer de nouvelles réponses face à des changements dans son environnement et continuellement en lien avec ce qu'il est au plus profond de lui-même (28). La version utilisée dans la présente étude est celle abrégée, constituée de 22 items ("J'ai pu exprimer ce que je ressentais de manière personnelle") (29). Les participants doivent répondre en jugeant la fréquence avec laquelle les items leur sont parus vrais au cours de la dernière semaine. Cette estimation doit se situer sur une échelle de Likert à cinq points allant de 0 (jamais) à 4 (la plupart du temps). Le score total correspond à la somme des scores aux items et varie entre 0 et 88. La version utilisée dans la présente étude possède une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,94$).

La qualité relationnelle de l'équipe soignante perçue par le patient a été évaluée à l'aide d'une version adaptée et traduite par notre équipe de l'*Empathy scale* – ES (30). En effet, il n'existe pas d'échelle française courte validée qui évalue la perception par le patient de la qualité relationnelle émise par l'équipe avec les critères de l'approche centrée sur la personne. Il a donc fallu adapter l'échelle anglaise qui permettait le plus facilement de répondre à cet objectif. La version originale de l'ES est un inventaire invitant le patient à évaluer la qualité de la relation établie avec un thérapeute sur trois dimensions : l'empathie, la chaleur, l'authenticité. Elle se base clairement sur des critères rogoriens. Cet outil compte dix items. Chaque item doit être évalué par le patient sur une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup). Les items font référence à ce qui a été vécu par le patient au cours d'une séance de thérapie ("Durant cette séance, mon thérapeute était empathique et se souciait de moi"). La traduction de l'échelle a déjà été utilisée dans d'autres études de notre équipe de recherche avec satisfaction (31). Dans le cadre de cette étude, les items ont été adaptés pour évaluer les qualités relationnelles perçues par le patient au sein de l'équipe. Pour cela, les termes "séance" et "thérapeute" ont été remplacés respectivement par les termes "hospitalisation" et "équipe soignante" (exemple :

"Durant mon hospitalisation, l'équipe soignante était empathique et se souciait de moi"). L'échelle a été proposée au patient uniquement à la fin du traitement. La version utilisée dans la présente étude possède une bonne consistance interne ($\alpha = 0,75$).

Analyses statistiques

Dans un premier temps, les deux groupes de sujets (suivi pluridisciplinaire ou uniquement médical) ont été comparés selon leur sexe, leur statut marital, leur origine et leur niveau d'étude en appliquant le test du χ^2 (comparaison d'effectifs). Ils ont été aussi comparés selon l'âge à l'aide d'un test-t pour échantillons indépendants. C'est ce même test-t qui a été utilisé pour comparer les deux groupes au niveau du nombre d'entretiens avec les professionnels de la santé, de la satisfaction globale par rapport à l'hospitalisation et de la qualité relationnelle perçue. Dans un deuxième temps, l'évolution des deux groupes a été évaluée pour le *craving*, la dépression, l'anxiété et le niveau d'auto-actualisation en utilisant une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées avec le temps comme variable intra-sujets (les scores totaux pré- et post-hospitalisation) et le type de soin en variable inter-sujets (pluridisciplinaire ou purement médical). Le nombre de patients n'étant pas équivalent entre les deux types de suivi, l'équivalence des variances a été à chaque étape contrôlée à l'aide du test de Levene. Dans un troisième temps, le poids de la variable qualité de la relation établie entre le patient et l'équipe soignante sur son évolution est évalué en intégrant cette variable continue dans les ANOVA en tant que covariable (ANCOVA). Cette dernière analyse permet d'obtenir une vision globale du poids respectif de chacun des facteurs (type de service, temps et qualité relationnelle) sur les différentes variables dépendantes (dépression, *craving*, anxiété et auto-actualisation).

Le niveau de significativité était fixé à $p < 0,05$. Les analyses statistiques et la taille des effets ont été évaluées avec le logiciel SPSS 18.

Résultats

Comparaison des profils des deux populations

Il n'y a aucune différence significative entre les profils des patients accueillis dans les deux types de structure sur les différentes variables contrôles évaluées dans

l'étude : sexe, âge, nationalité, niveau d'étude, statut civil, nombre d'enfants, suivi psychologique à l'extérieur de l'hôpital et nombre de cures effectuées avant l'hospitalisation (p s comprises entre 0,14 et 0,86).

Le parcours et la satisfaction du patient selon le type de soin

Concrètement et comme attendu, le tableau I met bien en avant que les patients n'ont pas du tout le même parcours en fonction du type de soin choisi. Dans l'institution pluridisciplinaire, les patients rencontrent plusieurs professionnels et plusieurs fois en cours d'hospitalisation, dont principalement le psychiatre, le psychologue et l'interniste. Dans l'accompagnement purement médical du sevrage, les patients rencontrent bien souvent uniquement l'interniste, avec une tendance pour notre échantillon que ces entretiens soient un peu plus nombreux que dans l'approche pluridisciplinaire. Aucun patient de ce groupe n'a eu d'entretien avec un assistant social ou un psychologue. L'interniste joue un rôle clairement central dans une approche purement médicale du sevrage. En dehors des infirmières, c'est souvent le seul spécialiste que ces patients rencontrent pendant leur cure.

De plus, 70 % des patients dans ce service déclarent que c'est la rencontre avec l'interniste qui fut la plus aidante, contre 1,9 % dans le service pluridisciplinaire

(tableau II). Cette répartition est significativement différente entre les deux groupes (χ^2 (5, $N = 63$) = 39,2, $p < 0,001$).

Toutefois, ces différences dans le parcours du patient ne semblent pas jouer sur la satisfaction globale du patient en fin d'hospitalisation. Avec un degré de satisfaction moyen pour les patients de l'approche pluridisciplinaire à 8,11/10 ($SD = 1,67$) et à 8,30/10 ($SD = 0,95$) pour l'approche purement médicale, il n'y a aucune différence significative ($t(65) < 1$, ns). Au niveau de la qualité relationnelle perçue par le patient pour l'ensemble de l'équipe, si l'approche pluridisciplinaire est en moyenne évaluée plus positivement ($M = 10,08$, $SD = 4,56$) que l'approche purement médicale ($M = 8,2$, $SD = 4,16$), cette différence ne s'avère également pas significative au sein de notre échantillon ($t(33) < 1$, ns).

L'évolution des symptômes psychopathologiques

Pour la dépression et le *craving*, l'ANOVA montre un unique effet principal du temps (BDI-II : $F(1, 52) = 17,65$, $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,25$ et OCDS : $F(1, 57) = 18,70$, $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,24$). Tous les patients s'améliorent en moyenne significativement en cours de traitement. Ils passent en moyenne d'un niveau modéré de dépression ($M = 24,97$, $SD = 10,71$) à un niveau faible ($M = 17,47$, $SD = 13,19$). L'absence d'effet d'interaction

Tableau I : Comparaison du nombre moyen d'entretiens avec un professionnel pendant l'hospitalisation

Type de professionnel	Patients de l'approche pluridisciplinaire ($N = 61$) Moyenne (écart-type)	Patients de l'approche purement médicale ($N = 11$) Moyenne (écart-type)	t-test
Interniste	3,08 (2,16)	5,5 (3,66)	$t(61) = -2,03^+$
Psychiatre	4,09 (1,97)	0,5 (0,53)	$t(64) = 11,50a$
Psychologue	4,35 (1,94)	0,0	$t(62) = 16,45a$
Assistant social	0,34 (0,69)	0,0	$tt(58) = 3,49a$
Dietéticien	0,37 (0,72)	0,30 (0,67)	$t(59) = 0,29$

^a différence significative à $p < 0,05$; ⁺ tendance avec $p < 0,1$.

Tableau II : Répartition des réponses à la question « quelle a été la rencontre la plus aidante ? »

Rencontre	Patients de l'approche pluridisciplinaire ($N = 53$)	Patients de l'approche purement médicale ($N = 10$)
L'interniste	1,9 %	70,0 %
Le psychiatre	13,2 %	10,0 %
Aucune	1,9 %	10,0 %
Le psychologue	45,3 %	-
Le psychologue et le psychiatre	13,2 %	-
Autre	24,5 %	10,0 %
Total	100,0 %	100,0 %

(BDI-II : $F(1, 52) = 1,63, p = 0,21$ et OCDS : $F(1, 57) < 1, ns$) signifie que l'importance de l'amélioration de la dépression et du *craving* ne dépend pas ici du type de service. Quand on ajoute la qualité relationnelle en covariance, pour ces deux variables, l'effet principal du temps disparaît (BDI-II : $F(1, 28) < 1, ns$ et OCDS : $F(1, 27) = 2,59, p = 0,12$) et l'on constate qu'un effet principal de la qualité relationnelle apparaît (BDI-II : $F(1, 28) = 16,03, p < 0,001$; $\eta^2 = 0,36$ et OCDS : $F(1, 27) = 14,97, p < 0,001$; $\eta^2 = 0,35$), ce qui peut être interprété comme le fait que la qualité relationnelle perçue par le patient a un poids plus important sur le *craving* et la dépression que le sevrage en lui-même. De plus, un effet d'interaction entre le temps et qualité relationnelle apparaît également pour la variable dépression ($F(1, 28) = 4,37, p < 0,05$; $\eta^2 = 0,13$). Cette interaction et l'examen des moyennes indiquent qu'il y a une amélioration plus importante du niveau de dépression pour les patients ayant évalué plus positivement la qualité relationnelle de l'équipe soignante (figure 1).

Pour le niveau d'anxiété, les résultats sont moins clairs. Si l'anxiété tend à diminuer pour l'ensemble des patients (temps 1 : $M = 43,50, SD = 12,16$; temps 2 : $M = 39,40, SD = 13,99$), aucun effet principal du groupe, du temps ou de l'interaction n'est significatif (respectivement, $F(1, 47) < 1, ns$; $F(1, 47) = 2,82, p = 0,10$; $F(1, 47) < 1, ns$). L'ajout de la qualité relationnelle en covariance ne fait apparaître aucun nouvel effet. Dans notre échantillon, ni le temps, ni le type de soin, ni la qualité relationnelle perçue ne peuvent expliquer le niveau de l'anxiété du patient, qui reste stable à la fin de l'hospitalisation.

L'évolution de l'auto-actualisation

Pour la variable d'auto-actualisation, l'ANOVA met en avant un effet principal du temps ($F(1, 52) = 24,48, p < 0,001$; $\eta^2 = 0,32$) et du groupe ($F(1, 52) = 4,32, p < 0,05$; $\eta^2 = 0,07$). L'effet principal du temps indique que tous les patients, quel que soit leur groupe, entament un processus de croissance personnel pendant les trois semaines d'hospitalisation (temps 1 : $M = 50,11, SD = 15,86$; temps 2 : $M = 62,11, SD = 15,19$). Pour l'effet principal du groupe, le pré-test pour cette variable confirme que les patients intégrant un service pluridisciplinaire tendent à être plus ouverts à eux-mêmes et à leurs émotions ($M = 51,18, SD = 15,80$), déjà en début d'hospitalisation, que les patients du service avec une approche purement médicale ($M = 40,90, SD = 12,19$) ($t(58) = 1,94, p = 0,06$). L'ajout de la qualité relationnelle perçue en covariance fait disparaître l'effet principal du groupe ($F(1, 25) = 3,58, p = 0,07$), mais pas l'effet principal du temps ($F(1, 25) = 4,90, p < 0,05$; $\eta^2 = 0,16$) et un effet principal de la qualité relationnelle apparaît ($F(1, 25) = 8,76, p = 0,01$; $\eta^2 = 0,25$). Ces résultats confirment que la cure en elle-même (quel que soit le type de soin) et la qualité relationnelle perçue ont un impact positif sur l'auto-actualisation des patients.

Discussion et conclusion

Cette étude confirme l'efficacité de la cure de sevrage, avec ou sans approche pluridisciplinaire, sur les symptômes de dépression et de *craving* (11, 12). L'étude va aussi plus loin en démontrant qu'un processus de

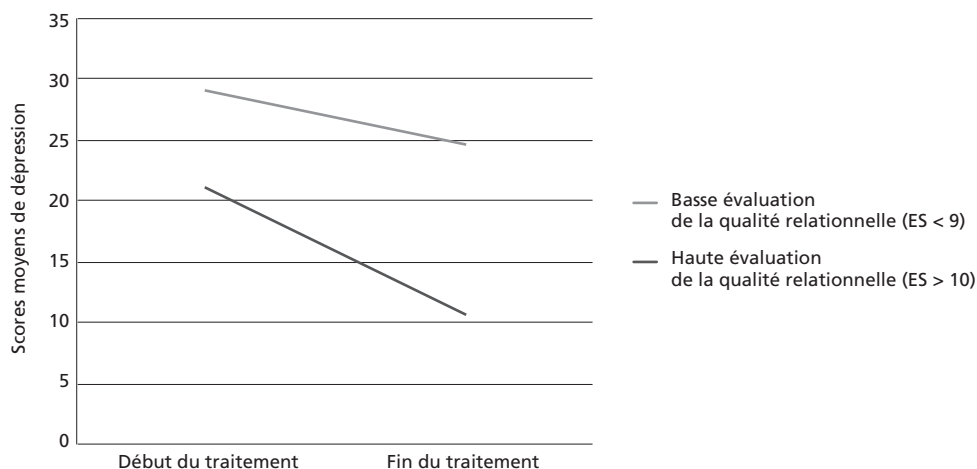


Figure 1. – Illustration de l'effet d'interaction temps et qualité relationnelle sur la dépression.

croissance personnel peut s'enclencher pendant l'hospitalisation. L'amélioration du niveau moyen d'auto-actualisation des patients signifie qu'ils perçoivent mieux leurs émotions, les écoutent davantage, qu'ils acceptent un peu plus ce qu'ils sont et qu'ils se permettent d'être plus authentiques vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. Concrètement, à la fin de leur cure, les patients ont en moyenne un besoin moins fort de consommer, une humeur moins dépressive et sont plus ouverts à leur vécu interne.

L'autre apprentissage de cette étude vient du facteur qui semble essentiellement influencer ces améliorations : la qualité relationnelle avec l'équipe soignante perçue par le patient. En effet, à elle seule, et quel que soit le type de service, cette variable explique 25 % de la variance de la dépression et 35 % de la variance du *craving*. Cette observation est importante. Jusqu'à présent, l'amélioration de ces symptômes de l'**alcoolodépendance** au cours du sevrage avait été essentiellement interprétée comme le résultat d'une diminution des effets biologiques de l'alcool, en particulier au niveau des effets sur une série de récepteurs aux neurotransmetteurs (32), mais aussi sur des processus endocriniens (33-35), ou inflammatoires (36-38). Par ailleurs, la qualité relationnelle avec l'équipe soignante explique 25 % de la variance de l'auto-actualisation. Peu importe le type de service qui prend en charge l'accompagnement du sevrage alcoolique du patient, au plus celui-ci se sentira accueilli, écouté par l'équipe, au plus il verra sa dépression diminuer, ses envies de consommer s'atténuer et son auto-actualisation s'améliorer. Dans notre échantillon, c'est ce qui semble compter avant tout. Ces résultats sont cohérents avec ce que l'on retrouve dans la littérature sur la taille d'effet moyen de l'alliance thérapeutique dans les psychothérapies individuelles ($r = 0,27$) (8, 39). Toutefois, l'article va plus loin en démontrant que ce processus de changement global peut se déclencher au sein même du service (et pas seulement dans les bureaux des psychothérapeutes). Il confirme que dans le traitement de l'addiction, les facteurs relationnels ne doivent pas être sous-estimés, au contraire, ils doivent être explicitement intégrés dans le processus de soins (40). Ils sont "l'affaire" de tous les soignants.

Ces résultats sont par ailleurs cohérents avec les résultats qui insistent sur l'importance des qualités d'accueil dans les soins en alcoologie (1, 3, 6, 41). Ils sont aussi tout à fait en accord avec les travaux qui soutiennent l'importance des facteurs liés à la fragilité du soi comme facteur favorisant la consommation d'alcool – voir les

travaux de Hull (42, 43) – et plus particulièrement sur la dimension du soi public, qui réfère à une sensibilité par rapport au regard de l'autre (18, 43, 44). L'importance de l'écart qui peut être retrouvé entre la réalité de ce que la personne perçoit d'elle-même et l'idéal qu'elle projette dans les attentes des autres est un moteur important de la dépression et du *craving* chez le sujet **alcoolodépendant** (44). Ces travaux soulignent donc en particulier à quel point le fait de se sentir perçu positivement ou négativement par les autres joue un rôle majeur dans le pronostic. Il n'est donc pas étonnant que les qualités relationnelles du soignant puissent avoir un impact positif sur l'évolution même des symptômes de l'**alcoolodépendance** (dépression, *craving*).

Une dernière information à retenir et mise en avant dans les analyses est le rôle logiquement prépondérant de l'interniste dans l'approche purement médicale, alors que dans l'approche pluridisciplinaire, les rôles semblent davantage partagés. Même si cela ne semble pas influencer fondamentalement la satisfaction des patients, la qualité relationnelle perçue et l'efficacité du soin à court terme, on peut se poser la question des effets sur le long terme. En effet, l'approche pluridisciplinaire avec sa multiplication des professionnels rencontrés peut augmenter les chances d'accroche du patient à un travail psychologique de longue durée que l'on sait essentiel pour la reconstruction post-cure (3). L'interniste, dans l'approche purement médicale, rencontre davantage le patient et est aussi très investi par lui, mais même s'il a acquis aux cours des années de vraies compétences relationnelles dans la manière d'accueillir et de guider ses patients, il n'a généralement pas développé des aptitudes pour des interventions à visée psychothérapeutique. De plus, cette omniprésence ne risque-t-elle pas d'augmenter le risque d'épuisement professionnel ? L'étude démontre en tout cas l'importance de ces qualités relationnelles sur le décours de l'évolution de son patient. Dans l'approche purement médicale, l'interniste a aussi concrètement moins de confrères sur lesquels s'appuyer en cas de difficultés plus complexes (exemple : troubles psychiatriques ou grande précarité), même si l'on constate qu'il fait appel parfois au psychiatre (mais beaucoup moins souvent que dans l'approche pluridisciplinaire). Cela est d'autant plus central qu'il est reconnu que la population alcoolodépendante cumule souvent les difficultés psychiatriques et sociales (1). Le risque de rechute est d'ailleurs plus important encore pour les patients plus isolés et précarisés (41). Là aussi, l'étude met en avant que dans l'approche pluridisciplinaire, l'accompagnement va

au-delà de la gestion des symptômes associés à l'alcoolodépendance et qu'un travail social est aussi entamé avec certains patients (exemple : aide dans la recherche de revenus supplémentaires ou d'un logement). Si ce travail ne montre pas d'effet directement après l'hospitalisation, on peut se poser la question de son effet sur le long terme et sur son impact sur la diminution réelle du risque de rechute qui reste important dans cette population. Toutefois, notre méthodologie ne permet pas actuellement de répondre à cette question.

Avant de clore cet article, une limite importante sur la taille de l'échantillon reste à souligner. En effet, celle-ci est relativement petite ($N = 72$) et la différence de taille entre les sous-groupes est importante. Même si l'homogénéité des variances entre les groupes a été contrôlée, un tel type d'échantillon ne peut mettre en avant que des changements de taille importante et ne permet pas d'analyser des effets plus petits, mais peut-être tout aussi essentiels d'un point de vue clinique et scientifique. Cette limite est à garder à l'esprit, notamment dans la comparaison des deux types de soin. En effet, au sein de notre échantillon, à part au niveau de l'échelle d'auto-actualisation, pratiquement aucune différence significative n'a pu être mise en avant entre les deux groupes, que ce soit au niveau des profils socio-démographiques des patients, de leur satisfaction globale par rapport à l'hospitalisation ou de leur évaluation de la qualité relationnelle établie avec l'équipe soignante. Au vu des caractéristiques de notre échantillon, nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existe aucune différence, mais plutôt que cette différence n'était pas assez importante au sein de notre population pour être significative dans notre étude. Nous pensons notamment à la durée de la dépendance, à la qualité du soutien social, à la présence ou pas d'un accompagnement psychologique en dehors de l'hôpital. Tous ces éléments et d'autres peuvent également influencer la réussite ou l'échec de la cure de sevrage. Cette étude a dû se limiter à contrôler ces variables en vérifiant que les groupes ne se différencient pas sur ces points. Cela ne signifie pas que ces facteurs sont à négliger, mais, plus simplement, qu'ils n'ont pas fait partie du questionnement central de cet article.

En conclusion, cette étude confirme les recommandations de la Société française d'alcoologie (1) sur l'importance d'établir une relation de confiance avec le patient alcoolodépendant et que, comme le préconisait Rogers (9) il y a pratiquement 60 ans, ce processus de changement ne se déclenche pas uniquement dans les

bureaux confinés des psychologues ou des psychiatres, mais bien à travers toutes les relations de qualité que pourra établir le patient avec les professionnels qui l'accompagneront dans ce moment très délicat qu'est le sevrage. Il est essentiel de continuer à sensibiliser les équipes médicales au poids de ce facteur et de les accompagner au mieux dans le développement de leurs compétences relationnelles. ■

Remerciements. – Aux équipes hospitalières universitaires de Saint-Luc et de Saint-Joseph et particulièrement aux deux chefs de service qui ont accepté d'ouvrir leur porte : Philippe de Timary et Boris Bastens. Aux quatre mémorantes qui ont participé à la récolte des données : Marion Avril, Laura Gribomont, Isabelle Stiévenart et Noémie Parietti, ainsi qu'à tous les patients qui ont donné de leur temps pour compléter les questionnaires.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

C. Brison, P. de Timary, E. Zech
"Réussir" son sevrage grâce à la qualité relationnelle
Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (4) : 000-000

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 2 - Castonguay LG, Beutler LE. Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. New York, NY : Wiley ; 2006.

- 3 - Lebow J, Kelly J, Knobloch-Fedders L, Moos R. Relationship factors in treating substance use disorders. In : Castonguay L, Beutler L, editors. *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY : Oxford University Press ; 2006. p. 293-317.
- 4 - Moyers TB, Houck J, Rice SL, Longabaugh R, Miller WR. Therapist empathy, combined behavioral intervention, and alcohol outcomes in the COMBINE research project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016 ; 84 (3) : 221.
- 5 - Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013 ; 27 (3) : 878.
- 6 - de Timary P, Ogez D, Van den Bosch M, Starkel P, Toussaint A. Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général. *Cahiers de Psychologie Clinique*. 2007 ; 1 (28) : 185-205.
- 7 - Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY : Oxford University Press ; 2011.
- 8 - Horvath AO, Del Re A, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011 ; 48 (1) : 9.
- 9 - Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957 ; 21 (2) : 95-103.
- 10 - Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*. 2011 ; 48 (1) : 98-102.
- 11 - Andersohn F, Kiefer F. Depressive mood and craving during alcohol withdrawal: association and interaction. *German Journal Psychiatry*. 2004 ; 7 (2) : 6-11.
- 12 - Cordovil de Sousa Uva M, De Timary P, Cortesi M, Mikolajczak M, Du Roy De Blicquy P, Luminet O. Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol-dependent subjects undergoing protracted withdrawal. *Kidlington : Elsevier* ; 2010.
- 13 - Rogers CR. *On becoming a person*. Oxford : Houghton Mifflin ; 1961.
- 14 - Chignon JM, Jacquesy L, Mennad M, Terki A, Huttin F, Martin P, et al. Auto-questionnaire d'appétence alcoolique : questionnaire ECCA, échelle de comportement et de cognitions vis-à-vis de l'alcool, traduction française et validation de l'OCDs (*Obsessive compulsive drinking scale*). *L'Encéphale – Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. 1998 ; 24 (5) : 426-34.
- 15 - Anton RF, Moak DH, Latham PK. The Obsessive compulsive drinking scale: a new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*. 1996 ; 53 (3) : 225-31.
- 16 - Schmidt P, Helten C, Soyka M. Predictive value of Obsessive-compulsive drinking scale (OCDs) for outcome in alcohol-dependent inpatients: results of a 24-month follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011 ; 6 : 14.
- 17 - Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, Fantini C, de Timary P. The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatry Research*. 2016 ; 239 : 28-38.
- 18 - de Timary P, Cordovil de Sousa Uva M, Denoël C, Hebborn L, Derely M, Desseilles M, et al. The associations between self-consciousness, depressive state and craving to drink among alcohol dependent patients undergoing protracted withdrawal. *PLOS ONE*. 2013 ; 8 (8) : e71560.
- 19 - Beck A, Steer R, Brown G. BDI II, Inventaire de dépression de Beck (2^{nde} édition). Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée ; 1996.
- 20 - Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation ; 1996.
- 21 - Spielberger C. Inventaire d'anxiété état-trait, Forme Y (STAI-Y). Traduction et validation française par Bruchon-Schweitzer M. et Paulhan I. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée ; 1993.
- 22 - Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State-trait anxiety inventory (Self evaluation questionnaire)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press ; 1970.
- 23 - Donham GW, Ludenia K, Sands MM, Holzer PD. Cross-validation of the State-trait anxiety inventory with an alcoholic population. *Journal of Clinical Psychology*. 1984 ; 40 (2) : 629-31.
- 24 - Ludenia K, Donham GW, Holzer PD, Sands MM. Anxiety in an alcoholic population: a normative study. *Journal of Clinical Psychology*. 1984 ; 40 (1) : 356-8.
- 25 - Freire E, Elliott R, Cooper M. The Strathclyde inventory: validation of a person-centred outcome measure. 13th Annual BACP Counselling and Psychotherapy Research Conference ; York ; 2007.
- 26 - Freire E. The Strathclyde inventory: a psychotherapy outcome measure based on the person-centred theory of change. Glasgow : University of Strathclyde ; 2007.
- 27 - Rogers CR. Toward becoming a fully functioning person. In : Combs AW, editor. *Perceiving, behaving, becoming: a new focus for education*. Washington, DC : National Education Association ; 1962. p. 21-33.
- 28 - Elliott R, Freire E. Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007 ; 44 (3) : 285-8.
- 29 - Freire E. The Strathclyde inventory-22 item version [Unpublished data analyses]. Glasgow, UK : University of Strathclyde ; 2009.
- 30 - Burns DD, Auerbach A, Salkovskis PM. Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? In : Salkovskis PM, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York, NY : Guilford Press ; 1996. p. 135-64.
- 31 - Brison C, Zech E, Jaeken M, Priels JM, Verhofstadt L, Van Broeck N, et al. Encounter groups: do they foster psychology students' psychological development and therapeutic attitudes? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2015 ; 14 (1) : 83-99.
- 32 - Koob GF, Le Moal M. Plasticity of reward neurocircuitry and the "dark side" of drug addiction. *Nature Neuroscience*. 2005 ; 8 (11) : 1442-4.
- 33 - Kiefer F, Jahn H, Jaschinski M, Holzbach R, Wolf K, Naber D, et al. Leptin: a modulator of alcohol craving? *Biological Psychiatry*. 2001 ; 49 (9) : 782-7.
- 34 - Leggio L, Ferrulli A, Malandrino N, Miceli A, Capristo E, Gasbarini G, et al. Insulin but not insulin growth factor-1 correlates with craving in currently drinking alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008 ; 32 (3) : 450-8.
- 35 - Wurst FM, Rasmussen DD, Hillemacher T, Kraus T, Ramskogler K, Lesch O, et al. Alcoholism, craving, and hormones: the role of leptin, ghrelin, prolactin, and the pro-opiomelanocortin system in modulating ethanol intake. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007 ; 31 (12) : 1963-7.
- 36 - Leclercq S, Cani PD, Neyrinck AM, Stärkel P, Jamar F, Mikolajczak M, et al. Role of intestinal permeability and inflammation in the biological and behavioral control of alcohol-dependent subjects. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2012 ; 26 (6) : 911-8.
- 37 - Leclercq S, De Saeger C, Delzenne N, de Timary P, Stärkel P. Role of inflammatory pathways, blood mononuclear cells, and gut-derived bacterial products in alcohol dependence. *Biological Psychiatry*. 2014 ; 76 (9) : 725-33.
- 38 - Leclercq S, Matamoros S, Cani PD, Neyrinck AM, Jamar F, Stärkel P, et al. Intestinal permeability, gut-bacterial dysbiosis, and behavioral markers of alcohol-dependence severity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2014 ; 111 (42) : E4485-93.
- 39 - Elliott R, Greenberg LS, Watson JC, Timulak L, Freire E. Research on humanistic-experiential psychotherapies. In : Lambert MJ, editor. *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY : Wiley ; 2013. p. 495-538.
- 40 - Miller WR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*. 2015 ; 110 (3) : 401-13.
- 41 - de Timary P. *Sortir l'alcoolique de son isolement*. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2014.
- 42 - Hull JG. A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*. 1981 ; 90 (6) : 586.
- 43 - Hull JG, Young RD, Jouriles E. Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: predicting patterns of use and abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986 ; 51 (4) : 790.
- 44 - Poncin M, Dethier V, Philippot P, Vermeulen N, de Timary P. Sensitivity for self-discrepancy predicts alcohol consumption in alcohol-dependent inpatients with high self-consciousness. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*. 2015 ; 3 (4) : 218.