

HÔPITAL DE JOUR : OUTIL DE SUBSTITUTION DANS L'ALCOOLO- DÉPENDANCE

Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens
68 rue du Château de Ruyff
4841 Henri Chapelle
Belgique
Romainpallincourt@hotmail.com

Romain Pallincourt, Philippe Kempeneers, Olivier Lex, Luc Wagener,
Marcel Parent

L'hôpital de jour (HDJ) de la Clinique psychiatrique des Frères Alexiens d'Henri-Chapelle se situe au sein même de la structure, ce qui permet la continuité des soins pratiqués en hospitalisation pleine mais également d'importants moyens thérapeutiques. Nous allons étudier de plus près la population des patients alcooldépendants fréquentant l'hôpital de jour sur le plan démographique, psychiatrique (DSMIV), psychologique (TCI-R et YSQ3) et social, puis illustrer l'efficacité de celui-ci dans leur prise en charge. Enfin nous discuterons du lien symbolique que représente l'hôpital de jour chez ces patients, qui constitue un objet d'attachement, outil de substitution dans l'alcooldépendance

Mots-clés: hôpital de jour, alcoolo-dépendance, efficacité, soutien social, fragilité psychologique, DSMIV, TCI-R, YSQ3, outil de substitution, trouble de l'attachement.

Day hospital : tool's substitution for alcoholism

Summary: Day hospital of the psychiatric clinic Frères Alexiens d'Henri-Chapelle lies within the structure, which allows continuity of care practiced in full hospitalization but also an important therapeutic wealth. We will examine more closely the population of alcoholic patients attending hospital days on the demographic, psychiatric (DSMIV), psychological (TCI-R and YSQ3) and social, then illustrate the effectiveness of it in their taking charge. Finally we discuss the symbolic link that represents the hospital days for these patients, which is an object of attachment tool alternative in alcoholism

Keywords: day hospital, alcoholism, efficiency, social support, psychologically fragile, DSMIV, TCI-R, YSQ3, tool's substitution, attachment disorder

INTRODUCTION

Notre hôpital de jour (HDJ) est une sous-unité d'un centre de soins psychiatriques agréé pour 271 lits dont 90 % sont des lits d'hospitalisation pleine. L'hôpital de jour est agréé pour 30 lits mais une centaine de patients le fréquentent sans problème. L'intégration de notre hôpital de jour dans un ensemble institutionnel plus large offre l'avantage d'une mise en commun de ressources thérapeutiques. C'est un des grands avantages de notre structure que de permettre l'accès à un large éventail de prestations. De par la communauté des moyens mis en œuvre par l'institution hospitalière dans son ensemble, l'offre de soins est en effet fort diversifiée, ce qui représente un atout en matière d'ajustement thérapeutique aux nécessités particulières de chacun. Cette étude a pour but d'analyser l'efficacité de l'HDJ dans la prise en charge de patients alcoolo-dépendants.

ces. Pour 22 d'entre eux (23%) il s'agit d'une dépendance à l'alcool, pour 4 (4%), c'est une pharmacodépendance qui est incriminée (principalement benzodiazépines) et pour 3 (3%) le problème concerne à la fois l'alcool et les médicaments. La répartition des sexes est de 13 femmes pour 16 hommes, soit un sex-ratio de 45% - 55%. Parmi les 7 personnes rapportant une dépendance médicamenteuse - combinée ou non à une dépendance alcoolique - 6 sont de sexe féminin. La fréquentation de l'HDJ par les patients oscille entre 1 et 5 jours/semaine, avec une moyenne de 2 jours.

Parmi les 29 personnes souffrant d'une dépendance aux substances, 19 (66%) présentent ce problème en diagnostic principal. Quant aux 10 autres (31%), 9 incriminent prioritairement un trouble de l'humeur et 1 un trouble anxieux non spécifié. A l'issue des entretiens d'admission à l'hôpital de jour, il apparaissait que 23 (79%) des 29 patients

(7%), 3 troubles de l'adaptation (10%). Sur l'axe II, on trouvait 2 retards mentaux légers (2%), 1 déficit cognitif (3%), 1 personnalité obsessionnelle compulsive (3%) et 10 troubles de la personnalité type cluster B (34%). Le total dépasse 23 sujets (79%) car plusieurs patients ont reçu plus de 2 diagnostics.

En analysant de plus près les dossiers de nos 29 patients dépendants, il semble possible d'identifier 3 sous-groupes.

1. Postcure

Le premier est formé exclusivement de patients en provenance des unités de désintoxication de notre institution en régime d'hospitalisation pleine. Pour ces patients, l'hôpital de jour représente avant tout l'occasion de maintenir une réflexion systématique sur leur problème d'assuétude. Ils y poursuivent aussi des démarches thérapeutiques initiées ou projetées dès l'hospitalisation pleine. Leur démarche s'apparente assez bien à un traitement de postcure caractérisé par la mise en œuvre de stratégies visant au maintien du changement (Miller & Rollnick, 2002.) On peut parler à leur propos d'une démarche de type prévention de la rechute (Kempeneers, 1999 ; Marlatt & Gordon, 1985.) Dans le programme de soins qu'ils se composent, les instruments thérapeutiques spécifiques occupent une place importante : groupes thérapeutiques centrés sur les assuétudes, sur l'affirmation de soi, sur l'anxiété, la relaxation. Lorsqu'ils donnent les raisons de leur hospitalisation de jour, ils utilisent des expressions comme « renforcer mon abstinence », « rappel de ce qui est bon pour moi », « voir plus clairement mes problèmes », « retrouver confiance en moi », autant d'énoncés qui dénotent une dynamique de changement personnel. Les patients

2. Soutien social

Ce sous-groupe se compose de personnes qui, au départ d'un problème d'assuétude, en sont venues à trouver un équilibre dans la fréquentation à relativement long terme de l'hôpital de jour. La durée indéterminée est ici la règle plutôt que l'exception et l'on trouve des « *anciennetés* » allant jusqu'à 4 ans. Pour ces patients, c'est surtout la fonction de support social assurée par la structure qui est facteur d'équilibre. Ils parlent de « *briser la solitude* », de « *rencontrer d'autres personnes* », de « *soutien moral* », « *d'activités distrayantes* », de « *changer d'air* » et de « *venir souffler* ». Leurs activités thérapeutiques sont non spécifiques, ils fréquentent les ateliers d'ergothérapie et les salles de sport ; la valeur récréative semble prédominante. Il arrive que certains fréquentent les réunions thérapeutiques spécifiquement dédiées aux problèmes d'assuétude mais la visée n'est pas tant réflexive que supportive. Des amitiés se construisent parfois entre ces patients, ils se voient alors en dehors de l'hôpital. En somme, l'hôpital de jour semble suppléer ici les insuffisances du réseau naturel, temporairement dans le meilleur des cas. Dans ce groupe, tous les patients ne sont pas abstinents de produits toxiques. Certains continuent de consommer à bas bruit, d'autres peuvent abuser ponctuellement voire sur un mode cyclique, mais la dérive ou la franche rechute semblent évitées de par le support social que leur fournit l'hôpital de jour. On estime que ce groupe représente 30% à 50% de notre population dépendante.

3. Autre problème principal

Le troisième sous-groupe se compose de personnes pour qui le problème d'assuétude est explicitement secondaire. Une autre difficulté prédomine à leurs yeux, un trouble dépressif le plus souvent mais aussi, largement, des difficultés sociales. C'est chez eux que se concentrent la plupart des diagnostics multiples sur l'axe I posés à l'entrée. Beaucoup ont connu plusieurs hospitalisations pleines, et pas seulement dans les unités de désintoxication. Il s'agit de patients socialement démunis et/ou cliniquement très fragiles pour lesquels un simple suivi ambulatoire peut difficilement être envisagé à l'issue d'une hospitalisation pleine. L'hôpital de jour représente ainsi une option sans laquelle les hospitalisations pleines se succéderaient promptement ou se prolongeraient sur de longues périodes. Le problème d'assuétude évolue au gré de

l'évolution de la problématique perçue comme centrale. Leurs activités sont non spécifiques (ergothérapie, salle de sport, psychothérapie – à l'exclusion toutefois des groupes thérapeutiques spécifiquement dédiés aux troubles addictifs.) D'autres mettent en avant des avantages que l'on pourrait assimiler à des fonctions contra-dépressives de l'ordre de la décentration cognitive et de l'activation comportementale, ils évoquent par exemple un « *besoin de penser à autre chose qu'à mes problèmes* », « *de voir du monde* », « *de faire des activités agréables* », ils trouvent aussi que la fréquentation de l'hôpital de jour peut être un moyen de restructurer leur rythme de vie : « *ça m'oblige à me lever tous les jours* », « *ça me donne un but* », « *ça rythme ma semaine* », « *ça me permet de me réhabituer à une vie normale* ». Dans tous les cas, il demeure exceptionnel que les patients de ce groupe évoluent rapidement vers un état susceptible de s'accommoder d'une prise en charge ambulatoire. Leur parcours est souvent jalonné de rechutes, dépressives autant qu'éthyliques, qui nécessitent des réhospitalisations pleines. Même minimaux, des contacts sont souvent conservés sur de longues périodes avec l'hôpital de jour. On estime que ce groupe concerne lui aussi 30% à 50% de nos patients dépendants. Les marges de fluctuation dont s'assortissent les proportions des trois sous-groupes (20-25% ; 30-50% et 30-50%) indiquent que les catégories ne sont pas totalement étanches. En tout état de cause, il est frappant de constater qu'au moins 70% de nos patients dépendants s'inscrivent dans un processus d'évolution lente et que, pour eux, le lien social à moyen et long terme représente le principal intérêt d'une hospitalisation de jour, sa valeur ajoutée, pourrions-nous dire, par rapport à des dispositifs de soins ambulatoires pourtant variés.

B. UN COUP D'ŒIL DANS LE RETROVISEUR

L'idée que l'efficacité attendue de l'hôpital de jour repose largement sur un accompagnement de longue durée se conforte encore lorsque l'on examine ce que sont devenus les patients dépendants inscrits chez nous en janvier 2006. Parmi 85 patients pris en charge par nos services le 1/1/2006, 20 (24%) présentaient un problème de dépendance aux substances, dont 8 (9%) en diagnostic principal. Parmi ces 20 patients, 13 (69%) avaient toujours leur dossier en cours en mai 2008. En ce qui concerne

les 7 dossiers clôturés, 3 sont décédés (1 cancer et 2 accidents cardiaques.), alors qu'ils fréquentaient l'hôpital de jour depuis plus de deux ans. Un autre patient est en hébergement psychiatrique de durée indéterminée (suite à un état dépressif sévère avec caractéristiques catatoniques). Trois patients ont quitté notre structure pour des soins ambulatoires : l'un à l'issue d'une prise en charge de plus de deux ans en HDJ (entrecoupée du reste de brèves réhospitalisations pleines) ; les deux autres endéans six mois s'estimant suffisamment stabilisés. Cette répartition est peut-être légèrement excessive par rapport à l'ordinaire. D'autres échantillons auraient pu donner un peu plus de séjours de courte durée (de type Post-cure). Cependant cette distribution n'est en aucun cas atypique. Quel que soit le moment du sondage, les suivis au long cours apparaissent toujours dominants. Parmi les 13 patients encore suivis actuellement, 9 n'ont connu aucune réhospitalisation. Deux ont connu une réhospitalisation brève, inférieure à 3 semaines, en unité de désintoxication. La démarche s'apparentait à une sorte de « *relance* » sensée réinstaurer promptement des attitudes saines alors que la rechute menaçait. Deux autres patients ont connu une ou plusieurs réhospitalisation(s) pleine(s) supérieure(s) à un mois, pour un trouble de l'humeur. Si l'on considère qu'avant de fréquenter l'hôpital de jour, chacun de ces 13 patients avait connu au moins une hospitalisation pleine supérieure à un mois et que la somme de leurs hospitalisations dans notre établissement étaient de 34 (10 d'entre eux avaient en plus précédemment fréquenté d'autres centres), on peut conclure à l'efficacité du service s'agissant de réduire la durée et la fréquence des séjours hospitaliers.

C L'EFFICACITÉ PERÇUE

Vingt-cinq patients dépendants ont répondu un questionnaire destiné à produire une évaluation quantitative des éléments thérapeutiques qu'ils jugent efficaces. Il leur a été demandé de se prononcer sur différents paramètres supposés les aider, selon des échelles de type Likert graduées de 1 (« *ça n'influe guère sur mon état* ») à 7 (« *ça m'aide très fort* »). Les résultats sont rapportés au tableau I. La moyenne des notes (4,6) démontre une certaine efficacité de l'HDJ perçue par les patients alcool-dépendants. Cependant ce qui ressort principalement, c'est que les fonctions de support social et d'occupation arrivent largement en tête,

avant les aides plus techniques ou plus spécifiques telles la participation à des groupes thérapeutiques, la relaxation, l'aide sociale, la pharmaco- ou la psychothérapie. Non pas que ces dernières ne sont pas jugées efficaces, mais elles le sont pour un nombre plus restreint de patients. Tout le monde ne recourt pas à la psychothérapie – individuelle ou de groupe – ni à la relaxation, ni à l'aide sociale, ni même aux médicaments. Tout le monde en revanche semble s'accorder sur la grande valeur thérapeutique des activités de support, même informelles.

1. Approche sociale

La relation entre alcoolisme et précarité sociale n'est plus à démontrer. Nous sommes ici face à une relation de causalité réciproque et d'aggravation mutuelle. Notre population (N=25) ne fait pas exception à la règle. Voici quelques chiffres afin d'illustrer cette réalité.

Sur le plan familial : 8 patients sont divorcés ; 9 sont célibataires et vivent seuls ; tous les autres disent avoir des problèmes conjugaux, dont au moins 3 souffrent de violence conjugale ; 3 ont des conjoints handicapés ; 3 ont une famille monoparentale à charge ; 3 ont des enfants handicapés. Sur le plan socioprofessionnel : tous sont en arrêt de travail ou sans emploi. Dix-neuf (76%) vivent d'allocations sociales depuis plus d'un an. 13 n'ont pas atteint la fin de leurs études secondaires. Sur le plan financier, 14 ont des revenus faibles (inférieur à environ 850 euro), 4 sont en règlement collectif de dettes.

Si la vulnérabilité se conjugue d'abord en termes de précarité sociale et d'isolement, le stress d'origine socio-environnementale et l'absence de soutien dans le milieu naturel produiront des effets d'autant plus dévastateurs que la personne présente des traits de vulnérabilité psychique.

2. Approche DSM

Une première manière d'évaluer la vulnérabilité psychologique est de se référer au DSM IV. On note d'abord l'importance des comorbidités, en particulier avec les troubles de l'humeur chroniques. Ceci dénote des personnalités structurellement fragiles et corrobore parfaitement les observations de Corcos et al. (2003) concernant la vulnérabilité des personnes dépendantes. Dans notre échantillon, les troubles de la personnalité sur l'axe II sont sous-diagnostiqués, ceci vraisemblablement parce qu'ils sont moins indicateurs de patterns d'actions thérapeutiques concrètes que ne le sont les diagnostics

sur l'axe I. Toutefois, même sous-diagnostiqués, la prévalence des troubles sur l'axe II avoisine les 50%. On est bien au-delà des 10 à 13% rapportés par Weissman (1993) dans la population générale. D'après une revue de la littérature par Varescon (2005), les troubles de la personnalité toucheraient entre 29 et 81% des patients dépendants. Nous sommes vraisemblablement chez nous plus proches de l'estimation haute que de l'estimation basse.

3. Approches dimensionnelles de la personnalité

Des doutes ont souvent été émis quant à la validité de l'approche catégorielle des troubles de la personnalité proposée par le système DSM (Durand & Barlow, 2002, Young & Gluhoski, 1996.) Il nous a par conséquent paru pertinent d'examiner l'influence des facteurs de personnalité à la lueur d'autres instruments diagnostiques : le TCI-R de Cloninger (1999) et le YSQ-S3 de Young (Young et al., 2005). Des évaluations ont été réalisées à l'aide de ces instruments chez 23 (59%) des 39 patients dépendants qui ont fréquenté l'HDJ entre le 1^{er} mai et le 31 août 2008. Parmi les 16 personnes non évaluées, on relève 4 cas de déficits cognitifs et/ou de particularités linguistiques qui eussent compromis la bonne compréhension des questionnaires de personnalité et 3 cas de cessation de fréquentation de l'HDJ ayant empêché la récolte des protocoles endéans la période impartie. Parmi les 23 répondants, on compte 10 femmes et 13 hommes. Tous présentent une dépendance à l'alcool, dont 2 en combinaison avec une dépendance médicamenteuse et 1 avec une dépendance au cannabis. La moyenne d'âge s'établit à 48,9 ans, avec un écart-type de 7 et des valeurs extrêmes de 32 et 57 ans. Autrement dit, nous avons très majoritairement affaire à une population parvenue à cette étape de l'existence dite du "milieu de la vie", une période réputée assez déstabilisatrice s'il faut en croire certains auteurs (Millet-Bartoli, 2002 ; Oles, 1999.)

a. Le TCI-R

Le Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) de Cloninger (1999) est un questionnaire de personnalité né de la rencontre de deux courants : la recherche en psychobiologie d'une part et, d'autre part, la tradition psychométrique classique qui vise à décomposer l'ensemble des conduites humaines en traits ou dispositions élémentaires. L'approche de Cloninger jouit d'un crédit croissant dans la com-

munauté scientifique. Elle identifie 7 dimensions fondamentales. Les trois premières, nommées les tempéraments, sont chacune associées à un système de neurotransmission particulier : (1) la Recherche de nouveauté à la dopamine, (2) l'Évitement du danger à la sérotonine et (3) la Dépendance à la récompense à la noradrénaline. On suppose aux tempéraments une assise génétique non négligeable. Les quatre autres dimensions, nommées les caractères, sont réputées essentiellement déterminées par les facteurs d'apprentissage et les influences psychosociales. Il s'agit (4) de la Persistance, (5) de l'Autodétermination, (6) de la Coopération et (7) de la Transcendance.

Nous avons pris comme repère de signification clinique les écarts de plus d'une déviation standard sur ou sous les moyennes de référence établies pour la population belge francophone (Hansenne et al., 2005.) La Figure 1 indique que l'écrasante majorité de nos patients s'écarte de ces normes pour plusieurs dimensions du TCI-R, pour 3,3 en moyenne (1,8 σ).

Si, comme à la Figure 2, on porte le seuil de signification clinique à deux déviations standard sur ou sous les valeurs de référence, les patients sont toujours 14 à présenter un ou plusieurs écarts aux normes, des écarts que l'on peut alors qualifier d'importants.

La Figure 3 montre que les écarts semblent plus marqués pour les patients qui appartiennent au troisième sous-groupe, celui que nous avons appelé Autre problème principal. Mais il s'agit probablement là d'un effet de surreprésentation parmi eux de sujets déprimés. La Figure 4 montre effectivement que les patients dépendants qui présentent en outre un trouble de l'humeur ont en moyenne 4,8 notes TCI-R qui s'écartent des normes – c'est énorme – contre 2,7 "seulement" pour les autres patients dépendants.

Ces indices expriment assez clairement le fait que, dans l'ensemble, nos patients dépendants ont des personnalités fragiles, surtout ceux qui se plaignent d'être déprimés. Quant aux types de personnalité concernés, ils sont plutôt divers. Les dimensions pour lesquelles les sujets s'écartent significativement des normes varient assez bien d'un individu à l'autre, et parfois dans des sens opposés. Certaines tendances en viennent même à s'annuler mutuellement, si bien que l'on trouve logiquement beaucoup de moyennes quasi neutres.

Des profils de personnalité perturbés mais de natures variées donc. Ainsi, pour l'ensemble de la population, n'est-il guère surprenant de n'observer d'écarts moyens significatifs que pour deux dimensions : l'Évitement du danger (+1,3 σ) et l'Autodétermination (-1,2 σ). Encore que ces tendances communes méritent d'être commentées. Par delà la diversité des profils, nos patients tendent pour la plupart à se montrer anxieux, pessimistes, timides, inhibés face à l'adversité, déconcertés par les changements, enclins à se laisser abattre – c'est leur côté Évitement du danger – et peu confiants en leurs propres ressources, critiques envers eux-mêmes, dépourvus de buts personnels, prompts aux attributions externes et d'adaptation difficile – c'est ce qu'exprime leur note faible d'Autodétermination. Cette dernière caractéristique, la faible autodétermination a pour réputation d'être assez fortement corrélée aux diagnostics de troubles de la personnalité (Cloninger & Svarkic, 1997.)

Le positionnement ne varie pas en fonction des sous-groupe (1, 2 et 3) dans lequel les patients ont été classés. Il varie en revanche selon la présence ou non d'un trouble de l'humeur. Les patients avec un diagnostic de dépression ont des notes plus élevées à l'échelle d'Évitement du danger (2,6 vs. 0,8 ; $t = -2,7$; $p < 0,01$) et plus basses à l'échelle de Persistance (-1,8 vs. -0,02 ; $t = 3,4$; $p < 0,01$). Les caractéristiques de la propension à l'évitement du danger ont été décrites ci-dessus, la faible Persistance dénote pour sa part des personnes peu sthéniques, peu déterminées dans leurs entreprises, peu perfectionnistes, volontiers rebutées par les difficultés et enclines à se laisser diriger par les circonstances. La plus forte intensité pathologique qui, globalement, caractérise les profils de personnalité des patients déprimés peut bien entendu être considérée comme un trait dépressogène. Il n'est pas exclu cependant que la causalité puisse également jouer dans l'autre sens : l'état dépressif peut induire une élévation de certaines notes du TCI-R, de l'Évitement du danger en particulier, une dimension réputée sensible aux fluctuations de l'état dépressif (Hansenne, 2003).

Le genre des sujets n'a pour sa part aucune incidence sur les notes TCI-R.

b. Le YSQ-S3

Le Young Schema Questionnaire – Short form (Third edition) est un questionnaire de personnalité essentiellement préoccupé d'heuristique clinique. Né dans le champ des thérapies cogniti-

ves, il entend mesurer l'allégeance relative des gens à 18 schémas cognitifs dysfonctionnels qui structurent un large éventail de conduites pathologiques. Ces 18 schémas se répartissent en cinq grands thèmes : (1) S-R : séparation et rejet, (2) A-P : manque d'autonomie et de performance, (3) L : manque de limites, (4) A : orientation vers les autres et (5) S-I : surveillance et inhibition (Young et al., 2005.) Young et ses collaborateurs (2005) rapportent de bonnes corrélations entre cette approche en termes de schémas dysfonctionnels et l'identification d'un trouble de la personnalité par le système DSM. Ils citent notamment une étude de Carine (1997) qui fait état d'un taux de prédictibilité de 83% entre une version antérieure du YSQ et l'établissement d'un diagnostic sur l'axe II du DSM. Conformément aux recommandations de l'auteur, l'allégeance à un schéma dysfonctionnel est mesurée par la proportion de réponses « *le plus souvent vrai* » et « *cela me décrit parfaitement* » à des propositions qui dénotent la présence d'un tel schéma. Cette mesure s'exprime en pourcentage, la note attendue d'un sujet réputé sain étant zéro. Nous avons tenu pour cliniquement significatives les notes supérieures à 20%. Dans ces conditions, comme le montre la Figure 5, on doit considérer que la plupart de nos patients ont de nombreux schémas dysfonctionnels actifs. En élevant le seuil de signification clinique à plus de 40% (Figure 6), les schémas dysfonctionnels demeurent encore très présents.

Le tableau II indique que tous les schémas dysfonctionnels ont un taux d'activité moyen supérieur au seuil de signification clinique de 20%.

Si tous les schémas semblent critiques, certains le sont manifestement davantage que d'autres. Ce sont ceux que l'on regroupe habituellement sous les thèmes libellés Surveillance et inhibition et Séparation – rejet. Autrement dit, nos patients présentent une tendance lourde d'une part à se centrer sur les aspects négatifs de la vie, à craindre et à réprimer l'expression spontanée de leurs émotions, à penser que tout pourrait toujours tourner au pire et à redouter la désapprobation d'autrui et, d'autre part, à cultiver des sentiments d'isolement, de rejet, à craindre de se voir abandonner ou maltraiter par autrui et à penser qu'il leur est impossible d'obtenir le soutien affectif dont ils ont cependant désespérément besoin.

Les schémas dysfonctionnels sont peut-être un peu plus présents chez les sujets

déprimés, mais la tendance reste légère. On n'observe par contre aucune différence selon les sous-groupes 1, 2 et 3.

La variable genre est la seule à exercer une influence sur le nombre de schémas actifs : les hommes en ont en moyenne 6,9 au seuil de signification de 40% alors que les femmes, elles, n'en ont « que » 3. ($t = -2,4$, $p = 0,03$). Les hommes tendraient donc à se singulariser par des notes extrêmes.

La variable genre n'est discriminante que pour quatre types de schémas (voir Tableau III.) Il y a d'abord l'abandon, un schéma qui dénote l'impression qu'être abandonné tôt ou tard est inéluctable, que les relations sont toujours instables, peu fiables. Ensuite il y a les schémas qui dénotent des traits que l'on pourrait qualifier de « psychopathiques », ceux qui renvoient aux manques de limites et dans lesquels on voit volontiers des caractéristiques typiquement masculines : le manque de contrôle de soi et l'intolérance aux frustrations, d'une part, et, d'autre part, une perception de soi comme d'un être supérieur méritant faveurs et privilèges. Enfin, il y a le fusionnement qui traduit un attachement excessif à d'autres personnes, au point que l'individuation ne semble pas accomplie. L'interprétation est ici incertaine, d'autant qu'on a affaire à un schéma des moins actifs dans l'ensemble de l'échantillon.

CONCLUSION/DISCUSSION

Cette étude a permis de mettre en évidence l'efficacité de l'HDJ dans la prise en charge des patients alcoolodépendants, mais aussi l'intensité de leur difficulté aussi bien sur le plan social que psychologique. Pour une large majorité de nos patients dépendants, le lien social inscrit dans la durée semble constituer un important facteur de stabilisation, un atout majeur de notre structure. D'une certaine manière, l'hôpital de jour est devenu pour eux l'objet d'une nouvelle dépendance, une dépendance qui se substitue plus ou moins totalement selon les cas à une autre, à la dépendance aux produits. Encore qu'il serait peut-être plus exact de parler d'un objet d'attachement plutôt que d'un objet de dépendance. De fait, cette « dépendance hospitalière » semble remplir une fonction de sécurisation des patients, elle leur permet d'interagir d'une manière plus adaptée avec leur environnement, et probablement est-ce cela qui rend moins indispensable le recours aux produits psychotropes : le lien est devenu une alter-

native crédible en matière d'apaisement émotionnel.

Il est tentant d'interpréter le phénomène dans les termes des théories de l'attachement. Harlow (1958) décrivait les objets d'attachement comme servant de bases psychologiques d'opérations. N'est-ce pas là manifestation d'une des fonctions essentielles de l'hôpital de jour ? Et s'il s'agit là d'une fonction essentielle de notre structure, n'est-ce pas parce que les objets d'attachements furent particulièrement défaillants lors de périodes sensibles du développement psychique du sujet ? L'enfance semble à cet égard une période clé durant laquelle une perturbation des relations d'attachement peut prêter à conséquences morbides sur le développement de la personnalité (Bowlby, 1978.) Il en résulte des personnes insécurisées (Main et al., 2005), volontiers dépendantes d'autrui avant même que d'être vulnérables aux dépendances toxiques, et auxquels il est nécessaire de proposer des outils de substitution.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOWLBY J., Attachement et perte, PUF, Paris, 1978 [Attachment and loss. Basic books,

1969, 1973]

2. CARINE B. E., Assessing persona land interpersonal schemata associated with Axis II Cluster B personality disorders : An integrated perspective, Dissertations Abstracts International, 1997, 58, 1B.

3. CLONINGER C. R., The Temperament and Character Inventory-Revised. St Louis, MO, Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1999

4. CLONINGER C. R. & SVAKIC D. M., Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment, Psychiatry, 1997, 60, 120-141.

5. CORCOS M., FLAMENT M. & JEAMMET P., Les conduites de dépendance, dimensions psychopathologiques communes, Masson, Paris, 2003

6. DURAND V. M. & BARLOW D. H., Psychopathologie, De Boeck, Bruxelles, 2002 [Abnormal psychology, Wadsworth, 2000]

7. HANSENNE M., Psychologie de la personnalité, De Boeck, Bruxelles, 2003

8. HANSENNE M., DELHEZ M. & CLONINGER. C. R., Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in a Belgian sample, Journal of Personality Assessment, 2005, 85, 1, 40-49

9. HARLOW H. F., The nature of love, American Psychologist, 1958, 13, 673-685.

10. KEMPENEERS PH., La prévention des rechutes addictives, Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 1999, 4, 4, 24-34.

11. MAIN M., HESSE E. & KAPLAN N., Predictability of attachment behaviour and

representational processes at 1, 6, and 18 years of age: The Berkeley Longitudinal Study, in K.E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), Attachment from Infancy to Adulthood, Guilford Press, New York, 2005, pp. 245-304.

12. MARLATT G. A. & GORDON J. R., Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, Guilford Press, New York, 1985

13. MILLER W., ROLLNICK S., Motivational interviewing : Preparing people for change (2nd ed.), Guilford Press, New York, 2002

14. MILLET-BARTOLI F., La crise du milieu de la vie, Odile Jacob, Paris, 2002

15. OLES P. K., Towards a psychological model of midlife crisis, Psychological Reports, 1999, 84, 059-69.

16. VARESCON I., Psychopathologie des conduites addictives, Belin, Paris, 2005

17. WEISSMAN M. M., The epidemiology of personality disorders: A update, Journal of Personality Disorders, Supplement, Spring, 1990, 44-62.

18. YOUNG J. E. & GLUHOSKIV. L., Schema-focused diagnosis for personality disorders, in E.W. Kaslow (Ed.), Handbook of relational 1993, Diagnosis and dysfunctional family and patterns Wiley, New York, 1996, pp. 300-321

19. YOUNG J. E., KLOSKO J. S. & WEISHAAR M. E., La thérapie des schémas, De Boeck, Bruxelles, 2005 [Schema therapy, A practioner's guide, Guilford Press, 2003].

ANNEXES

Tableau I : Efficacité perçue des actions thérapeutiques

(ça n'influe guère sur mon état) 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 (ça m'aide très fort)	
Items	cote moyenne
sentiment de sécurité	5,7
occupation	5,3
discussions avec le personnel soignant	5,3
ergothérapie	5
discussions informelles avec les autres usagers	4,6
soutien du groupe des patients	4,6
contacts avec les autres patients	4,6
distraktion	4,5
pharmacothérapie	4,3
entretiens psychothérapeutiques	4
relaxation	4
aide sociale	3,9
activités corporelles	3,8
groupes thérapeutiques	2,9

Tableau II : Notes YSQ-S3 pour l'ensemble et selon la présence ou non d'un trouble de l'humeur concomitant

Schémas dysfonctionnels	degré moyen d'activation (%)			t	p	
	Domaine	Pop. Totale	Tr. Hum./ non			Tr. Hum./oui
négativité/pessimisme	S-I	47,8	44,7	56,7	-0,7	0,52
abandon/instabilité	S-R	39,1	27,1*	73,3*	-3	0,01
manque affectif	S-R	38,3	34,1	50	-1,1	0,28
surcontrôle émotionnel	S-I	38,3	37,7	40	-0,1	0,89
isolement social	S-R	37,4	30,6	56,7	-1,5	0,16
abnégation	A	33,9	36,4	26,7	0,7	0,52
peur du danger ou de la maladie	A-P	33,9	30,6	43,3	-1,1	0,29
punition	S-I	33	29,4	43,3	-1	0,33
recherche d'approbation et de reconnaissance	A	32,2	31,8	33,3	-0,1	0,91
assujettissement	A	31,3	27,1	43,3	-1,2	0,24
dépendance/incompétence	A-P	30,4	22,4*	53,3*	-2,3	0,03
droits personnels exagérés/grandeur	L	28,7	25,9	36,7	-0,9	0,37
méfiance/abus	S-R	27,8	18,8*	53,3*	-2,4	0,03
idéaux exigeants/critique excessive	S-I	27,8	28,2	26,7	0,1	0,89
imperfection/honte	S-R	27	22,4	40	-1,1	0,29
échec	A-P	23,5	17,6	40	-1,7	0,11
contrôle de soi/autodiscipline insuffisants	L	23,5	16,5*	43,5*	-2,5	0,02
fusionnement/personnalité atrophiee	A-P	20,9	15,3	36,7	-1,7	0,09

Tableau III : Notes YSQ-S3 significativement différentes selon le genre

Schémas dysfonctionnels	degré moyen d'activation		t	p
	Femmes	Hommes		
abandon/instabilité	20	56,7	-2,7	0,02
droits personnels exagérés/grandeur	18,2	38,3	-2,1	0,04
contrôle de soi/autodiscipline insuffisants	10,9	35	-2,5	0,02
fusionnement/personnalité atrophiee	9,1	31,7	-2,1	0,04

Figure 1 : TCI-R. Ecarts cliniquement significatifs

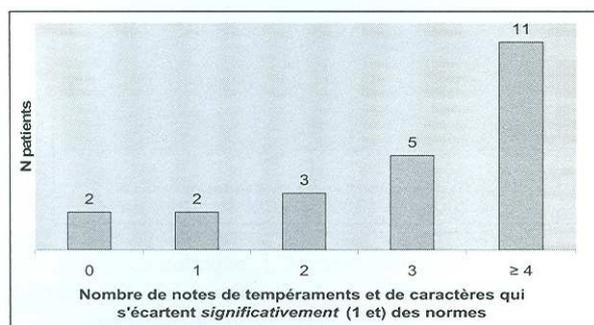


Figure 2 : TCI-R. Ecarts importants

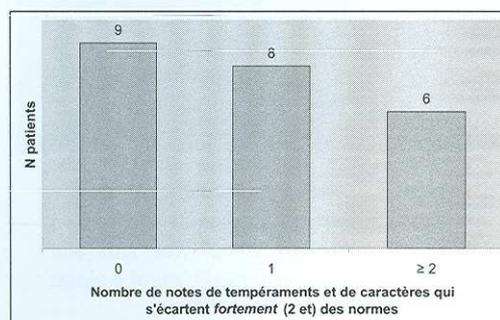


Figure 3 : Effet de la variable Sous-groupe sur le nombre de dimensions du TCI-R qui s'écartent significativement des normes ($F = 4,7 ; p < 0,03$)

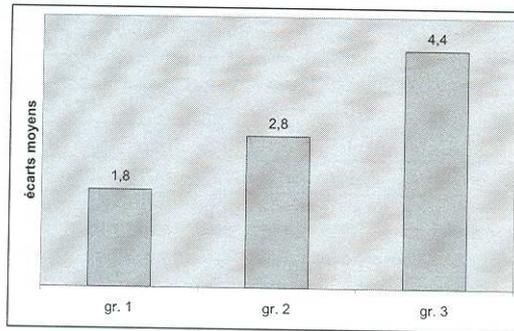


Figure 4 : Effet de la variable Trouble de l'humeur concomitant sur le nombre de dimensions du TCI-R qui s'écartent significativement des normes ($t = -3 ; p < 0,01$)

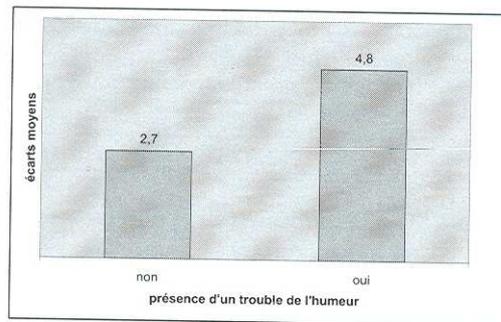


Figure 5 : YSQ-S3. Schémas dysfonctionnels actifs (>20%)

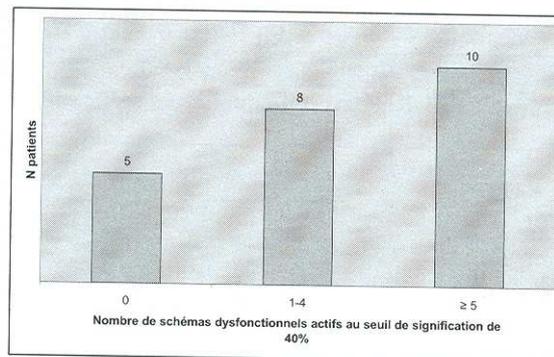


Figure 6 : YSQ-S3. Schémas dysfonctionnels actifs (>40%)

