



HAL
open science

Echelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme: validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS)

Meira Dandaba, Soghra Ebrahimighavam, Nicolas Langbour, Armand
Chatard, Nemathollah Jaafari

► To cite this version:

Meira Dandaba, Soghra Ebrahimighavam, Nicolas Langbour, Armand Chatard, Nemathollah Jaafari. Echelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme: validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS). *Psychotropes*, 2021, 26 (4), pp.87-113. 10.3917/psyt.264.0087 . hal-03482057

HAL Id: hal-03482057

<https://hal.science/hal-03482057>

Submitted on 15 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme : validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS)

Alcoholism Insight Assessment Scale: validation of the French version of the Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) questionnaire

Meira Dandaba

Doctorant, Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte – Unité de Recherche
Clinique Pierre Deniker, Centre Hospitalier Laborit, 370 avenue Jacques
Cœur – CS 10587, 86021 Poitiers, France. Tél. : +33 (0)5 16 52 61 45.
meira.dandaba@univ-poitiers.fr

Soghra Ebrahimighavam

Professeure associée, Département de Psychologie de l'éducation,
Faculté de Psychologie et de Sciences de l'éducation,
Université Allameh Tabataba'i. Téhéran, Iran.
qavam.s2015@gmail.com

Nicolas Langbour

Ingénieur de recherche, Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte – Unité de
Recherche Clinique Pierre Deniker, Centre Hospitalier Laborit,
370 avenue Jacques Cœur – CS 10587, 86021 Poitiers, France.
nicolas.langbour@ch-poitiers.fr

Armand Chatard

Professeur, Département de Psychologie, Université de Poitiers, Centre de
Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage, CNRS 7295, MSHS, Bat A5,
5 rue Théodore Lefebvre, TSA 21103, 86073 Poitiers Cedex, France.
armand.chatard@univ-poitiers.fr

Nemat Jaafari

Professeur, Psychiatre, Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte – Unité de Recherche Clinique Pierre Deniker, Centre Hospitalier Laborit, 370 avenue Jacques Cœur – CS 10587, 86021 Poitiers, France.
nemat.jaafari@ch-poitiers.fr

Résumé : En psychiatrie clinique, le concept d'insight désigne la perception et la conscience qu'a un patient de son trouble. Son déficit dans le contexte de l'addiction à l'alcool se traduit par une incapacité à reconnaître l'addiction, le déni de cet état et une incapacité à considérer le besoin de se soigner. Une meilleure prise de conscience de la gravité de sa consommation d'alcool est un bon facteur pronostique de maintien de l'abstinence après le traitement ; en revanche, un déficit d'insight serait un facteur de risque de rechute. L'unique outil d'évaluation de l'insight dans les troubles d'usage d'alcool – l'Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) – a été développé en coréen et publié en anglais il y a plus d'une vingtaine d'années. L'objectif de la présente étude était de valider sa version française. Elle a concerné 65 patients francophones suivis pour des troubles d'usage d'alcool dans un centre hospitalier universitaire français. Le questionnaire traduit présentait une cohérence interne satisfaisante (coefficient α de Cronbach = 0,74 et ω de McDonald = 0,78) ainsi qu'une bonne validité convergente. Les analyses factorielles ont permis de regrouper les items en trois sous-dimensions : (1) la minimisation des problèmes d'alcool, (2) la reconnaissance d'une perte de contrôle et (3) la conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement. La présente traduction française de l'HAIS possède les propriétés psychométriques adéquates pour aider à améliorer l'identification des patients à risque et leur prise en charge.

Abstract: The concept of insight refers to the patient's perception and awareness of their disorder. Its deficit in the context of alcohol addiction refers to the lack of awareness that one has a drinking problem, associated with (1) a high tendency to cancel and minimise any drinking problems and 2) an incapacity to recognise that one is in need of help and a treatment. A better

level of insight is a good prognostic factor for maintaining abstinence after intervention; on the other hand, an insight deficit would be a risk factor for relapse. The only tool for assessing insight in alcohol use disorders, the Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS), was developed in the Korean language and published in English more than 20 years ago. The objective of the current study was to validate its French version. It involved 65 French-speaking patients followed for alcohol use disorders in a French university hospital centre. The translated questionnaire presented satisfactory internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.74$ and McDonald's $\omega = 0.78$) as well as good convergent validity. The factor analyses made it possible to group the items into three subdimensions: (1) the minimisation of alcohol problems, (2) the recognition of a loss of control, and (3) awareness of a problem with alcohol and the need for treatment. This French translation of the HAIS therefore has the requisite psychometric properties to help improve the identification of patients at risk and, as well, their clinical management.

Mots clés : addictions, alcoolisme, insight, questionnaire, validation, HAIS

Keywords: addictions, alcoholism, insight, questionnaire, validation, HAIS

Introduction

« They tried to make me go to rehab, I said, no, no, no »¹, chantait en 2006 Amy Winehouse.

Bien plus qu'une chanson à succès, ce refrain traduit un problème majeur : bon nombre de personnes addictes aux substances psychoactives ont tendance à rejeter l'idée d'avoir besoin d'un traitement pour s'en sortir (Goldstein *et al.*, 2009). En effet, une enquête aux États-Unis en 2015 a révélé que sur 19,3 millions de personnes âgées de 12 ans et plus pouvant être considérés comme nécessitant

1. « Ils ont essayé de me faire aller en cure de désintoxication, j'ai dit, non, non, non. »

un traitement pour des troubles d'usage de substances psychoactives, environ 18,4 millions (soit 95,4 %), ne reconnaissent pas en avoir besoin (Lipari, Park-Lee et Van Horn, 2016). Ce paradoxe peut tout autant être lié au stigma social dont sont parfois victimes les personnes en situation de dépendance aux substances psychoactives et qui en dissuade un certain nombre d'avoir recours aux soins (Luoma *et al.*, 2007) ou alors, que certaines personnes dépendantes sont incapables de comprendre la gravité de leur trouble et la nécessité de se soigner.

La survenue et l'installation d'une addiction chez un individu s'expliquent en partie par une série de dérégulations du fonctionnement neuropsychologique de son cerveau (Everitt *et al.*, 2007 ; Everitt *et al.*, 2008 ; Everitt, 2014 ; Goldstein *et al.*, 2009 ; Goldstein et Volkow, 2002). Le modèle neurocognitif triadique des addictions soutient que ce déséquilibre a lieu entre ces trois systèmes : (1) le système impulsif qui dépend des structures limbiques, (2) le système réflexif assuré par le cortex préfrontal et (3) les mécanismes d'intéroception gérés par l'insula (Noel, Brevers et Bechara, 2013). Chez le sujet addict, le système impulsif (l'amygdale et le striatum) est impliqué dans des comportements tels que la saillance et la préférence automatique de l'objet d'addiction par rapport aux autres stimuli présents dans l'environnement. Le système réflexif qui en principe devrait permettre de prendre les décisions idoines par anticipation des conséquences futures, hypofonctionne dans les situations d'addictions car la prise répétée des substances psychoactives a un effet délétère sur le cortex préfrontal (Everitt *et al.*, 2007). Le contrôle inhibiteur étant alors compromis, l'individu s'enfonce davantage dans son addiction. Le troisième système (l'intéroception) géré par l'insula, joue le rôle de modérateur de la dynamique entre le système réflexif et le système impulsif (Flaudias, Heeren, Brousse et Maurage, 2019). L'insula est le lobe cérébral qui traite les sensations internes, intéroceptives (c'est-à-dire issues des organes internes), les reliant aux émotions et « permettant une perception consciente de ces états » (Reynaud, 2016, p. 22). Paradoxalement, chez la personne addictive, l'insula intensifie l'activité du système impulsif tout en neutralisant le contrôle inhibiteur. C'est ce qui explique chez ceux-ci les fréquentes survenues d'envies irrésistibles de consommer leur substance (le *craving*) lorsqu'ils sont confrontés à des situations de stress ou des situations qui évoquent pour eux l'objet de leur addiction, et ce, malgré les effets délétères de leurs comportements à terme.

En addictologie, le déficit d'intéroception (aussi appelé déficit d'insight) s'exprime par l'incapacité qu'ont certaines personnes dépendantes de substances psychoactives d'avoir conscience de leur propre condition et de demander de l'aide. Le concept d'insight serait apparu dans le champ lexical des troubles mentaux depuis la moitié du XIX^e siècle, cependant sa définition ne fait toujours pas l'unanimité (Jaafari et Marková, 2011). Toutefois, il est à reconnaître qu'il est utilisé en psychiatrie clinique lorsqu'il s'agit de désigner la perception et la conscience qu'a le patient de son trouble (De Sousa, Romo, Excoffier et Guichard, 2011), ainsi que sa capacité à percevoir et à construire une représentation correcte de sa maladie (Lysaker et Bell, 1994). Le patient déficient en insight est donc celui qui n'a pas la capacité de reconnaître sa propre maladie (Goldstein *et al.*, 2009), ignore souvent ou adopte une posture de déni face à ce que les autres perçoivent facilement comme ses symptômes, ses déficits psychosociaux et/ou l'urgence pour lui de se soigner (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer et Wright, 2002). Le déni regroupe ici tous « les mécanismes de défense, de minimisation, de rationalisation, d'évitement ou d'occultation d'une réalité tangible par le discours d'un sujet » (Menecier *et al.*, 2017, p. 46).

Dans le présent travail, centré sur l'addiction à l'alcool, nous associons donc le déficit d'insight à une incapacité à reconnaître son addiction à l'alcool, au déni de cet état, à l'incapacité à considérer le besoin de se soigner.

Le niveau de l'insight aurait une incidence sur l'issue des traitements de sevrage alcoolique. En effet, à partir d'une étude qui a concerné 117 patients suivis pendant 12 mois en cure de sevrage, Kim *et al.* (2007) ont conclu qu'une meilleure prise de conscience de la gravité de sa consommation prédisait un maintien de l'abstinence jusqu'à un an après le traitement ; en revanche, un déficit d'insight était un facteur de risque de rechute après un traitement de sevrage alcoolique. D'autres études témoignent également de l'efficacité très limitée des cures de sevrage dans les populations à faible insight lorsqu'elles se retrouvent en injonction de soin contre leur gré (exemple, Hall *et al.*, 2012 ; Hiller *et al.*, 2006).

De Sousa *et al.* (2011) ont établi un lien entre le niveau d'insight des patients souffrant d'une addiction à l'alcool et la motivation au changement. En effet, une bonne conscience de la maladie améliore la motivation au changement et facilite ensuite une plus

longue abstinence. Dans l'autre sens, une amélioration du niveau de motivation au changement des habitudes de consommation d'alcool élève efficacement le niveau de l'insight des patients souffrant de troubles de l'usage d'alcool. Jung *et al.* (2011) ont mené une étude qui a porté sur 41 individus alcoolo-dépendants présentant tous un déficit de l'insight et dans cette étude, 20 patients avaient bénéficié de séances d'entretien motivationnel (EM) et les 21 autres étaient traités comme d'habitude sans séance d'EM, constituant donc la population contrôle. L'entretien motivationnel est une technique de la relation d'aide qui vise à obtenir un changement de comportement en associant le patient au processus. Il consiste donc à accompagner le patient dans « l'exploration et la résolution de son ambivalence, par l'expression de ses motivations intrinsèques et le renforcement de ses capacités de changement » (Miller et Rollnick, 2013, p. 12.). Dans l'étude précitée, Jung *et al.* (2011) ont aidé leurs patients qui ont bénéficié des séances d'EM (1) à se rendre compte des problèmes (physiques, psychiatriques et sociaux) induits par la consommation d'alcool, (2) à accepter que leur trouble d'usage d'alcool pouvait être traité, (3) à améliorer leur motivation à intégrer un parcours de soin, (4) à établir des objectifs de changement de comportement et étudier leurs faisabilités et (5) à identifier les soutiens psychoaffectifs disponibles dans l'entourage pouvant les aider à guérir de leurs blessures émotionnelles. Comparées au groupe contrôle, ces séances brèves d'entretien motivationnel ont permis d'améliorer le niveau de l'insight chez les patients qui en ont bénéficié.

Tout comme le *Beck Cognitive Insight Scale* (Beck, Baruch, Balter, Steer et Warman, 2004 ; traduite en sept langues dont le français par Favrod, Zimmermann, Raffard, Pomini et Khazaal, 2008) et le *Birchwood Insight Scale* (Birchwood *et al.* 1994 ; traduite en français par Linder et Favrod, 2006) qui évaluent tous deux le niveau d'insight dans le contexte de la schizophrénie, Seo *et al.* (1995) ont élaboré une échelle permettant l'évaluation de l'insight dans le contexte précis de l'addiction à l'alcool : Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS). Cette échelle a ensuite été validée par Kim *et al.* (1998) qui en ont rapporté une bonne validité interne (α de Cronbach = 0,89) et une bonne sensibilité et spécificité (respectivement 76,9 à 100 % et 83,3 à 94,9 %) lorsque les scores étaient confrontés aux jugements de cliniciens. Cet outil est unique jusqu'à ce jour dans le contexte de l'addiction à l'alcool. Initialement conçu en langue coréenne et validé dans une culture confucéenne (la Corée du Sud) il y a plus d'une

vingtaine d'années, il avait besoin d'être traduit en langue française et validé auprès de patients de culture occidentale afin de prendre en compte les différences interculturelles qui existent dans la consommation d'alcool et d'améliorer l'identification des patients à risque et leur prise en charge. Ainsi était-il opportun de mener la présente étude.

Méthodes

Sujets

Les participants à cette étude étaient tous des patients recrutés au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers durant la période de juin 2016 à juillet 2018.

Pour être éligibles, ils devaient (a) être âgés de plus de 18 ans, (b) présenter un Trouble d'Usage d'Alcool (TUA) selon les classifications de la cinquième édition du Manuel diagnostique *et statistique des troubles mentaux DSM-5* (APA, 2013), (c) ne pas avoir une dépression sévère ou modérée ou présenter un risque suicidaire, (d) ne pas présenter un déficit cognitif, (e) être couverts par la sécurité sociale française, et (f) avoir une bonne compréhension de la langue française. Les questionnaires ont été auto-administrés dès leur admission ou dans un délai de deux jours suivant l'hospitalisation pour ceux pour qui ce n'était pas possible à l'admission.

Considérations éthiques

Les questionnaires d'évaluation utilisés pour cette étude faisaient partie intégrante du traitement habituel des patients, par conséquent cette étude observationnelle ne nécessitant aucune intervention répondait aux exigences françaises de méthodologie de référence M-003, autorisant des études observationnelles sur des données médicales.

Le Comité d'éthique du Centre hospitalier Henri Laborit avait approuvé le protocole sous le numéro CHLA0007. Les informations sur l'étude (objectifs et déroulement) avaient été présentées aux patients et ils avaient donné leur consentement éclairé écrit avant leur participation.

Procédure

Tous les patients ont été évalués en unité de sevrage hospitalier dès leur admission ou dans les deux jours suivant leur hospitalisation, lorsque l'évaluation n'avait pas pu être effectuée à l'admission. Nous avons recueilli les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, profession, situation familiale), les données cliniques relatives à la dépression à l'aide du questionnaire MADRS (*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* ; Williams et Kobak, 2008), à l'impulsivité avec l'UPPS-P (*Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking, and Positive Urgency Impulsive Behavior Scale*; Whiteside et Lynam, 2001 ; traduite en français par Billieux *et al.*, 2012), à l'anxiété avec le STAI (*State-Trait Anxiety Inventory* ; Spielberger, 1983), au craving avec l'OCDS (*Obsessive-Compulsive Drinking Scale* ; traduite en français par Anseau *et al.*, 2000) ainsi que les paramètres liés à la consommation d'alcool (l'âge des premières consommations, le nombre de sevrages antérieurs, les quantités et fréquences d'alcool consommé à l'aide du calendrier de consommation TLFB : *TimeLine Follow back of alcohol consumption* ; Sobell, Brown, Leo et Sobell, 1996 ; ou lors de l'entretien du patient avec un psychiatre). Les caractéristiques de ces questionnaires sont décrites dans le tableau 1.

Les patients ont aussi complété la version traduite en français du questionnaire HAIS.

La traduction du questionnaire HAIS de l'anglais au français puis la contre-traduction du français à l'anglais ont été réalisées par deux médecins-psychiatres spécialisés en addictologie ayant une bonne connaissance des deux langues.

Cet auto-questionnaire composé de 20 items, permettait de classer les patients selon leur niveau d'insight (faible, moyen ou élevé). La moitié des items du questionnaire testait l'acceptation du patient de son alcoolisme et la seconde moitié, son déni. Les patients indiquaient leur degré d'accord pour chaque question à l'aide d'une échelle de Likert à 3 points (« D'accord », « Indifférent », « En désaccord »). La règle de cotation était 2 (« D'accord »), 1 (« Indifférent »), et 0 (« En désaccord ») pour les items testant l'acceptation, et la cotation était inversée -2 (« D'accord »), -1 (« Indifférent »), et 0 (« En désaccord ») pour les items testant le déni.

Les auteurs de la version initiale avaient regroupé les 20 items en cinq sous-dimensions : (i) la reconnaissance d'un problème avec

l'alcool, (ii) l'acceptation de la notion d'une perte de contrôle sur la consommation d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance, (iii) l'intentionnalité vers l'abstinence, (iv) l'attribution ou non de sa consommation d'alcool à l'environnement et degré d'empathie attribué aux personnes affectées par sa consommation et (v) la reconnaissance de la nécessité d'un traitement (Kim *et al.*, 1998). Toutefois, ils n'avaient pas mené d'analyses factorielles confirmatoires pour vérifier le bien-fondé de cette classification.

Analyses statistiques

Une analyse descriptive a été effectuée sur les données sociodémographiques, cliniques ainsi que celles liées à la consommation d'alcool.

Pour le questionnaire HAIS, nous avons d'abord, pour chaque réponse des participants aux items, vérifié s'il n'y avait ni d'effet plafond ni d'effet plancher, auquel cas, ces items devaient être supprimés du questionnaire. Les réponses pour chaque item étant à 3 points, nous avons fixé les seuils des effets plafond et plancher à $> 0,95$. Seules les données des patients ayant complété tout le questionnaire ont été retenues pour les analyses de validation du questionnaire.

Nous avons ensuite conduit une analyse factorielle confirmatoire afin de tester la qualité d'ajustement des items du questionnaire traduit avec les cinq sous-dimensions précédemment proposées par la version d'origine (Kim *et al.*, 1998) et les résultats ont été rapportés en termes de χ^2 (un résultat non significatif traduit un bon ajustement), de RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*, une valeur égale ou inférieure à 0,06 traduit un bon ajustement), SRMR (*Standardized Root Mean Residual*, une valeur égale ou inférieure à 0,05 est le signe d'un bon ajustement) et de CFI (*Comparative Fit Index*, les valeurs à partir de 0,90 traduisent un bon ajustement).

Puis nous avons exploré la validité de la structure interne du questionnaire par le coefficient α de Cronbach pour chaque item. Afin d'atteindre une consistance interne de niveau acceptable, c'est-à-dire un coefficient α de Cronbach $\geq 0,7$, nous avons procédé à un retrait pas à pas des items qui ne corrôlaient pas avec le score total.

Les items restants ont ensuite permis de réaliser une analyse en composantes principales (ACP) avec une rotation Varimax afin de regrouper les items en de nouvelles sous-dimensions. Nous avons

considéré qu'un item appartenait à une sous-dimension lorsque sa saturation était supérieure à 0,4 pour cette sous-dimension ou que sa saturation était plus élevée pour cette sous-dimension que pour les autres.

Afin de tester la validité convergente du questionnaire, nous avons effectué des tests de corrélation de Pearson entre les sous-dimensions ressorties suite à l'ACP, le score total de l'HAIS, les scores des échelles de l'impulsivité, la dépression, le *craving* et l'anxiété.

Comme dans les études précédentes (Jung *et al.*, 2011 ; Kim *et al.*, 1998 ; Kim *et al.*, 2007), le score global de l'échelle est obtenu en additionnant les réponses de tous les items.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS Studio®.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Cette étude a concerné 65 patients admis à l'hôpital pendant la période d'inclusion dans le cadre d'un traitement pour des TUA. Ils étaient en majorité des hommes (78 %) et avaient une moyenne d'âge de 46 ans ($SD = 10$). Plus de la moitié de l'effectif était soit célibataire, divorcé ou séparé (53 %) et ils avaient déjà presque tous connu au moins une hospitalisation antérieure pour un sevrage alcoolique ($M = 0,7$, $SD = 2,6$). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients sont données dans le tableau 2.

Description des items

La description des items de l'HAIS avec leur moyenne, l'écart-type, la saturation ainsi que leur corrélation avec la somme totale de tous les items est donnée dans le tableau 3.

Deux items (l'item 10 : Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mis sous traitement) et l'item 20 : J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'une hospitalisation (un traitement)) étaient aux limites du seuil de 0,95 que nous avons fixé pour les effets plafond et plancher. Nous avons fait le choix de garder ces items dans les analyses pour leur pertinence et aussi parce qu'aucun

autre item de l'échelle n'explorait, par exemple, cette forme particulière de mécanisme de défense qu'est la projection des affects de colère voire d'agressivité du patient envers lui-même contre la personne (entourage, justice ou personnel soignant) qui l'a hospitalisé (Chabrol, 2005 ; Claudon et Gomez, 2015).

L'item 8 « Je ne peux pas me passer d'alcool » ($M = -1,1$, $SD = 0,9$) étant faiblement et négativement corrélé à la somme de tous les items ($r = -0,2$) a été retiré pour la suite des analyses.

La validé de la structure interne

Le coefficient α de Cronbach du score total de l'HAIS traduite était à 0,74 et le ω de McDonald à 0,78, indiquant donc une bonne validité de la structure interne.

Kim *et al.* (1998) ayant déjà défini cinq sous-dimensions pour l'échelle, nous avons mené une analyse factorielle confirmatoire afin de tester l'ajustement de notre échelle avec ces sous-dimensions. Les résultats étaient : $\chi^2 = 301,93$; $p < 0,0001$, $df = 160$; $RMSEA = 0,12$; $CFI = 0,57$; $SRMR = 0,13$. Ces indicateurs ne confirmant pas un bon ajustement, nous avons réalisé une analyse en composante principale afin de redéfinir de nouvelles sous-dimensions à notre échelle. Cette analyse en composante principale a permis de mettre en évidence 3 sous-dimensions que nous avons intitulées : Minimisation des problèmes d'alcool (MPA, α de Cronbach = 0,72), Reconnaissance d'une perte de contrôle (RPC, α de Cronbach = 0,69) et Conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement (CPNT, α de Cronbach = 0,67) (tableau 4).

La validité convergente

Le tableau 5 présente les corrélations de Pearson entre le score total de l'HAIS, ses sous-dimensions et les autres outils de mesure de l'étude.

Nous avons observé des corrélations positives entre le score total de l'HAIS et les composantes du *craving* (OCDS total : $r = 0,47$, les pensées obsédantes : $r = 0,39$, les envies compulsions : $r = 0,46$). L'HAIS total était également positivement corrélé aux nombres de jours de consommations importantes ($r = 0,32$). La reconnaissance d'une perte de contrôle était fortement et positivement corrélée aux

envies compulsives de consommer ($r = 0,51$) et aux nombres de jours de fortes consommations d'alcool dans le mois ($r = 0,47$). Il n'existait aucune corrélation significative entre la CPNT et les pensées obsédantes du *craving* ni entre la minimisation des problèmes d'alcool et les jours de fortes consommations. Alors que la reconnaissance d'une perte de contrôle était corrélée à la conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement, la minimisation des problèmes d'alcool n'était pas corrélée avec la conscience d'un problème de consommation d'alcool et de la nécessité de traitement.

Discussion et conclusion

La présente étude avait pour objectif de traduire le questionnaire HAIS en français et de valider ensuite cette traduction auprès d'une population de culture occidentale.

Elle a concerné 65 patients en majorité de sexe masculin, âgés en moyenne de 46,05 ans alors que l'étude de validation de la version initiale avait concerné 58 patients ; tous de sexe masculin et d'âge moyen de 44,2 ans (Kim *et al.*, 1998). Il est habituellement conseillé pour des analyses factorielles de disposer d'un échantillon de ratio 5 :1 participant par item et pour les échantillons inférieurs à 100, de disposer d'au moins un ratio supérieur à 3 :1 participant par item (Antony et Barlow, 2011 ; Worthington et Whittaker, 2006). Le questionnaire étant composé de 20 items, la taille de notre échantillon respecte donc la norme de 3 :1 participant par item.

Le score total de l'HAIS était en moyenne de 11,14, équivalant à un insight « modéré » suivant les normes préconisées par Kim *et al.* (1998) (un score total entre -20 et 3 correspondait à un faible niveau d'insight, de 4 à 15, un insight modéré et un score total supérieur à 15, à un bon niveau d'insight).

Même si notre traduction présente un coefficient α de Cronbach (0,74) inférieur à la version initiale (0,89), la consistance de sa structure interne demeure acceptable car le coefficient α de Cronbach est supérieur au seuil habituel de 0,7 (Nunnally, 1978). Aussi, cette cohérence interne satisfaisante est confirmée par la valeur élevée du coefficient ω de McDonald (0,78). L'avantage de l'expression de la consistance de la structure interne en termes de ω de McDonald est qu'il serait plus susceptible de refléter les véritables estimations

de fiabilité d'une échelle lorsque des items sont supprimés (cas de l'item 8 dans la présente étude), rendrait beaucoup moins probables les problèmes associés à l'inflation et à l'atténuation de l'estimation de la cohérence interne ; enfin, permettrait de considérablement réduire les hypothèses par rapport à l' α de Cronbach (Béland *et al.*, 2018 ; Dunn *et al.*, 2014).

Les indicateurs d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire n'ont pas permis de conclure à un bon ajustement de notre échelle aux 5 sous-dimensions préalablement définies par l'étude originale (1) « Reconnaissance d'un problème avec l'alcool » : les items 1, 6, 11, 16 ; (2) « Acceptation de la notion d'une perte de contrôle sur la consommation d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance » : les items 2, 7, 12, 17 ; (3) « Intentionnalité vers l'abstinence » : les items 3, 8, 13, 18 ; (4) « Attribution ou non de sa consommation d'alcool à l'environnement et degré d'empathie attribué aux personnes affectées par sa consommation » : les items 4, 9, 14, 19 ; et (5) « Reconnaissance de la nécessité d'un traitement » : les items 5, 10, 15, 20 (voir le tableau 3 pour les intitulés des items). Par ailleurs, l'étude originale ne rapportait pas de résultats d'analyse factorielle, on peut donc penser que la répartition des items en 5 sous-dimensions ne reposait vraisemblablement sur une analyse psychométrique. Ceci nous a amenés à réaliser une analyse en composante principale, permettant de mettre en évidence 3 sous-dimensions intitulées : « Minimisation des problèmes d'alcool » : les items 4,10,11,13,15,17, « Reconnaissance d'une perte de contrôle » : les items 2,7,12,16,18 et « Conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement » : les items 1,3,9,14,20 (tableau 4). Il est intéressant de noter que les trois sous-dimensions issues de notre analyse en composantes principale semblent prendre en compte les différents aspects de la définition de l'insight dans le contexte précis de l'addiction à l'alcool à savoir : la capacité à reconnaître son addiction et à considérer le besoin de se soigner.

La pertinence de ces nouvelles sous-dimensions a été confortée par les corrélations entre elles, puis chacune d'elles avec les scores totaux de l'HAIS, les scores du *craving*, ainsi que les caractéristiques de la consommation d'alcool. Plus les patients reconnaissaient qu'ils perdaient le contrôle sur leur consommation d'alcool, plus ils étaient disposés à reconnaître la nécessité de se soigner. Inversement, les patients qui minimisaient leur problème d'alcool ont rapporté moins

d'envies compulsives d'en consommer et une plus faible consommation. De même, plus les patients expérimentaient des envies compulsives à consommer de l'alcool ou avaient des pensées obsédantes de consommation d'alcool, plus nombreux étaient leurs jours de fortes consommations d'alcool dans le mois et ils semblaient davantage être capables d'identifier leur perte de contrôle sur leur consommation. Ce dernier résultat concorde avec les caractéristiques des patients ayant la « conscience subjective de leur compulsion à boire » décrite par Edwards et Gross (1976, p. 1060). En effet, ces patients qualifient leur désir irrésistible de boire davantage comme quelque chose d'irrationnel envers laquelle ils tentent en général de résister ; « ils ruminent compulsivement sur l'alcool », « tentent de bloquer ces ruminations avec d'autres pensées » ; mais finissent toujours par « prendre ce verre supplémentaire de trop » ; et répètent ensuite le même scénario tous les jours. De même, des études portant sur le *craving* (ex. Anton, Moak et Latham, 1996 ; Haass-Koffler, Leggio et Kenna, 2014), ont rapporté que les pensées récurrentes et persistantes sur l'alcool, l'incapacité à résister à ces pensées, l'envie compulsive de consommer de l'alcool et la perte de contrôle sur cette envie sont fortement corrélées avec de futures consommations importantes d'alcool.

Notre étude présente néanmoins des limites qui méritent d'être abordées dans des travaux ultérieurs. D'abord, nous n'avons pas mesuré la rechute des patients après le traitement. Ceci aurait permis de savoir si les patients ayant un faible niveau d'insight avaient un risque plus élevé de rechuter, comparés aux patients ayant un niveau modéré d'insight ou un bon niveau (Kim *et al.*, 2007). Aussi, s'agissant d'une étude transversale monocentrique, il peut se poser la question de la représentativité de l'échantillon. Une réplication de cette étude en population générale – quoique difficile à cause des risques d'attrition plus importants dans les études de cohorte portant sur les addictions (Edwards et Rollnick, 1997; Kristman, Manno et Côté, 2003) – permettra de lever cette équivoque. Il sera également intéressant qu'une réplication à cette étude puisse inclure des jugements de cliniciens sur le niveau d'insight de chaque patient afin de pouvoir définir à partir des scores totaux les différents statuts de l'insight des patients.

En conclusion, la présente traduction française de l'HAIS possède les propriétés psychométriques adéquates pour être implémentée auprès de patients présentant des TUA. Cet outil aidera les

cliniciens à identifier les patients à risque de rechuter après un traitement de sevrage et y adapter les stratégies thérapeutiques adéquates, dont l'entretien motivationnel individuel centré sur l'amélioration de l'insight.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. www.dsm5.org
- Anseau, M., Besson, J., Lejoyeux, M., Pinto, E., Landry, U., Cornes, M., Deckers, F., Potgieter, A. et Ades, J. (2000). « A French Translation of the Obsessive-Compulsive Drinking Scale for Craving in Alcohol-Dependent Patients: A Validation Study in Belgium, France, and Switzerland ». *European Addiction Research*, 6 (2), 51-56. <https://doi.org/10.1159/000019010>
- Anton, R. F., Moak, D. H. et Latham, P. K. (1996). « The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A New Method of Assessing Outcome in Alcoholism Treatment Studies ». *Archives of General Psychiatry*, 53 (3), 225-231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030047008>
- Antony, M. M. et Barlow, D. H. (2011). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A. et Warman, D. M. (2004). « A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale ». *Schizophrenia Research*, 68 (2), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Béland, S., Cousineau, D. et Loye, N. (2018). « Utiliser le coefficient Omega de McDonald à la place de l'Alpha de Cronbach ». *McGill Journal of Education / Revue des sciences de l'éducation de McGill*, 52 (3), Article 3. <https://mje.mcgill.ca/article/view/9534>
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.-C., Khazaal, Y., Besche-Richard, C. et Van der Linden, M. (2012). « Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale ». *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 609-615. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.001>
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F. et Slade, M. (1994). « A self-report Insight Scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (1), 62-67. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x>
- Chabrol, H. (2005). « Les mécanismes de défense ». *Recherche en soins infirmiers*, 82 (3), 31-42.
- Claudon, M. et Gomez, H. (2015). « Le malaise des acteurs du champ de l'alcoolologie ». Dans *Les représentations de l'alcoolique* (pp. 89-118). Toulouse : Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.oster.2015.01.0089>
- De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A. et Guichard, J.-P. (2011). « Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions : The link between

- motivations and insight in the management of addictions ». *Psychotropes*, 17 (3), 145. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0145>
- Dunn, T. J., Baguley, T. et Brunsten, V. (2014). « From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation ». *British Journal of Psychology*, 105 (3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Edwards, G. et Gross, M. M. (1976). « Alcohol dependence : Provisional description of a clinical syndrome ». *British Medical Journal*, 1 (6017), 1058-1061.
- Edwards, A. G. K. et Rollnick, S. (1997). « Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice : The problem of lost subjects ». *Addiction*, 92 (12), 1699-1704. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02890.x>
- Everitt, B. J. (2014). « Neural and psychological mechanisms underlying compulsive drug seeking habits and drug memories – Indications for novel treatments of addiction ». *European Journal of Neuroscience*, 40 (1), 2163-2182. <https://doi.org/10.1111/ejn.12644>
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W. et Robbins, T. W. (2008). « Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction ». *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363 (1507), 3125-3135. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089>
- Everitt, B. J., Hutcherson, D. M., Ersche, K. D., Pelloux, Y., Dalley, J. W. et Robbins, T. W. (2007). « The Orbital Prefrontal Cortex and Drug Addiction in Laboratory Animals and Humans ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1121 (1), 576-597. <https://doi.org/10.1196/annals.1401.022>
- Favrod, J., Zimmermann, G., Raffard, S., Pomini, V. et Khazaal, Y. (2008). « The Beck Cognitive Insight Scale in Outpatients with Psychotic Disorders: Further Evidence from a French-Speaking Sample ». *The Canadian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/070674370805301111>
- Flaudias, V., Heeren, A., Brousse, G. et Maurage, P. (2019). « Toward a Triadic Approach to Craving in Addictive Disorders : The Metacognitive Hub Model ». *Harvard Review of Psychiatry*, 27 (5), 326-331. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000225>
- Goldstein, R. Z., Craig, A. D. (Bud), Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P. et Volkow, N. D. (2009). « The Neurocircuitry of Impaired Insight in Drug Addiction ». *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (9), 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.004>
- Goldstein, R. Z. et Volkow, N. D. (2002). « Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex ». *The American Journal of Psychiatry*, 159 (10), 1642-1652.
- Haass-Koffler, C. L., Leggio, L. et Kenna, G. A. (2014). « Pharmacological Approaches to Reducing Craving in Patients with Alcohol Use Disorders ». *CNS Drugs*, 28 (4), 343-360. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0149-3>
- Hall, W., Babor, T., Edwards, G., Laranjeira, R., Marsden, J., Miller, P., Obot, I., Petry, N., Thamarangsi, T. et West, R. (2012). « Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction ». *Addiction*, 107 (11), 1891-1893. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x>

- Hiller, M. L., Knight, K. et Simpson, D. D. (2006). « Recidivism Following Mandated Residential Substance Abuse Treatment for Felony Probationers ». *The Prison Journal*, 86 (2), 230-241. <https://doi.org/10.1177/0032885506287951>
- Jaafari, N. et Marková, I. (2011). « Le concept de l'insight en psychiatrie ». *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169 (7), 409-415. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.018>
- Jung, J.-G., Kim, J.-S., Kim, G.-J., Oh, M.-K. et Kim, S.-S. (2011). « Brief Insight-enhancement Intervention among Patients with Alcohol Dependence ». *Journal of Korean Medical Science*, 26 (1), 11-16. <https://doi.org/10.3346/jkms.2011.26.1.11>
- Kim, J. S., Kim, G. J., Lee, J. M., Lee, C. S. et Oh, J. K. (1998). « HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): Validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism ». *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (1), 52-55. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.52>
- Kim, J. S., Park, B. K., Kim, G. J., Kim, S. S., Jung, J. G., Oh, M. K. et Oh, J. K. (2007). « The Role of Alcoholics' Insight in Abstinence from Alcohol in Male Korean Alcohol Dependents ». *Journal of Korean Medical Science*, 22 (1), 132. <https://doi.org/10.3346/jkms.2007.22.1.132>
- Kristman, V., Manno, M. et Côté, P. (2003). « Loss to Follow-Up in Cohort Studies: How Much is Too Much ? ». *European Journal of Epidemiology*, 19 (8), 751-760. <https://doi.org/10.1023/B:EJEP.0000036568.02655.f8>
- Linder, S. et Favrod, G. (2006). « Échelle d'Insight ». Dans Vianin, P., *La remédiation cognitive dans la schizophrénie: Le programme RECOS* (pp. 282-284). Wavre : Mardaga.
- Lipari, R. N., Park-Lee, E. et Van Horn, S. (2016). « America's Need for and Receipt of Substance Use Treatment in 2015 ». Dans *The CBHSQ Report*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409172/>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M. et Fisher, G. (2007). « An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse ». *Addictive Behaviors*, 32 (7), 1331-1346. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>
- Lysaker, P. et Bell, M. (1994). « Insight and cognitive impairment in schizophrenia: Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (11), 656-660. <https://doi.org/10.1097/00005053-199411000-00010>
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J. et Wright, D. E. (2002). « Insight and Personal Narratives of Illness in Schizophrenia ». *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65 (3), 197-206. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.197.20174>
- Menecier, P., Rotheval, L., Plattier, S., Fernandez, L. et Ploton, L. (2017). « Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas ». *Drogues, santé et société*, 15 (2), 39-59. <https://doi.org/10.7202/1038629ar>
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change (applications of motivational interviewing)*. Guilford Press.

- Noel, X., Brevers, D. et Bechara, A. (2013). « A Triadic Neurocognitive Approach to Addiction for Clinical Interventions ». *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00179>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Reynaud, M. (2016). « Comprendre les addictions : l'état de l'art ». Dans Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J. et Benyamina, A. (dir.). *Traité d'addictologie* (2^e édition, pp. 3-28). Paris, Lavoisier Médecine Sciences.
- Seo, S. B., Lee, J. M., Lee, S. H., Kim, J. S. et Youn, B. B. (1995). « The assessment of insight in alcoholics and associated factors ; a preliminary insight scale for alcoholics ». *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 16 (8), 514-522.
- Sobell, L. C., Brown, J., Leo, G. I. et Sobell, M. B. (1996). « The reliability of the Alcohol Timeline Followback when administered by telephone and by computer ». *Drug and Alcohol Dependence*, 42 (1), 49-54. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(96\)01263-x](https://doi.org/10.1016/0376-8716(96)01263-x)
- Spielberger, C. D. (1983). « State-Trait Anxiety Inventory : Bibliography » (2nd ed.). *Consulting Psychologists Press*.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M., Rafful, C., Fisher, B., Strathdee, S. et Wood, E. (2016). « The effectiveness of compulsory drug treatment : A systematic review ». *The International Journal on Drug Policy*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>
- Whiteside, S. P. et Lynam, D. R. (2001). « The Five Factor Model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity ». *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Williams, J. B. W. et Kobak, K. A. (2008). « Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (SIGMA) ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192 (1), 52-58. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.032532>
- Worthington, R. L. et Whittaker, T. A. (2006). « Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices ». *The Counseling Psychologist*, 34 (6), 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>

Tableau 1. La description des questionnaires

Échelle	Description	Consistance interne α	Auteurs
MADRS	Mesure la dépression	0,90	(Williams et Kobak, 2008)
STAI	Mesure de l'anxiété		(Spielberger, 1983)

Échelle	Description	Consistance interne α	Auteurs
État	Sentiments subjectifs de tension, d'appréhension, de nervosité et d'inquiétude qui font activer le système nerveux autonome	0,93	
Trait	Tendance à percevoir une situation stressante comme dangereuse ou menaçante et à y répondre avec une exagération des réactions d'anxiété état	0,91	
UPPS-P	Mesure l'impulsivité		(Billieux <i>et al.</i> , 2012)
Urgence négative	Tendance à agir sans précaution dans des contextes émotionnels intensément négatifs	0,78	
Urgence positive	Tendance à agir sans précaution dans des contextes émotionnels intensément positifs	0,70	
Manque de persévérance	Difficulté à rester concentré sur des tâches difficiles ou ennuyeuses	0,84	
Manque de préméditation	Difficulté à prendre en compte les conséquences d'une action	0,79	
Recherche de sensation	Ouverture à de nouvelles expériences et préférences pour des activités risquées	0,83	
OCDS	Mesure les aspects cognitifs du craving	0,88	(Ansseau <i>et al.</i> , 2000)
Pensées obsédantes	Pense tout le temps à l'alcool ou à comment se le procurer	0,82	

Échelle	Description	Consistance interne α	Auteurs
Envies compulsives	Envie souvent subite et irrépressible de boire immédiatement de l'alcool	0,79	
HAIS	Mesure de l'insight dans le contexte de l'addiction à l'alcool	0,89	(Kim <i>et al.</i> , 1998)
TLFB	Calendrier de recueil rétrospectif des consommations journalières d'alcool	N/A	(Sobell <i>et al.</i> , 1996)

Note : MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, UPPS-P : Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation seeking, and Positive urgency Impulsive Behavior Scale (version courte); OCDS : Obsessive-Compulsive Drinking Scale, HAIS : Hanil Alcohol Insight Scale, TLFB, Timeline Follow-back., α : Alpha de Cronbach N/A : Non Applicable.

Tableau 2. Les caractéristiques des participants (n = 65)

Hommes, n (%)	51 (78,46)
Âge, moyenne (Écart-type) années	46,05 (10,65)
En activité, n (%)	27 (41,54)
Études supérieures, Oui (%)	22 (36,07)
<i>Situation familiale</i>	
Marié, (%)	28 (43,75)
Célibataire, (%)	20 (31,25)
Divorcé/ Séparé, (%)	14 (21,88)
Paramètres cliniques	
Score de dépression-MADRS, Moyenne (Écart-type)	8,28 (8,87)

Score de l'insight-HAIS, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	11,14 (4,91)
Score de l'anxiété-STAI, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	95,77 (19,92)
STAI-État, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	44,95 (12,33)
STAI-Trait, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	50,82 (9,90)
Score de l'impulsivité-UPPS, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	44,75 (10,67)
UPPS – Urgence, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	9,95 (2,91)
UPPS – Urgence positive, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	10,97 (2,61)
UPPS – Manque de préméditation, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	7,64 (2,46)
UPPS – Manque de persévérance, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	7,28 (2,73)
UPPS – Recherche de sensation, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	9,61 (3,36)
Score du craving-OCDS, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	19,74 (7,20)
Pensées obsédantes, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	7,86 (4,04)
Envies compulsives, <i>Moyenne (Écart-type)</i>	11,85 (3,99)
Paramètres liés à la consommation d'alcool	
Âge de la première consommation d'alcool, <i>Moyenne (Écart-type) années</i>	13,12 (4,51)
Nombre de sevrage antérieur, <i>Moyenne (Écart-type) fois</i>	0,70 (2,60)
Consommation totale d'alcool-TAC avant l'hospitalisation, <i>g/jour (Écart-type)</i>	167,97 (109,96)
Nombre de patients ayant au moins 1 HDD durant les 30 jours avant l'hospitalisation, <i>n (%)</i>	63 (96,92)
Nombre de jours de consommation importante avant l'hospitalisation-HDD, <i>jours/ mois (Écart-type)</i>	24,69 (8,20)

HAI : Hanil Alcohol Insight Scale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, UPPS-P : Impulsive Behavior scale urgency, TAC : Total Alcohol Consumption, OCDS : Obsessive-Compulsive Drinking Scale, HDD : Heavy Drinking Days (jours de consommation massive d'alcool), MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Tableau 3. La description des items

Items	Intitulés	Moyenne	Écart-type	Effet plancher	Effet plafond	α de Cronbach
Item 1	Ma consommation d'alcool me cause beaucoup de problèmes.	1.86	0.43	0,03	0,89	0.718
Item 2	Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.	-0.71	0.74	0,46	0,17	0.722
Item 3	Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de boire.	1.31	0.79	0,20	0,51	0.739
Item 4	Ma consommation d'alcool ne pose pas de problème aux membres de ma famille.	-0.26	0.64	0,85	0,11	0.722

Items	Intitulés	Moyenne	Écart-type	Effet plancher	Effet plafond	α de Cronbach
Item 5	J'ai été hospitalisé (je suis en cours de traitement) à cause d'une consommation excessive.	1.83	0.55	0,08	0,91	0.735
Item 6	Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un buveur à problème.	-1.46	0.75	0,15	0,62	0.751
Item 7	Je suis alcoolique.	1.86	0.43	0,03	0,89	0.720
Item 8	<i>Je ne peux pas me passer d'alcool</i>	-1,1	0,91	0,29	0,38	<i>item Supprimé</i>
Item 9	Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.	1.86	0.43	0,03	0,89	0.726
Item 10	Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mis sous traitement).	-0.05	0.28	0,97	0,02	0.738

Items	Intitulés	Moyenne	Écart-type	Effet plancher	Effet plafond	α de Cronbach
Item 11	Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool.	-0.23	0.58	0,85	0,08	0.714
Item 12	Lorsque je commence à boire, je ne peux plus m'arrêter.	1.55	0.71	0,12	0,68	0.731
Item 13	J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de boire.	-0.71	0.79	0,49	0,20	0.730
Item 14	Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation d'alcool.	1.65	0.60	0,06	0,71	0.726
Item 15	Ma seule consommation d'alcool ne devrait pas justifier mon hospitalisation (mon traitement).	-0.35	0.72	0,78	0,14	0.730

Items	Intitulés	Moyenne	Écart-type	Effet plancher	Effet plafond	α de Cronbach
Item 16	La consommation d'alcool m'a enlevé des choses importantes.	1.49	0.71	0,12	0,62	0.745
Item 17	Me traiter d'alcoolique n'a pas de sens.	-0.51	0.77	0,66	0,17	0.720
Item 18	Vivre sans alcool est le seul moyen de me sauver du désastre.	1.62	0.65	0,09	0,71	0.711
Item 19	Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à boire.	-0.54	0.73	0,55	0,12	0.759
Item 20	J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'une hospitalisation (un traitement).	1.97	0.17	0,00	0,97	0.738

Tableau 4. L'Analyse en composante principale et les corrélations entre les items et les sous-dimensions

Items	Sous-dimensions			Corrélations entre les items et les sous-dimensions		
	RPC	MPA	CPNT	RPC	MPA	CPNT
Item 12	78			0,75		
Item 18	75			0,77		
Item 2	62			0,68		
Item 7	62			0,57		
Item 16	42			0,58		
Item 17		74			0,76	
Item 15		72			0,69	
Item 11		70			0,73	
Item 10		63			0,53	
Item 4		57			0,64	
Item 13		47			0,59	
Item 9			73			0,74
Item 1			67			0,68
Item 14			67			0,74
Item 20			64			0,43
Item 3			54			0,75
α de Cronbach	0,69	0,72	0,66			

RPC : Reconnaissance d'une perte de contrôle, MPA : Minimisation des problèmes d'alcool, CPNT : Conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement.

Les valeurs des sous-dimensions ont été multipliées par 100 et arrondies au nombre entier le plus proche.

Tableau 5. La validité convergente

	HAIS Total	RPC	CPNT	MPA
HAIS Total	—			
RPC	0,66***	—		
CPNT	0,64***	0,49***	—	
MPA	0,74***	0,27*	0,11	—

	HAIS Total	RPC	CPNT	MPA
MADRS	-0,02	0,06	-0,08	0,05
STAI	-0,01	0,19	-0,09	0,04
État	-0,04	0,14	-0,12	-0,01
Trait	0,02	0,20	-0,03	0,08
UPPS-P	0,04	0,03	0,06	0,08
Urgence négative	-0,02	0,16	0,18	-0,11
Urgence positive	0,06	0,01	0,16	0,04
Manque de préméditation	0,03	0,00	-0,07	0,18
Manque de persévérance	0,07	0,14	-0,08	0,19
Recherche de sensation	0,14	0,04	0,09	0,12
OCDS	0,47***	0,48***	0,29*	0,39**
Pensées obsédantes	0,39**	0,35**	0,18	0,39**
Envies compulsives	0,46***	0,51***	0,34**	0,31*
HDD	0,32**	0,47***	0,17	0,16

HAIS : Hanil Alcohol Insight Scale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, UPPS-P : Impulsive Behavior scale urgency, TAC : Total Alcohol Consumption, OCDS: Obsessive-Compulsive Drinking Scale, HDD : Heavy Drinking Days (jours de consommation massive d'alcool), MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, RPC : Reconnaissance d'une perte de contrôle, MPA : Minimisation des problèmes d'alcool, CPNT : Conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Appendix

• Échelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS)

Instructions :

Veillez lire les questions suivantes attentivement puis choisir la réponse qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Incertain	En désaccord
1. Ma consommation d'alcool me cause beaucoup de problèmes.			
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.			
3. Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de boire.			
4. Ma consommation d'alcool ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			
5. J'ai été hospitalisé (je suis en cours de traitement) à cause d'une consommation excessive.			
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un buveur à problème.			
7. Je suis alcoolique.			
8. Je ne peux pas me passer d'alcool.			
9. Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.			
10. Je déteste la personne qui m'a hospitalisé (m'a mis sous traitement).			
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool.			

	D'accord	Incertain	En désaccord
12. Lorsque je commence à boire, je ne peux plus m'arrêter.			
13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de boire.			
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation d'alcool.			
15. Ma seule consommation d'alcool ne devrait pas justifier mon hospitalisation (mon traitement).			
16. La consommation d'alcool m'a enlevé des choses importantes.			
17. Me traiter d'alcoolique n'a pas de sens.			
18. Vivre sans alcool est le seul moyen de me sauver du désastre.			
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduit à boire.			
20. J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.			

Note :

- Les phrases entre parenthèses dans les questions 5, 10, 15, 20 doivent être utilisées lors des consultations en ambulatoire
- Règles de cotation : les questions pour évaluer un bon insight sont posées par les items : 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20). Pour ces items, la cotation sera : d'accord (2), incertain (1), pas d'accord (0). Les questions pour évaluer un faible insight sont posées par les items : 2, 4, 6, 10, 11, 13, 15, 17, 19. Pour ces items, la cotation sera : d'accord (-2), incertain (-1), pas d'accord (0).
- Les sous-dimensions : Minimisation des problèmes d'alcool-MPA (items 4,10,11,13,15,17), Reconnaissance d'une perte de contrôle-RPC (items 2,7,12,16,18) et la Conscience d'un problème avec l'alcool et de la nécessité de traitement-CPNT (items 1,3,9,14,20).