



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Intérêt des hospitalisations multiples en service d'Addictologie dans le parcours du patient alcoolodépendant : Analyse globale et devenir à 2 ans d'une cohorte de 79 patients.

Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 2013 à 18h00
au Pôle Recherche

par Edouard GUIBAL

Jury

Président : Monsieur le Professeur O. COTTENCIN
Assesseurs : Monsieur le Professeur P. THOMAS
Monsieur le Docteur P. LEROUGE (MCA)
Monsieur le Docteur V. VANDERPOTTE

Directeur de Thèse : Madame le Docteur C. DUROT

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
1) ENVIRONNEMENT DE L'ETUDE : Contexte national	p. 5
a) L'alcool, un problème de Santé Publique	p. 5
b) L'hospitalisation complète pour sevrage en France	p. 5
c) Le mythe de la panacée toujours d'actualité	p. 7
2) ENVIRONNEMENT DE L'ETUDE : Contexte local	p. 8
a) Présentation du service	p. 8
b) Population prise en charge	p. 9
c) Pratiques du service	p. 9
MATERIEL ET METHODE	p. 11
1) OBJECTIFS	p. 12
2) MATERIEL	p. 12
a) Type d'étude	p. 12
b) Critères d'inclusion et taille des échantillons	p. 12
c) Matériel de l'étude	p. 13
3) METHODES	p. 14
a) Recueil de données de la Phase 1	p. 14
b) Inclusion des patients dans la Phase 2	p. 14
c) Recueil de données de la Phase 2	p. 15
d) La cotation du changement	p. 15
e) Limites de l'étude	p. 16
4) ANALYSE DES DONNEES	p. 16
PREMIERE PHASE	p. 17
1) RESULTATS	p. 18
a) Sexe	p. 18
b) Age	p. 18
c) Mesure de protection de justice	p. 19
d) Situation professionnelle	p. 19
e) Habitat	p. 19
f) Situation familiale	p. 20
g) Relations avec les enfants	p. 20
h) Situation financière	p. 21
i) Antécédents médicaux non directement liés à l'alcool	p. 21
j) Antécédents médicaux directement liés à l'alcool	p. 22
k) Poids et autonomie	p. 22

l) Traitement habituel	p. 23
m) Dépendances associées	p. 23
n) Antécédents psychiatriques	p. 23
o) Nombre de cures réalisées avant l'hospitalisation de 2010	p. 24
p) Motivations mises en avant pour l'hospitalisation	p. 25
q) Histoire personnelle des patients avec l'alcool	p. 25
2) DISCUSSION	p. 27
a) Analyse des résultats	p. 27
- Caractéristiques socio-démographiques des patients	p. 27
- Caractéristiques socio-économiques des patients	p. 28
- Situation familiale	p. 29
- Données biomédicales	p. 29
- Données psychiatriques	p. 31
- Données addictologiques	p. 32
b) Limites de l'étude	p. 34
c) Apports de l'étude	p. 34
DEUXIEME PHASE	p. 36
1) RESULTATS	p. 37
a) Devenir à 2 ans de 30 patients	p. 37
- Devenir médico-social	p. 37
- Devenir psychiatrique et Addictologique	p. 39
b) Devenir à 2 ans de 12 patients « abstinents plus d'un an »	p. 40
- Devenir médico-social	p. 40
- Caractéristiques de cette population de patients abstinents	p. 42
c) Devenir à 2 ans et motivations initiales à l'hospitalisation	p. 42
- Devenir des patients mettant en avant leur motivation personnelle	p. 43
- Devenir des patients hospitalisés sous la pression familiale	p. 43
2) DISCUSSION	p. 44
a) Devenir à 2 ans du groupe de 30 patients	p. 44
- Evolution médico-sociale	p. 44
- Evolution addictologique	p. 46
b) Devenir médico-psycho-social à 2 ans de 12 patients abstinents	p. 47
c) Devenir à 2 ans selon la motivation initiale	p. 49
d) Apports de l'étude	p. 49
CONCLUSION	p. 51
Bibliographie	p. 54
ABSTRACT	p. 57

INTRODUCTION

L'alcoolisme est une maladie qui ne manque plus de définitions théoriques depuis longtemps, au premier rang desquelles nous pouvons évoquer celle des classifications internationales (DSM IV de 1994 et CIM 10 de 1993). Les symptômes physiques du sevrage de l'alcool n'apparaissent pas comme un critère indispensable pour faire le diagnostic d'alcoolodépendance. Les manifestations psychiques (envies compulsives et difficultés à contrôler l'utilisation de la substance) et comportementales (abandon progressif des autres sources de plaisir, fixation des modalités de consommation et augmentation de la tolérance au produit) sont bien souvent au premier plan en pratique clinique [1, 2]. L'alcoolisme est par définition une maladie difficile à soigner puisqu'elle s'ancre dans l'individu et dans tout ce qui touche à sa complexité personnelle.

Pour le patient alcoolodépendant s'inscrivant dans une démarche de soins, la « rechute » dans des consommations, incontrôlables ou non, est une étape fréquente dans la progression de la maladie. Certaines études ont eu pour objectif de quantifier le taux d'abstinence à l'alcool suite à une prise en charge spécifique en Addictologie. La Société Française d'Alcoologie réalise en 1997 l'étude EVA qui retrouve un taux d'abstinence de 28,5% sur une population de plus de 1000 patients alcoolodépendants, 5 ans après un sevrage en milieu hospitalier [3]. L'étude menée par Nalpas et al en 2002 retrouve des résultats comparables, mais 1 an après le sevrage [4].

Ces données trouvent leur sens dans la conceptualisation biphasique de la prise en charge en Alcoologie proposée en France et légitimée par la conférence de consensus de 2001 [5]. C'est-à-dire qu'après le sevrage de toute boisson alcoolisée, le projet du patient repose sur une abstinence totale et définitive, qui fait office de principe fondamental. Celui-ci est l'objet d'un débat récurrent dans la communauté scientifique qui pointe du doigt l'hétérogénéité de la

population de patients alcoolodépendants. La possibilité d'envisager le contrôle des consommations d'alcool pour certains groupes de patients est évoquée [6]. Par ailleurs, l'abstinence ne peut pas constituer un critère unique d'évaluation de l'état de santé des patients. Celle-ci étant définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [7]. Car la finalité de la prise en charge est le bien-être, et la définition de celui-ci n'est-elle pas propre à chacun ?

Le service d'Addictologie de l'Hôpital du Cateau-Cambrésis (59), accueille des patients alcoolodépendants pour des cures de sevrage en hospitalisation complète depuis 1996. Certains d'entre eux ont bénéficié d'un seul séjour dans le service. D'autres ont eu recours à plusieurs hospitalisations. Quelques uns les ont multipliées jusqu'à parfois devenir de véritables « habitués » du service.

Nous nous interrogeons au sujet de ces hospitalisations qui par leur répétition dans le temps peuvent faire le constat d'un échec quantifiable: l'échec de l'accès à l'abstinence totale dans la durée chez certains patients. Mais pouvons-nous cependant affirmer que ces hospitalisations ont été des échecs, au nom d'un principe fondamental d'abstinence totale bafoué, qui semble être un objectif plus qu'ambitieux pour certains patients, et inadapté pour d'autres ?

Nous avons jugé pertinent de nous intéresser aux patients ayant bénéficié de plusieurs cures de sevrage de l'alcool, le but étant d'objectiver leur parcours et leur devenir à travers une étude qui analyse l'évolution de ces patients dans leurs dimensions psychologique, sociale et somatique. Une première phase de l'étude va donc décrire les caractéristiques de la

population de patients hospitalisés en 2010 dans le service d'Addictologie du Cateau Cambrésis et qui avaient déjà bénéficié d'au moins un sevrage de l'alcool en milieu hospitalier. La deuxième phase de l'étude consiste en la réévaluation en 2012 d'une partie de cette population.

Travailler en Alcoologie, c'est mettre des visages sur une maladie mal comprise par la société. Une multitude de visages, dont la flagrante différence ne peut que nous interroger sur ce dénominateur commun destructeur, si difficile à vaincre, et sur les moyens que nous employons pour le combattre et sur les objectifs que nous fixons, à nous-mêmes mais surtout aux patients.

1) ENVIRONNEMENT DE L'ETUDE : Contexte national

a) L'alcool, un problème de santé publique

Malgré une diminution progressive de la consommation d'alcool dans notre pays au fil des décennies, la France reste un des pays européens les plus consommateurs. Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), la France compte 8,8 millions de buveurs réguliers. Parmi les populations des 18-75 ans, 28% sont des buveurs à risque ponctuel et 9% à risque chronique, d'après le test Audit-C (Alcohol use disorder identification test) [8].

Le nombre de décès dus à l'alcool durant l'année 2009 en France est estimé à 49000. Il s'agit souvent de décès prématurés, en effet une étude publiée en mars 2013 montre que l'alcool est responsable de 22% des décès entre 18 et 34 ans et de 18% des décès entre 35 et 64 ans [9].

Il existe des disparités inter régionales. Notre région, le Nord-Pas-de-Calais, fait partie des 3 régions où la consommation d'alcool est la plus importante [10]. Par ailleurs, les conséquences de l'alcool sur la précarité sociale, les violences aux personnes et la sécurité routière ne sont plus à démontrer. Ces données légitiment l'existence d'un réseau de soins spécialisés.

b) L'hospitalisation complète pour sevrage en France

Le constat de l'insuffisance de l'offre de soins dans le domaine des addictions en France est fait au début des années 1990. L'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes toxicomanes et alcooliques constitue alors un des axes prioritaires de la politique de soins. L'hôpital était certes jusqu'alors adapté pour s'occuper des conséquences des troubles

addictifs, mais pas de ces derniers en eux-mêmes, niant à l'occasion la notion de globalité du patient et l'importance de la prévention [11].

Cette prise de conscience des autorités sanitaires est donc suivie du développement d'un réseau de soins spécifiques ambulatoires et hospitaliers. La filière de soins en Addictologie et ses objectifs sont désormais bien codifiés par différentes circulaires des ministères de la Santé et du Travail.

L'hospitalisation complète permet d'accueillir « les patients les plus en difficultés, du fait de la sévérité de la dépendance, de la gravité des troubles somatiques, neuro-psychiatriques et cognitifs ». Elle permet de renforcer le cadre thérapeutique et d'extraire le patient d'un environnement plus ou moins favorable, bien souvent le théâtre de tentatives de soins infructueuses. Par ailleurs, il garantit la réalité du sevrage et une bonne observance thérapeutique [12].

Les textes mettent l'accent sur l'accompagnement psycho-social qui doit être d'une durée adaptée et ne saurait se limiter au simple temps de l'hospitalisation. Celle-ci se veut un tremplin bien plus qu'une simple parenthèse dans la vie du patient, et ne constitue pas une fin en soi.

Ces dernières années, on assiste au développement des réseaux de prise en charge en ambulatoire avec notamment l'ouverture d'hôpitaux de jour qui sont adaptés aux patients présentant un syndrome de sevrage modéré et qui ont pour principal avantage de limiter l'effet de rupture et de retour brutal à la réalité généré par l'hospitalisation complète. Le recours à ce genre de prise en charge est actuellement favorisé.

c) Le mythe de la panacée toujours d'actualité

Les patients accueillis en cure de sevrage présentent donc pour la plupart une alcoolodépendance ancienne synonyme de souffrance pour eux mais aussi leur entourage. L'hospitalisation apparaît bien souvent comme la source d'un espoir démesuré de guérison radicale. Le mot « cure » prend alors une dimension quasi-mystique centrée sur un lieu qui aurait le pouvoir de transformer l'individu, de le guérir [13]. Mais négliger l'importance des aspects sociaux et psychologiques sur le long terme dans le cadre de cette maladie qui s'ancre dans le mode de vie du patient, c'est oublier la réalité : il n'existe pas aujourd'hui de solution miracle.

Il n'y a probablement pas non plus de médicament miraculeux, contrairement à ce que les journaux ont récemment pu le laisser croire au grand public. Des études sont en cours au sujet de l'efficacité de molécules qui ont fait leur apparition dans le débat sur le traitement de l'alcoolodépendance. En France, l'engouement pour le Baclofène a suscité de vives réactions au sein de la communauté scientifique mais surtout parmi les associations de patients alcoolodépendants [14]. Le fait est que s'il est probable que cette molécule soit utile pour certaines catégories de patients, il semble illusoire d'imaginer que tous puissent en tirer profit.

Mais les représentations individuelles, quant il s'agit d'alcool, se jouent des données scientifiques officielles et puisent leur propres images dans les histoires personnelles de tout un chacun, émaillées d'espoirs déçus de guérison. Emotionnellement chargé, il convient de veiller à ce que le débat ne prenne pas une direction déraisonnable.

2) ENVIRONNEMENT DE L'ETUDE : Contexte local

a) Présentation du Service

Figure A : Carte du Nord Pas-de-Calais



Le Cateau-Cambrésis est une ville située dans le Nord de la France et qui compte un peu plus de 7000 habitants au dernier recensement. Le Centre Hospitalier (CH) du Cateau-Cambrésis fait partie du Pôle de Santé du Pays de Matisse. Celui-ci est un groupement public-privé qui réunit sur le même site un CH, une clinique chirurgicale, un cabinet d'imagerie médicale et une maison médicale de garde.

Le CH est composé de 5 pôles : « Médecine, Urgences », « Gériatrie », « Addictologie », « Mère-Enfant » et « Logistique et technique ». Le pôle d'Addictologie regroupe :

- Un service hospitalier d'Addictologie composé de 10 lits de médecine dédiés au sevrage complexe et de 15 lits de soins de suite et de réadaptation dédiés à la consolidation de l'abstinence, soit 25 lits au total. Ce sont les patients hospitalisés en 2010 dans ce service qui nous intéressent dans cette étude. A noter qu'en 2010, le service disposait de 15 lits au total.
- Un hôpital de jour addictologique situé à Cambrai.
- Un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à Cambrai.

b) Population prise en charge

Les patients accueillis depuis 3 ans viennent à 90% de notre région (villes principales : Cambrai, Caudry, Le Cateau, Solesmes, Landrecies, Busigny) et 8% viennent de l'Aisne (02). L'alcool est le premier produit pour lequel les patients consultent. Les patients usagers de drogues sont orientés préférentiellement vers les CSAPA de Cambrai et Caudry [15].

c) Pratiques du service

Le premier contact avec le patient s'effectue lors d'une consultation médicale. La décision d'hospitalisation chez les patients alcoolodépendants est prise en fonction de leur demande et de leur contexte personnel médico-social.

En l'absence de recommandation à ce sujet, la durée d'hospitalisation proposée aux patients hospitalisés pour un sevrage alcool en 2010 était de 3 semaines (à noter que depuis début 2013, cette durée peut être portée à 4 semaines avec l'agrandissement du service).

Durant l'hospitalisation, le patient bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire : médicale, sociale et psychologique. Il participe quotidiennement à des activités de groupes animées par un personnel paramédical formé en addictologie et par la psychologue du service. Dans son parcours et selon le contexte, il peut également rencontrer la neuropsychologue, la diététicienne, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute, ou l'assistante sociale.

Les modalités du sevrage de l'alcool se font conformément aux recommandations de la conférence de consensus de 1999 [16].

MATERIEL ET METHODE

1) OBJECTIFS

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'évolution de la situation médico-psycho-sociale d'un groupe de patients à 2 ans d'un sevrage médicalisé en hospitalisation complète pour un sevrage d'alcool. Les patients sélectionnés ont déjà bénéficié de ce type de prise en charge auparavant au moins une fois (Phase 2 de l'étude).

Un objectif intermédiaire est fixé (Phase 1 de l'étude) : déterminer de manière exhaustive les caractéristiques médicales, sociales et environnementales de l'ensemble des patients réhospitalisés dans le service d'Addictologie pour un sevrage d'alcool en 2010.

2) MATERIEL

a) Type d'étude

Il s'agit d'un travail réalisé en deux temps : premièrement, une étude descriptive rétrospective de dossiers médicaux (Phase 1) puis une étude quantitative avec entretiens individuels du maximum de patients inclus dans la première phase (Phase 2).

b) Critères d'inclusion et tailles des échantillons

Pour la première phase de l'étude, les critères d'inclusion sont :

- Patient hospitalisé dans le service d'Addictologie du Cateau-Cambrésis entre le 01/01/2010 et le 31/12/2010 pour un sevrage d'alcool, non associé à un sevrage à une autre substance (sauf le tabac).

- Antécédent d'hospitalisation complète en service d'Addictologie pour un sevrage d'alcool, antérieure ou non à 2010.

79 patients ont été inclus.

Pour la deuxième phase de l'étude, les critères d'inclusion sont :

- Patient inclus dans la Phase 1.
- Patient disponible et d'accord pour réaliser un entretien individuel.

30 patients ont pu être inclus.

c) Matériel de l'étude

La Phase 1 a été réalisée de juin à septembre 2012 à partir des dossiers d'hospitalisation du service d'Addictologie, consultés directement dans le service en question ou aux archives du CH du Cateau-Cambrésis. Ces dossiers comportent les observations médicales, les comptes rendus d'examens paracliniques, les courriers de sorties et le dossier de soins infirmiers. On s'intéresse uniquement aux données antérieures au 31/12/2010. Les fiches ont été rendues anonymes par un numéro d'identifiant unique selon les critères de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

On réalise la Phase 2 à l'aide d'une feuille de recueil de données anonymisée, remplie avec le patient lors d'un entretien individuel d'une durée de 40 minutes en moyenne, ayant lieu dans le service d'Addictologie du Cateau-Cambrésis. Cette phase s'est déroulée d'août à décembre 2012.

3) METHODES

a) Recueil de données de la Phase 1

Afin de renseigner au mieux le profil de ces patients chroniques hospitalisés en 2010, les paramètres recueillis se veulent d'une certaine exhaustivité. La fiche de recueil de données se compose de 4 parties :

- **Données socio-économiques** : l'état civil (âge, sexe, statut marital), une éventuelle mesure de protection de justice, la profession, le lieu de vie, les rapports entretenus avec le conjoint, les enfants et la famille, d'éventuelles difficultés financières.
- **Données biomédicales** : antécédents médico-chirurgicaux notables, antécédents en lien direct avec les consommations d'alcool, antécédents psychiatriques, poids, IMC, autonomie, traitement habituel (psychotrope ou non), dépendances associées.
- **Contexte de l'hospitalisation** : nombre de cures réalisées auparavant, principaux éléments motivant l'hospitalisation, modalités de suivi après la cure.
- **Histoire personnelle avec l'alcool** : présence d'antécédent familial d'alcoolodépendance, âge du premier verre, durée estimée de la dépendance à l'alcool, durée de la démarche de soins, durée d'abstinence record, adhésion/rejet d'un projet d'abstinence totale.

b) Inclusion des patients dans la Phase 2

On estime indispensable que la réévaluation de la situation bio-psycho-sociale des patients en 2012 soit réalisée lors d'un entretien physique, nécessaire en vue de réaliser une analyse sémiologique globale. Par ailleurs, celui-ci semble adapté pour instaurer un climat de confiance nécessaire à l'authenticité du patient. L'entretien téléphonique est donc exclu,

réduisant probablement de nombre de patients inclus, mais permettant un recueil de données plus fiable.

Parmi les 79 patients inclus dans la première phase de l'étude : 30 sont inclus dans la deuxième phase, 4 sont décédés, 35 ont été contactés par téléphone mais n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu réaliser l'entretien physique de réévaluation, 10 sont perdus de vue.

c) Recueil de données de la Phase 2

La fiche de recueil de données est mise en parallèle avec celle de la Phase 1 et explore les **mêmes paramètres socio-économiques** que celle-ci, mettant à jour d'éventuels changements depuis 2010 dans les différentes sphères de la vie du patient. D'un point de vue biomédical, on s'intéresse à **l'apparition de nouvelles pathologies** liées ou non à l'alcool, à l'évolution du traitement de fond notamment psychotrope et à d'éventuelles autres hospitalisations survenues depuis 2010. Enfin, on évalue la **situation des patients au niveau alcoologique** (abstinence, gestion des consommations d'alcool, dépendance) permettant de les classer dans différents groupes allant d' « abstinence depuis 2 ans » à « rechute précoce ».

d) La cotation du changement

La mise en relation des données relevées pour l'année 2010 et de celles relevées pour l'année 2012 montre soit une stabilité, soit une évolution. Cette évolution peut être évaluée comme étant positive ou négative. Ainsi chaque item réévalué en 2012 est associé à une cotation le définissant comme une « dégradation importante », une « dégradation modérée », une « stabilité », une « amélioration modérée » ou une « amélioration importante ».

Chaque cotation est relativisée en fonction du contexte personnel du patient et des différentes informations qu'il apporte lors de l'entretien individuel. En effet, chez deux patients différents, une évolution de statut identique sur le papier peut parfois avoir des significations diamétralement opposées dans la vie. Par exemple, passer du statut « en couple » au statut « séparé » peut être coté négativement si le/la conjoint(e) était un élément étayant dans la vie du patient. A l'inverse, ce changement peut-être coté positivement si sa relation avec le/la conjoint(e) était source de souffrance, de difficultés.

e) Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif de la première phase entraîne un biais de sélection pour l'analyse de certaines données, qui sont parfois renseignées de manière inégale dans les dossiers.

La méthodologie exigeante de la deuxième phase n'a permis de réévaluer que moins de 50% des patients inclus dans la première phase. Par ailleurs, les patients enclins à accepter l'entretien individuel étaient majoritairement des patients encore suivis au sein du service, entraînant de fait un biais de sélection.

4) ANALYSE DES DONNEES

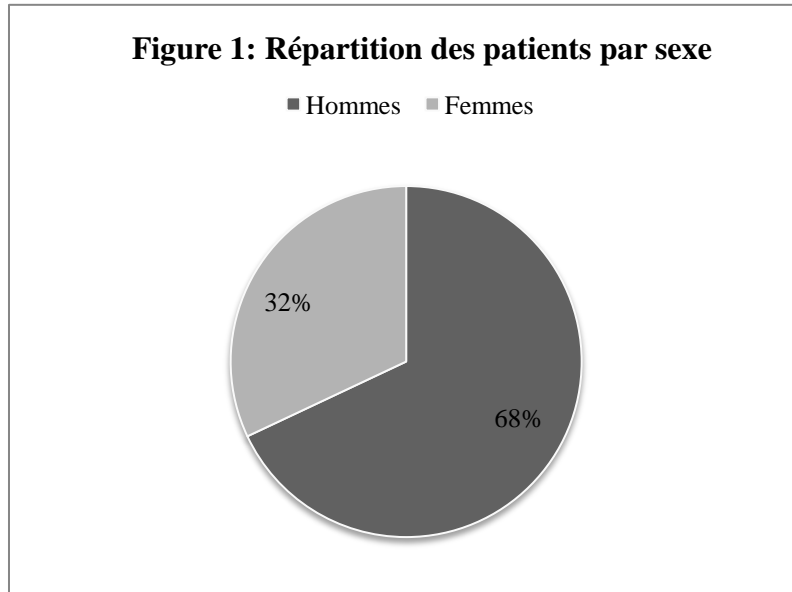
L'analyse des données et le croisement des variables ont été faits sur le logiciel EXCEL.

PREMIERE PHASE

1) RESULTATS

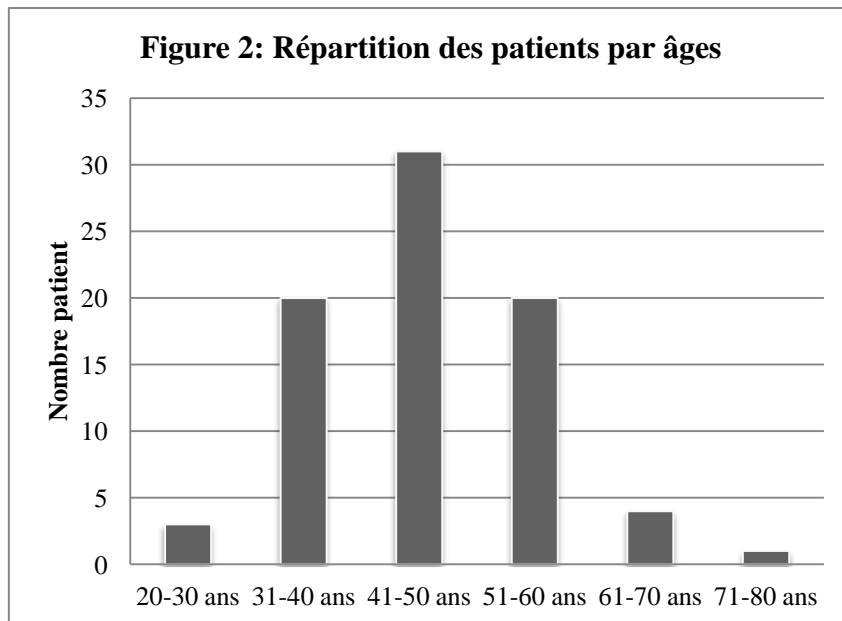
a) Sexe

Parmi les 79 dossiers patients sélectionnés, on trouve 19 femmes et 60 hommes.



b) Age

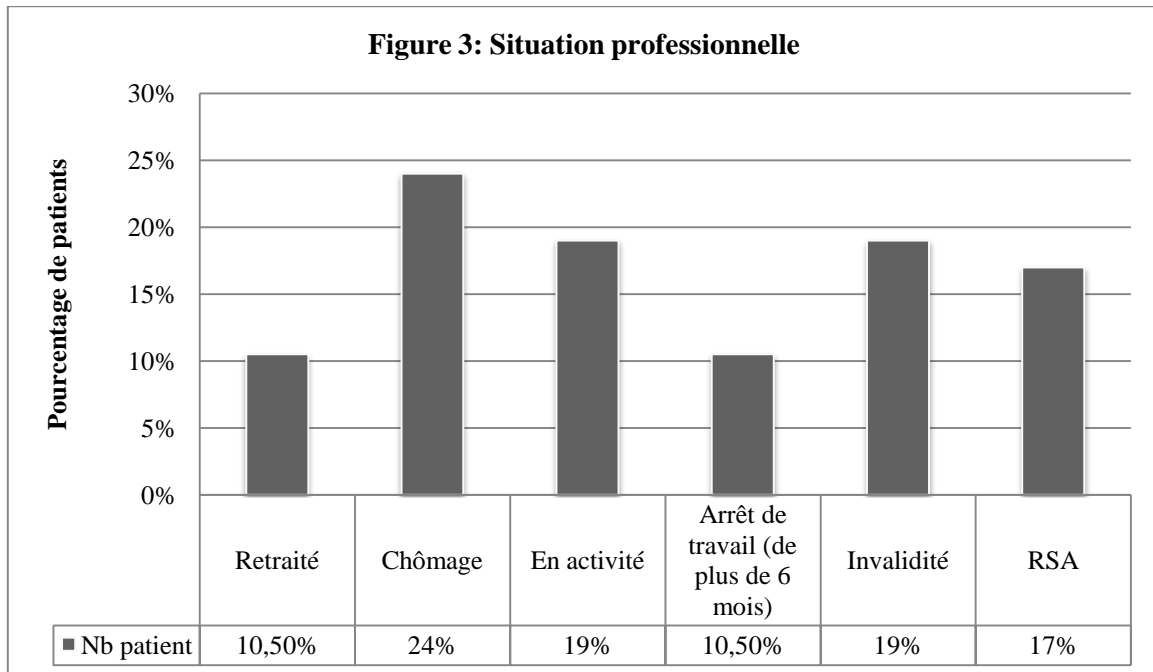
L'âge moyen est de 46,3 ans. Le patient le plus jeune a 22 ans, le plus vieux a 72 ans.



c) Mesure de protection de Justice

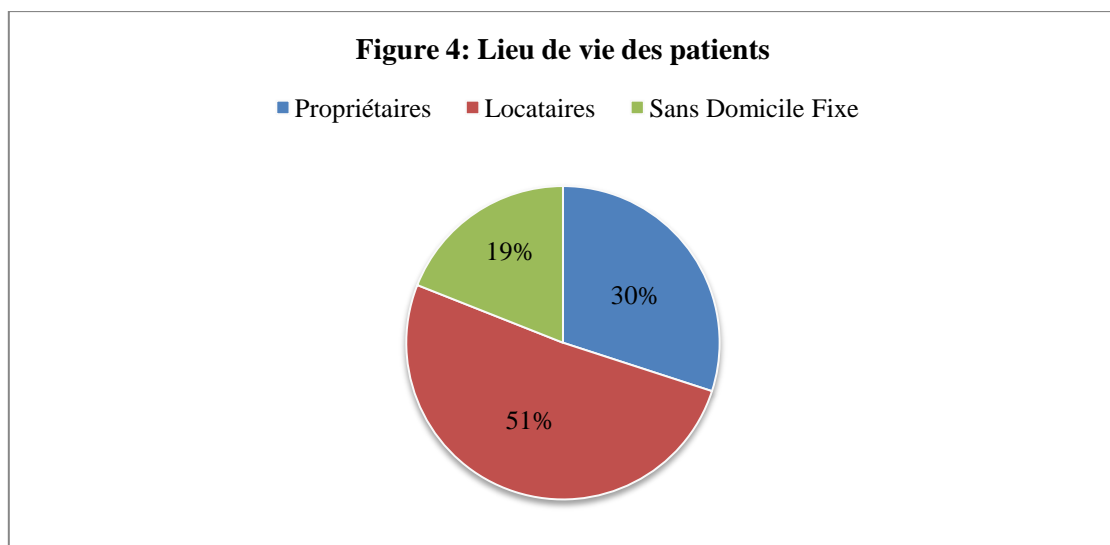
Au total 11,4% des patients sont sous protection juridique. 4 patients sont sous tutelle, 5 sont sous curatelle.

d) Situation professionnelle



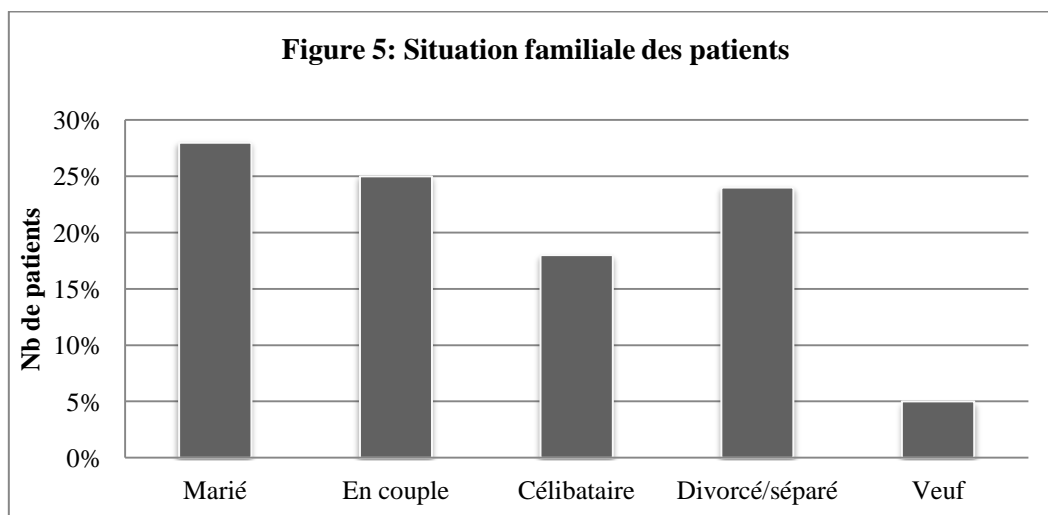
Seuls 19% ont une activité professionnelle considérée comme stable au moment de l'hospitalisation.

e) Habitat



A noter que parmi les 15 patients SDF, 8 habitent en foyer et 7 sont hébergés par des amis ou leur famille.

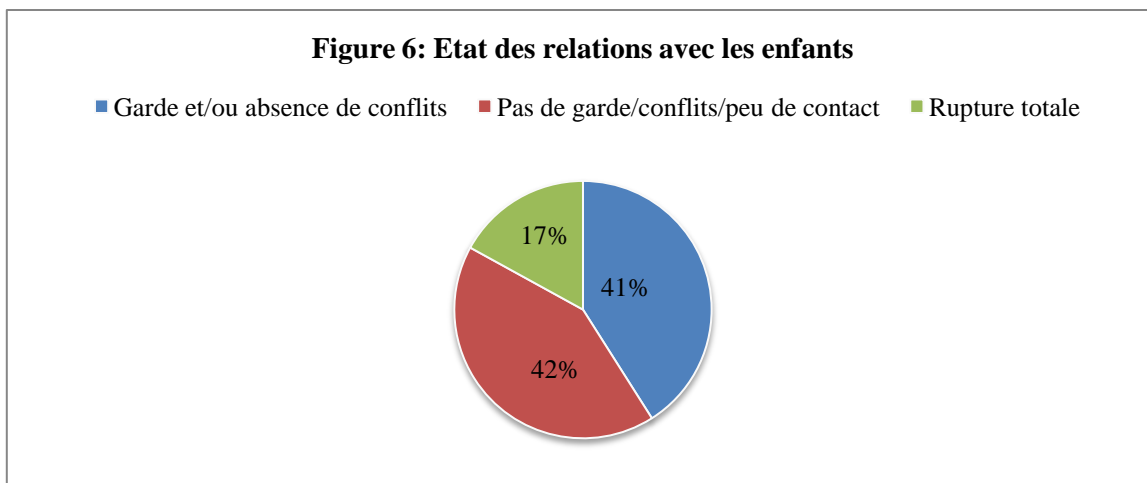
f) Situation Familiale



Au total, 52% des patients sont en couple et 48% des patients sont seuls. Parmi les patients en couple, 39% évoquent des difficultés dans le couple ou une instabilité de celui-ci.

g) Relations avec les enfants

75% des patients ont au moins 1 enfant. Nous nous intéressons aux rapports que les patients entretiennent avec leurs enfants, qui peuvent avoir différentes significations selon l'âge des enfants. Nous distinguons 3 groupes : les patients qui ont de bons contacts avec leurs enfants (qui ont leur garde pour les plus jeunes et/ou ne déclarent pas de conflit), les patients qui ont une relation altérée avec leurs enfants (qui n'ont pas la garde pour les plus jeunes et/ou déclarent l'existence de conflits) et les patients qui sont en rupture totale avec leurs enfants.

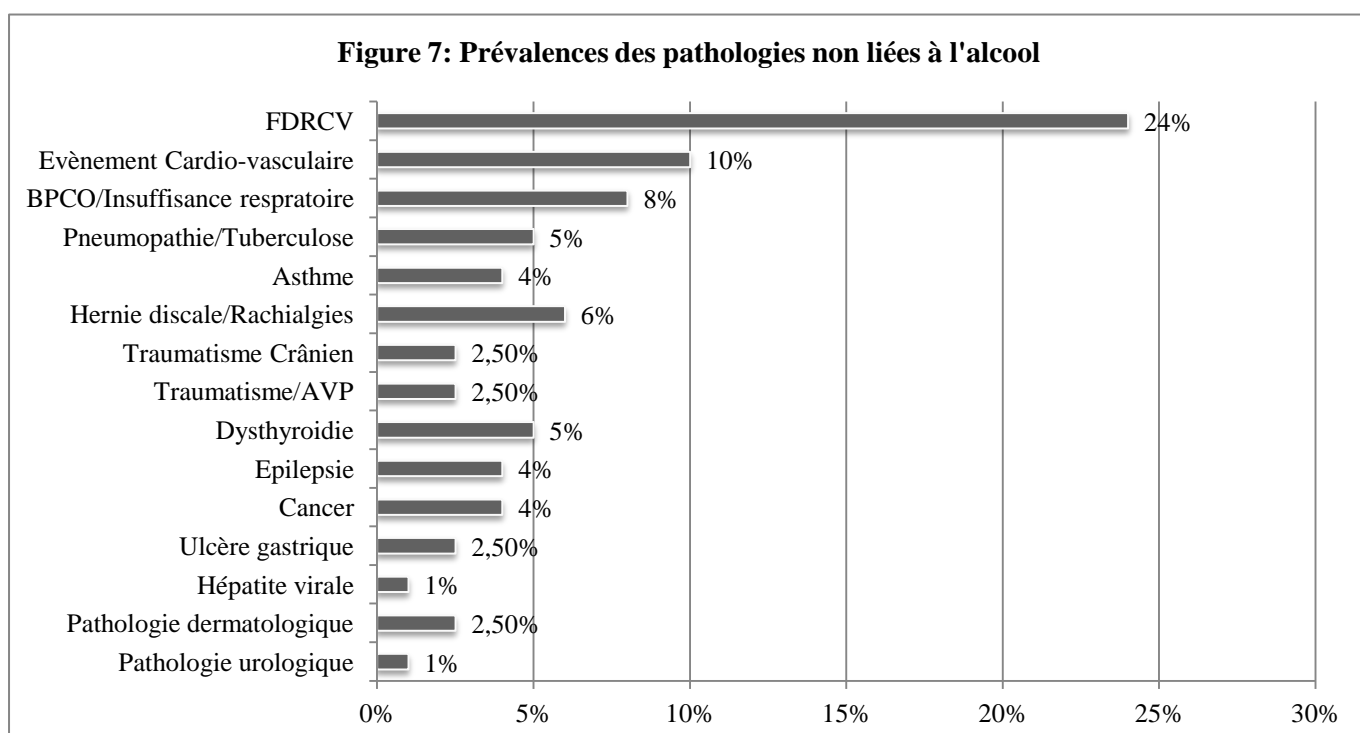


Avec le reste de la famille, 63% n'évoquent pas de conflits contre 24% qui en décrivent. Et 12% ont rompu les liens ou sont isolés totalement de leurs proches.

h) Situation financière

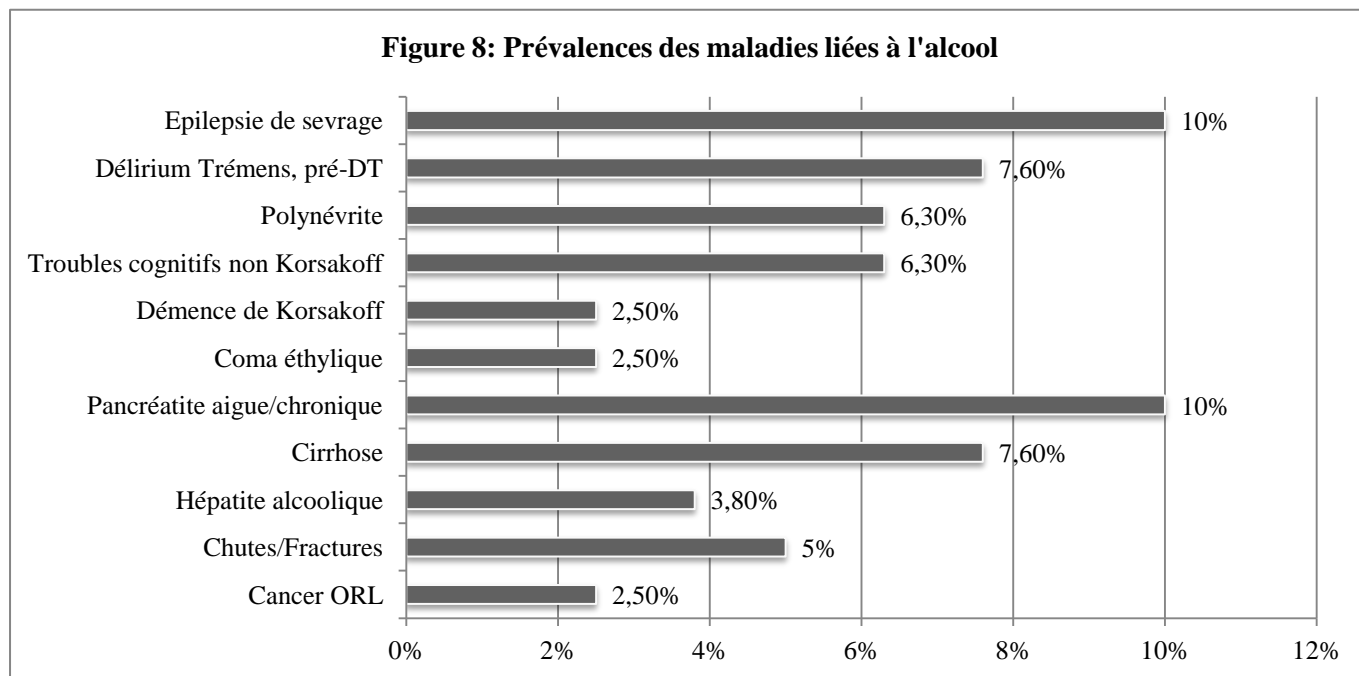
Près de 20% des patients abordent des difficultés financières majeures telles que le surendettement.

i) Antécédents médicaux non liés directement à l'alcool



Remarque: le tabagisme n'est pas ici inclus dans l'item « facteur de risque cardiovasculaire ».

j) Antécédents médicaux directement liés à l'alcool



53% des patients n'ont aucune pathologie en lien direct avec l'alcool. 19% des patients ont dans leurs antécédents au moins 2 maladies liées directement à l'alcool. On note que 8,9% des patients présentent des troubles cognitifs liés à l'alcool (2,5% de démence de Korsakoff et 6,3% de troubles cognitifs débutants ou avancés mais non considérés comme démence).

k) Poids et autonomie

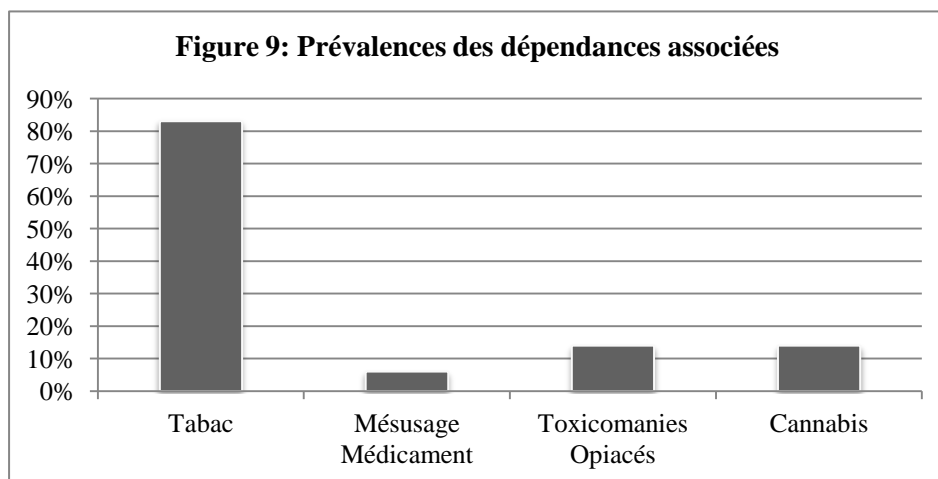
50% ont un IMC entre 21 et 25. 14% ont un IMC inférieur ou égal à 20. 19% ont un IMC entre 26 et 30 (surpoids) et 14% ont un IMC compris entre 31 et 35 (obésité modérée).

Les données relevées au sujet de l'autonomie des patients dans la vie quotidienne ne nous ont pas paru exploitables.

l) Traitement habituel

Seuls 2,5% des patients n'ont pas de traitement à domicile. En moyenne, le traitement d'un patient comporte 4,7 molécules. 80% des patients ont un traitement antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique, hypnotique ou régulateur d'humeur. 42% ont un traitement censé lutter contre les envies d'alcool et le craving (ACAMPROSATE et NALTREXONE). 17% des patients ont au moins 3 médicaments psychotropes.

m) Dépendances associées

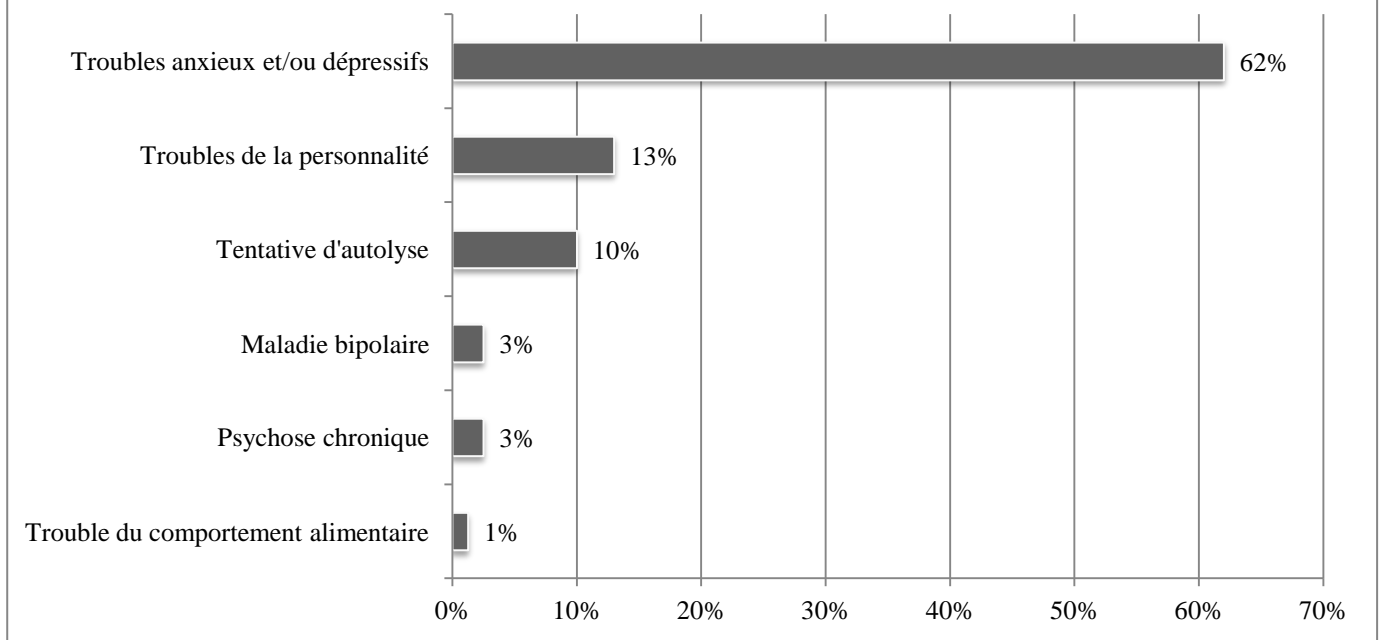


Les 14% des patients présentant une toxicomanie aux opiacés sont tous sevrés ou sous traitement substitutif au moment de la cure. Seuls 13% des patients ne présentent a priori pas d'addiction à un autre produit que l'alcool.

n) Antécédents psychiatriques

On ne relève aucun antécédent psychiatrique dans 24% des dossiers. Les prévalences des différentes pathologies psychiatriques sont regroupées dans la figure 10.

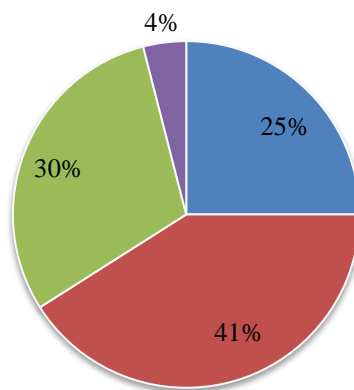
Figure 10: Prévalences des troubles psychiatriques



o) Nombre de cures réalisées avant l'hospitalisation de 2010

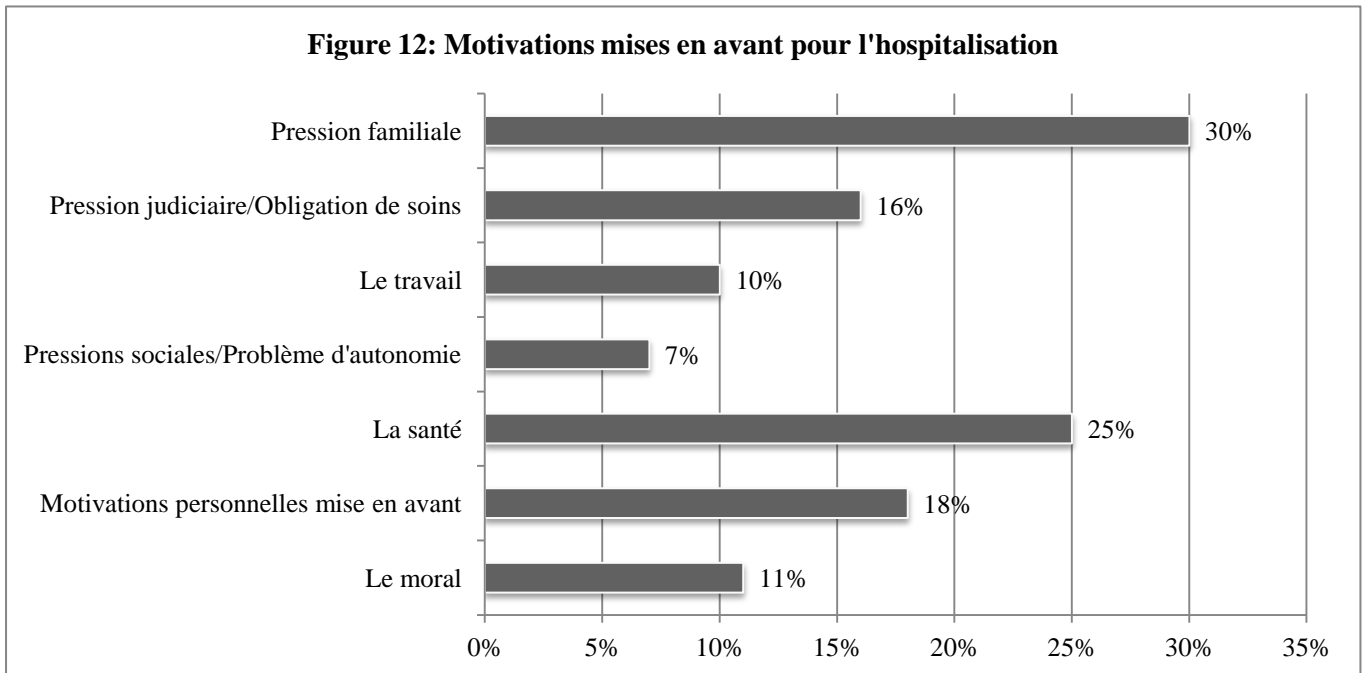
Figure 11: Nombre de cures réalisées auparavant

■ 1 cure ■ De 2 à 4 cures ■ De 5 à 9 cures ■ 10 cures ou plus



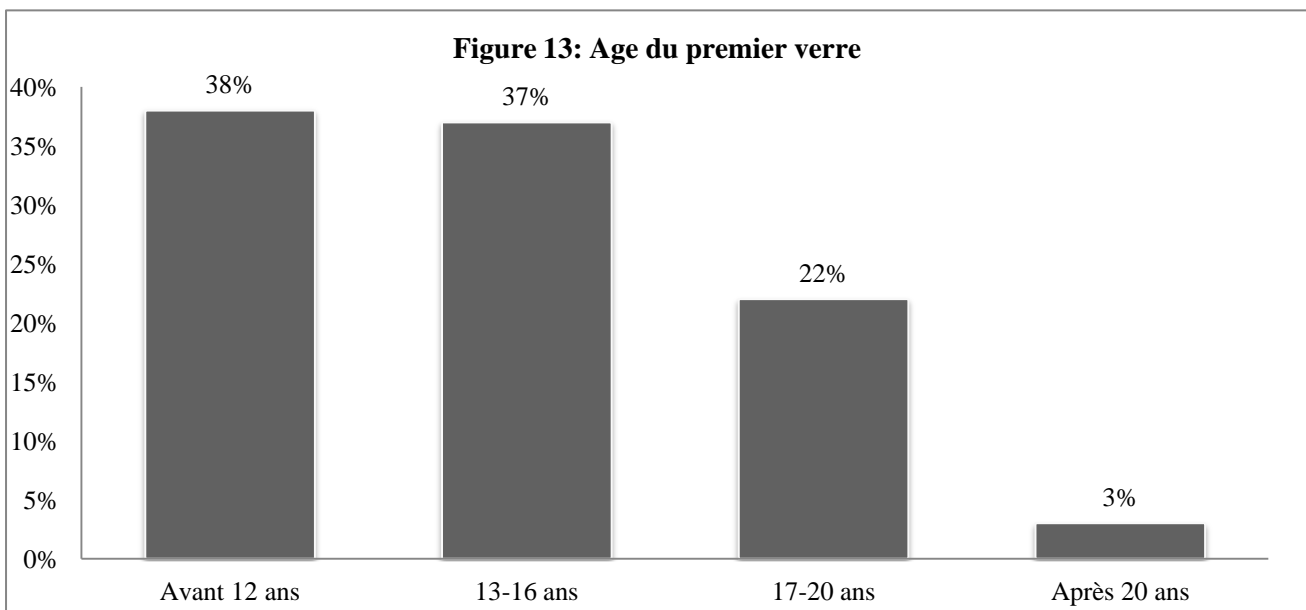
Le nombre maximum de séjours en Addictologie chez un patient est de 20.

p) Motivations mises en avant pour l'hospitalisation

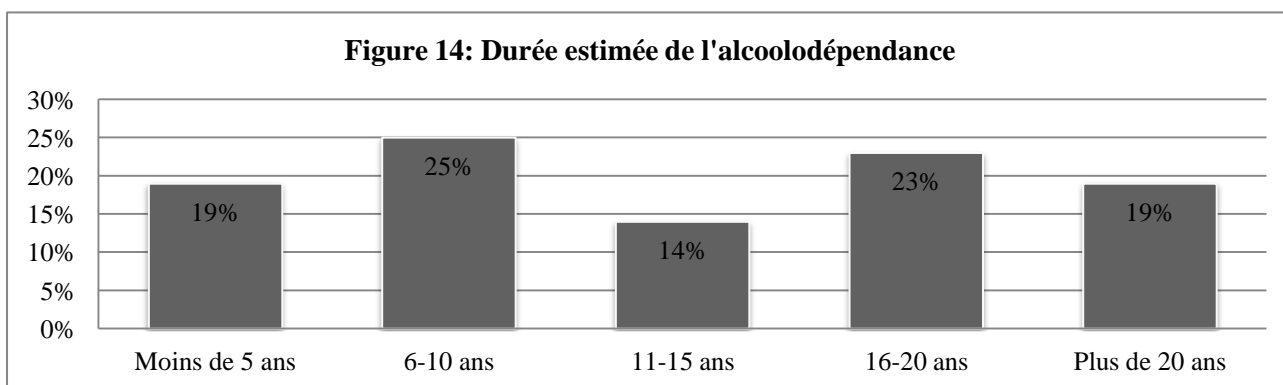


q) Histoire personnelle des patients avec l'alcool

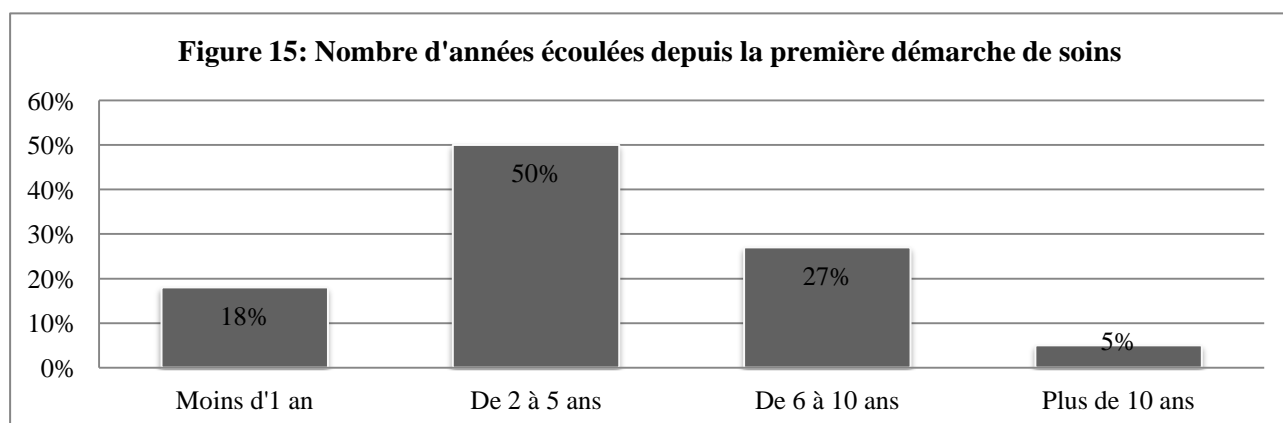
- 81% des patients présentent des antécédents familiaux au 1^{er} degré de dépendance à l'alcool.
- Le premier verre est pris en moyenne à l'âge de 14 ans.



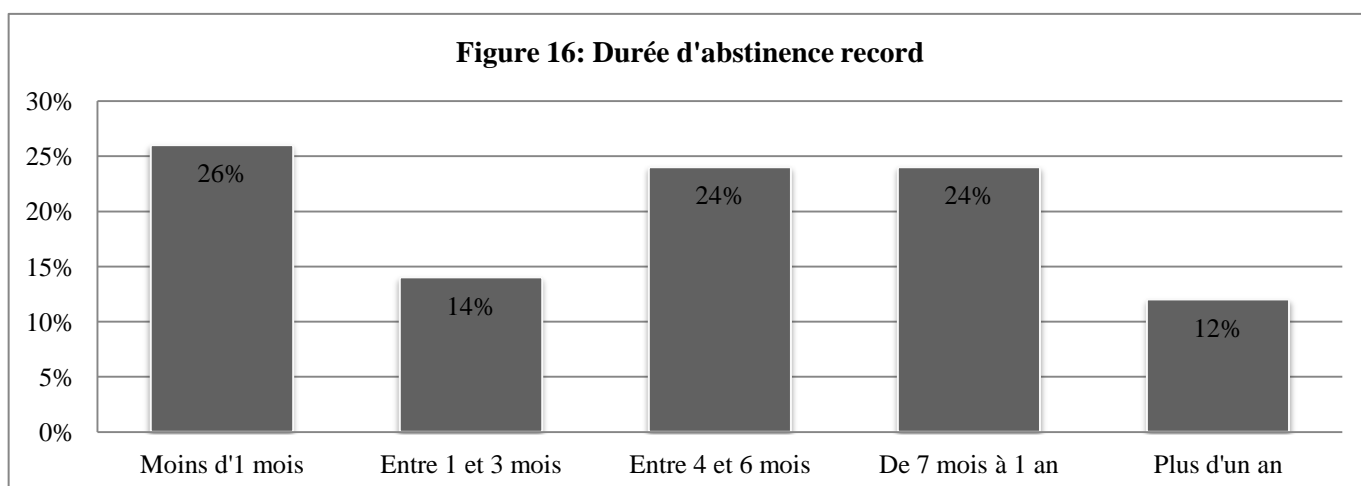
- La durée estimée moyenne de dépendance à l'alcool est de 15 ans.



- Les patients ont effectué leur première démarche de soins pour l'alcoolodépendance en moyenne 4,9 ans auparavant.



- 12 % des patients ont connu une abstinence de plus d'une année dans leur vie. 26% n'ont pas connu d'abstinence durant plus d'un mois.



2) DISCUSSION

a) Analyse des résultats

- Caractéristiques socio-démographiques des patients

L'échantillon de notre étude (79 patients) regroupe 68% d'hommes et 32% de femmes, soit un rapport de 2,1 hommes pour une femme. Dans les études portant sur des populations de patients alcoolodépendants, les hommes sont constamment plus représentés que les femmes, et ce de manière plus flagrante que dans notre étude. Par exemple une étude réalisée en 2000 par les Observatoires Régionaux de Santé retrouve un rapport de 4 hommes pour une femme [17]. Les données de notre étude nous rappellent que l'alcoolodépendance chez la femme est loin d'être un phénomène exceptionnel et il semblerait que la surreprésentation masculine quasi-systématique dans de nombreuses études, certes due à la prévalence plus élevée de cette pathologie chez l'homme, soit aussi due au fait que les femmes accèdent moins facilement aux soins alcoologiques, en raison du sentiment de honte et de culpabilité exacerbé décrit dans l'alcoolisme féminin [18].

Les données du rapport d'activité du service en 2010 montrent un ratio de 3,4 hommes pour 1 femme sur l'ensemble des patients hospitalisés sur l'année [15]. Les femmes sont donc proportionnellement plus nombreuses dans la population étudiée de patients réhospitalisés. Ces chiffres laissent suggérer que les femmes seraient plus exposées à la rechute que les hommes, ce qui peut s'expliquer par les comorbidités psychiatriques plus fréquentes chez les femmes. En effet, une étude a montré que la dépression précède l'alcoolisme dans 66% des cas féminins et dans 22% des cas masculins [5].

L'âge moyen de 46,3 ans est sensiblement identique aux âges moyens constatés dans les études traitant de populations comparables.

- Caractéristiques socio-économiques

L'analyse des données socio-économiques de cet échantillon de 79 patients révèle de nombreuses disparités à travers des profils de patients très différents allant de la personne active bien intégrée socialement à la personne précarisée sous protection de justice, parfois sans domicile fixe. 11% des patients bénéficient d'une protection juridique, ce qui représente une part non négligeable dans l'échantillon.

Au niveau professionnel, seuls 19% des patients ont eu une activité professionnelle effective dans les 6 mois précédents la cure alors qu'une grande majorité de cette population se trouve dans une tranche d'âge compatible avec le travail (seuls 5% des patients ont plus de 60 ans). 41% des patients touchent les ASSÉDIC ou le RSA. Le fait est que l'emploi dans cette région est un sujet préoccupant. L'INSEE indique un taux de chômage à 13,4% dans le Cambésis pour le quatrième trimestre 2010, soit au dessus de la moyenne du Nord (12,9%) qui est elle-même supérieure à la moyenne nationale (9,3%) [19]. On note également une proportion importante de patients en difficulté financière (20%).

Si le fait que 30% des patients soient propriétaires de leur logement et que 51% d'entre eux soient locataires ne nous renseigne que peu sur une situation financière réelle, il n'en reste pas moins qu'1 patient sur 5 n'a pas de logement personnel.

Nous sommes donc face à des patients qui ont déjà été hospitalisés pour un sevrage d'alcool à une ou plusieurs reprises et qui sont pour la plupart socialement précarisés. Cause ou conséquence de cette précarisation, on retrouve ici l'impact désorganisateur de la maladie alcoolique sur la vie du sujet. L'accompagnement social et la mise en place d'un projet professionnel cohérent constituent un pilier de la prise en charge du patient.

- Situation Familiale

52% des patients vivent en couple au moment de la cure. On note qu'une proportion importante (39%) de ces couples est en difficulté (conflits, séparations à répétitions, vécu difficile de la maladie alcoolique, violences conjugales).

75% des patients ont au moins 1 enfant. Nous nous intéressons également ici à la qualité des relations entre les patients et leurs enfants. 59% des situations semblent problématiques, allant jusqu'à la rupture totale des liens dans 17% des cas. La rupture avec tous les membres de la famille est retrouvée dans 12% des cas.

On s'aperçoit ici que de nombreux patients souffrent d'un isolement affectif certain. Ces données posent la question de l'efficacité de l'accompagnement de l'entourage du patient alcoolodépendant mais aussi celle de la réinsertion sociale et du réinvestissement affectif chez les patients isolés. Dans le service d'Addictologie du CH du Cateau-Cambrésis, des mesures sont prises pour améliorer le soutien aux familles (consultations psychologiques, mise en place récente d'une activité de groupe de soutien et d'information aux familles) mais il serait intéressant de réaliser un audit à ce sujet, d'autant plus que de nombreuses études ont montré l'influence positive que pouvait avoir l'étayage familial sur la prise en charge [3, 20]. Le relais avec les associations d'entraide est proposé aux patients mais en pratique nous constatons que les patients adhèrent peu.

- Données Bio-médicales

- *Pathologies non directement liées à l'alcool* : On constate des prévalences élevées des facteurs de risques cardio-vasculaires (excluant le tabac) et des événements cardio-vasculaires. Celles-ci sont en grande partie la conséquence de l'exogénose mixte des

patients. Cette dimension est prise en compte dans le service avec une surveillance stricte des données clinico-biologiques constituant ces facteurs de risque.

- *Pathologies directement liées à l'alcool* : En toute logique, les prévalences constatées ici sont bien supérieures à celle de la population générale. On relève l'exemple flagrant de la pancréatite (aiguë et chronique indifférenciées) dont la prévalence vicienne est de 10% dans notre population. L'incidence en France de la pancréatite chronique est de 4,7 pour 100000 habitants par an et l'incidence annuelle de la pancréatite aiguë est de 22 pour 100000 habitants [21].

Les données relevées traduisent une hétérogénéité de la population sur le plan médical. En effet, plus de la moitié des patients n'ont aucun antécédent médical en lien direct avec l'alcool mais on note parmi les autres patients un profil polypathologique très fréquent.

Dans la population étudiée, 2 patients sont atteints de démence alcoolique (maladie de Korsakoff). La prise en charge et l'orientation des patients atteints de démence de Korsakoff s'avèrent longues et délicates en raison du déficit de structure adaptée et de leur âge ne leur permettant que rarement l'accès aux EHPAD. La gravité du handicap entraîné par cette maladie nous encourage à dépister plus précocement les troubles cognitifs liés à l'alcool au stade de la réversibilité. Parmi les 79 patients, 5 présentent des troubles cognitifs « débutants » objectivés par la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Il se pose la question de la prise en charge proposée à ces patients, qui présentent des troubles pouvant limiter leur capacité à effectuer les changements dans leur vie nécessaires au mieux être, et en premier lieu leur comportement avec l'alcool.

On met en place la réalisation non systématique de tests MOCA par la psychologue du service pendant l'hospitalisation, permettant un dépistage accessible des troubles cognitifs et

d'adopter une vigilance accrue chez ces patients et de renforcer l'accompagnement. On utilise l'imagerie cérébrale (IRM) plus fréquemment et des bilans neuropsychologiques sont réalisés de manière plus régulière.

- *Poids des patients* : Le constat est fait que plus de 30% des patients ont un BMI supérieur à 25. Des activités en rapport avec l'équilibre alimentaire sont réalisées au sein du service, en collaboration avec une diététicienne. Le fait que la population étudiée soit socialement précarisée peut expliquer cette proportion importante de patients en surpoids.
- *Traitement de fond des patients* : On remarque que 4 patients sur 5 disposent d'un traitement psychotrope, en lien notamment avec les fréquents antécédents psychiatriques. Se pose ici la question de l'efficacité du traitement pris en ambulatoire s'il est concomitant à la poursuite de l'alcoolisation, et même des éventuels risques secondaires à la potentialisation des effets désinhibants (risque de passage à l'acte auto/hétéro-agressif) ou sédatifs.

- *Données psychiatriques*

On retrouve une forte prévalence des comorbidités psychiatriques et en particulier des troubles anxio-dépressifs (62%). Si le profil du patient anxio-dépressif s'alcoolisant sur un mode anxiolytique est le plus fréquemment retrouvé, d'autres pathologies psychiatriques sont également constatées, rendant compte une fois de plus de l'hétérogénéité de la population. 2,5% des patients sont atteints de troubles psychotiques chroniques. Ces patients présentent une psychose stabilisée et l'hospitalisation en Addictologie leur offre un étayage supplémentaire dans le cadre d'une problématique alcool. 2,5% des patients sont identifiés

comme bipolaires et 13% présentent un trouble de la personnalité. A noter que seul 1 patient sur 4 ne dispose d'aucun antécédent psychiatrique diagnostiqué.

Les antécédents psychiatriques ont été identifiés comme un facteur prédisposant à la rechute, à l'occasion de plusieurs études [22]. En effet, la situation des patients avec l'alcool est fortement tributaire de l'évolution de leur pathologie psychiatrique.

L'intervention d'un médecin psychiatre une fois par semaine dans le service permet d'orienter les patients pour lesquels la prise en charge psychiatrique pose un réel problème. Le fait est qu'un nombre plus important de patients pourraient sans doute tirer bénéfice d'une évaluation psychiatrique, mais que celle-ci n'apparaît pas possible ce jour en raison de la démographie médicale dans le Cambrésis qui montre une forte carence en médecins psychiatres.

- *Données Addictologiques*

Les patients sont loin d'en être tous au même point dans leur parcours addictologique et en particulier dans leur parcours hospitalier. 58,5% d'entre-eux ont déjà réalisé entre 1 et 3 cures. 20% ont déjà effectué au moins 6 séjours hospitaliers. La plupart des patients (68%) bénéficie de soins en Addictologie depuis moins de 5 ans mais tous n'arrivent pas dans un service spécialisé au même stade de l'alcoolodépendance.

La durée estimée de la dépendance à l'alcool apparaît très variable. Nous sommes confrontés à des groupes de patients souffrant d'alcoolodépendance depuis plus de 20 ans (19%), alors que pour d'autres la maladie évolue depuis moins de 5 ans (19%). Certains patients (12%) ont déjà connu une abstinence à l'alcool de plus d'un an, 26% n'ont jamais connu de période d'abstinence excédant un mois.

Nous avons vu précédemment que la population étudiée montrait une grande hétérogénéité dans ses caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales, le seul dénominateur commun identifiable étant l'alcoolodépendance. Celui-ci révèle au final également de grandes disparités inter-individuelles.

Il en va de même au sujet des motivations des patients pour se faire hospitaliser en Addictologie qui peuvent relever de nombreux aspects différents. On distingue les facteurs motivationnels intrinsèques (relatifs à la volonté propre du patient d'être hospitalisé) et extrinsèques (pressions externes au patient l'encourageant à se faire hospitaliser). Ces dernières sont souvent associées à un caractère péjoratif de l'évolution en post-hospitalisation. Toutefois, en dépit d'une motivation optimale du patient, le fait d'être hospitalisé peut lui permettre d'avoir accès à une information, des soins et une éventuelle réflexion pouvant générer la prise de conscience des bienfaits qu'il peut tirer de la prise en charge. Dans la deuxième phase de l'étude, une étape de la réévaluation portera sur cet aspect.

81% des patients ont des antécédents familiaux d'alcoolisme chronique, élément ayant été identifié comme un facteur de risque de rechute à l'occasion d'études [22]. L'âge moyen du premier verre est estimé à 14 ans. A noter que 38% des patients ont goûté pour la première fois à l'alcool avant 12 ans. Ces données sont relativement comparables à celles de l'INPES qui montrent en 2008 un âge moyen pour la première consommation de 13,5 ans chez les filles et de 13,3 ans chez les garçons, reflétant l'ancrage culturel des consommations d'alcool dans notre société [23].

b) Limites de l'étude

Notre population constituée de 79 patients ne peut pas être définie comme représentative car cette étude est effectuée dans un seul centre. Les conclusions que nous pouvons tirer de cette première phase sont donc difficiles à extrapoler en dehors du contexte local.

c) Apports de l'étude

L'analyse de la première phase permet de répondre à l'objectif qui était fixé, à savoir la détermination des profils bio-psycho-sociaux des patients réhospitalisés pour une cure de sevrage d'alcool dans un service d'Addictologie.

On constate avant tout une grande hétérogénéité de la population tant dans ses caractéristiques socio-démographiques que dans ses caractéristiques psychologiques et médicales. Cependant, une forte proportion de patients se trouve dans une situation précaire à tous les échelons de leur vie qui s'inscrit dans la rupture professionnelle, sociale et familiale. Il s'agit des patients les plus en difficulté avec l'alcool qui est à la fois la cause et la conséquence d'une désorganisation globale de leur vie.

Autant d'éléments qui ne peuvent trouver une solution miraculeuse sur les quelques semaines d'une hospitalisation. Cela dit, l'hospitalisation permet une meilleure articulation des différents intervenants (assistants sociaux, psychologues, personnel paramédical) autour d'un patient disponible et surveillé sur le plan médical. Le suivi pluridisciplinaire après l'hospitalisation apparaît par ailleurs capital.

Il convient de garder à l'esprit qu'en raison des comorbidités médicales (notamment psychiatriques) et sociales importantes présentes dans cette population de patients « rechuteurs », les objectifs envisageables sur le plan addictologique mais aussi sur le plan

social, devront souvent se limiter à la réduction des risques. La cure est ici vue comme une étape venant renforcer temporairement un étayage pluridisciplinaire dont la plupart des patients auront besoin dans la durée, voire toute leur vie pour certains. Il s'agit ici de la réalité d'une population de patients alcoolodépendants dont la prise en charge globale est indispensable. La deuxième phase de l'étude va permettre d'objectiver l'évolution globale d'une partie de ces patients, 2 ans après leur hospitalisation de 2010.

DEUXIEME PHASE

1) **RESULTATS**

a) **Devenir à 2 ans de 30 patients**

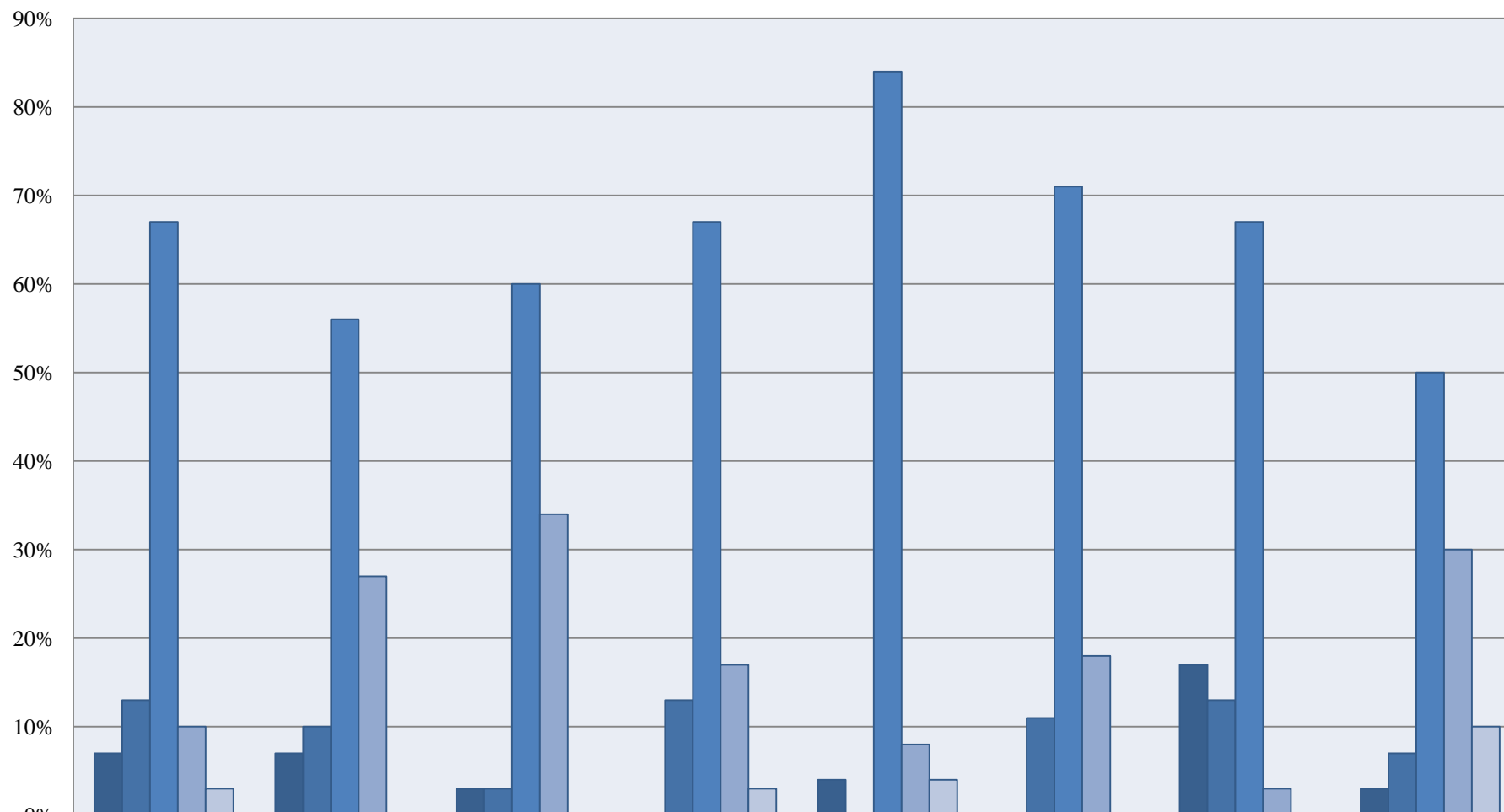
- *Devenir médico-social*

On regroupe dans un graphique (figure 17) l'évolution des patients sur le plan professionnel, sur le plan du logement, sur le plan familial (situation de couple, rapports aux enfants, rapports à la famille), sur le plan financier et sur le plan médical (pathologies, traitements) par rapport à leur situation en 2010. La cotation du changement a été effectuée selon la méthode décrite dans le chapitre « Matériel et Méthodes ».

Au sujet de l'évolution de l'état de santé, l'apparition de nouvelles pathologies depuis 2010 est cotée négativement, tout comme l'éventuelle diminution de l'autonomie.

Concernant l'évolution du traitement, la notion de réduction du nombre de molécules a été cotée positivement (en prenant en compte les divers antécédents des patients) en raison de la tendance à la polymédication constatée dans la première phase.

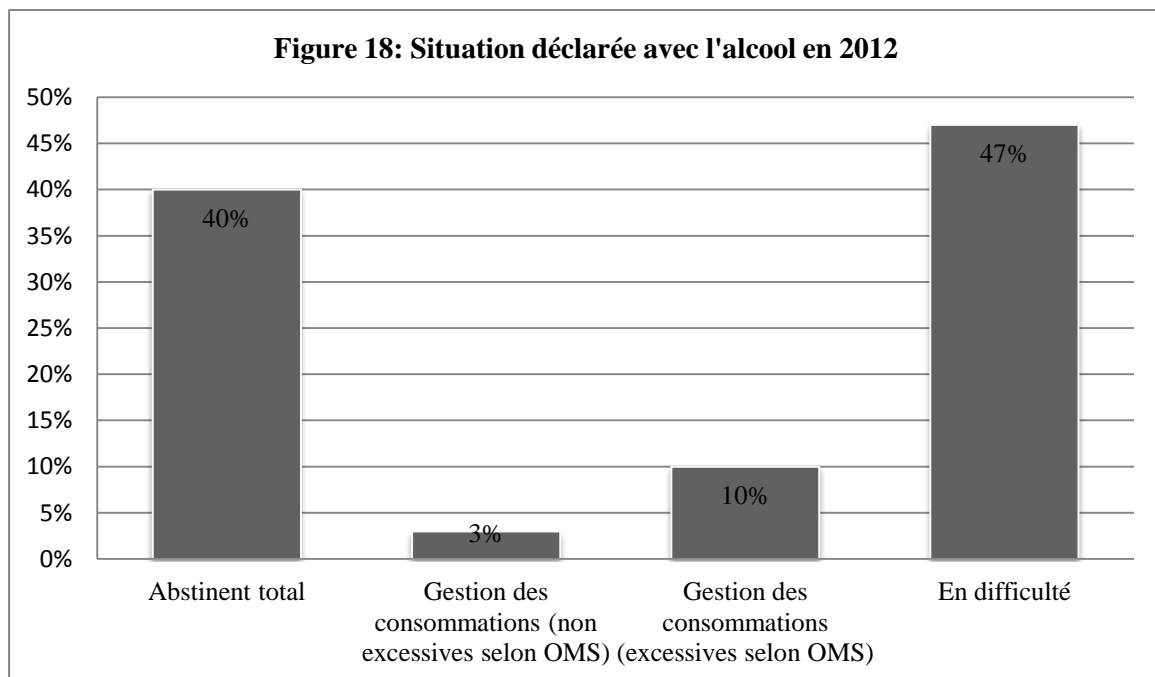
Figure 17: Evolution médico-sociale à 2 ans



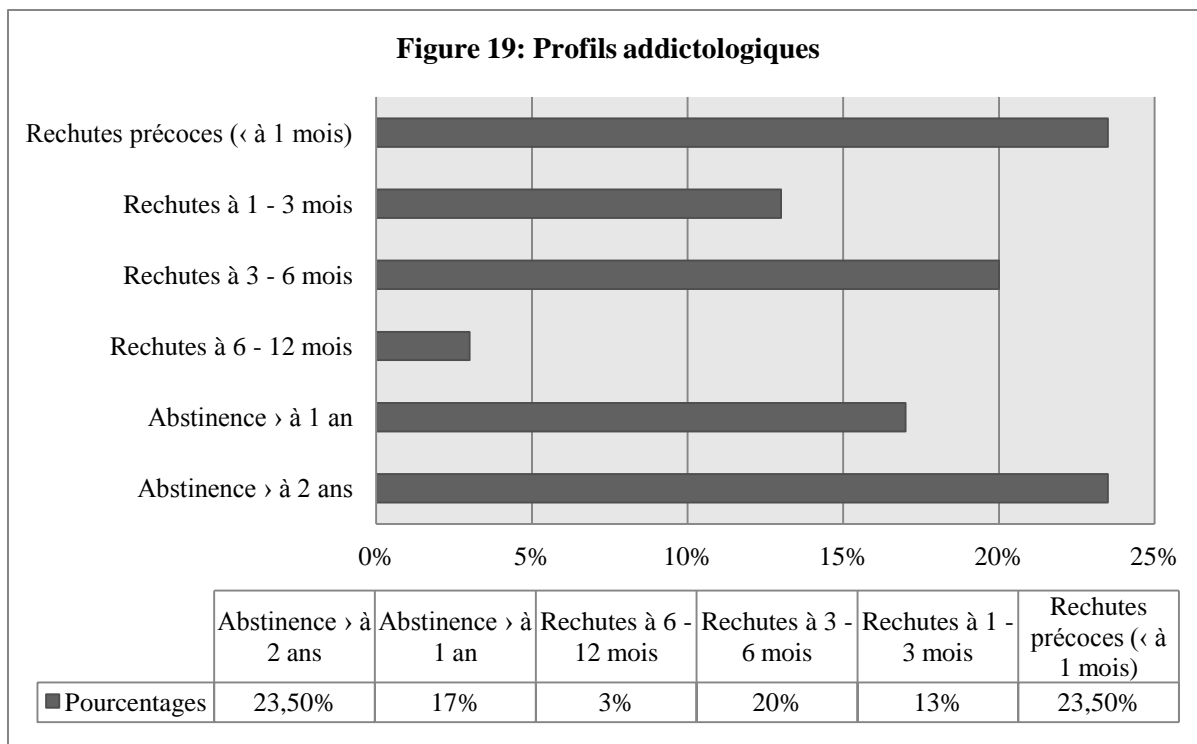
	Situation professionnelle	Logement	Situation sentimentale	Rapport aux enfants	Rapport au reste de la famille	Situation financière	Etat médical	Traitement
■ Dégradation importante	7%	7%	3%	0%	4%	0%	17%	3%
■ Dégradation modérée	13%	10%	3%	13%	0%	11%	13%	7%
■ Pas de changement	67%	56%	60%	67%	84%	71%	67%	50%
■ Amélioration modérée	10%	27%	34%	17%	8%	18%	3%	30%
■ Amélioration importante	3%	0%	0%	3%	4%	0%	0%	10%

- Devenir psychiatrique et addictologique

- Seuls 27% des patients réévalués n'ont pas été hospitalisés à nouveau en Addictologie depuis 2010. 27% ont effectué une cure depuis 2010. 23% ont effectué 2 cures et 23% au moins 3.
- On évalue l'éventuelle présence de symptômes de décompensation psychiatrique lors de l'entretien et en particulier en lien avec l'anxiété et la dépression. 43% des patients présentent des éléments de syndrome dépressif (critères DSM IV).
- Lors de l'entretien, les patients sont questionnés sur leur situation actuelle avec l'alcool (Figure 18).



- 70% des patients réévalués déclarent bénéficier actuellement d'un suivi addictologique.
- Les éléments recueillis lors de l'entretien mis en parallèle avec les données de la première phase, permettent d'effectuer une classification en différents profils reflétant la capacité des patients à être abstinentes depuis 2010 (Figure 19).

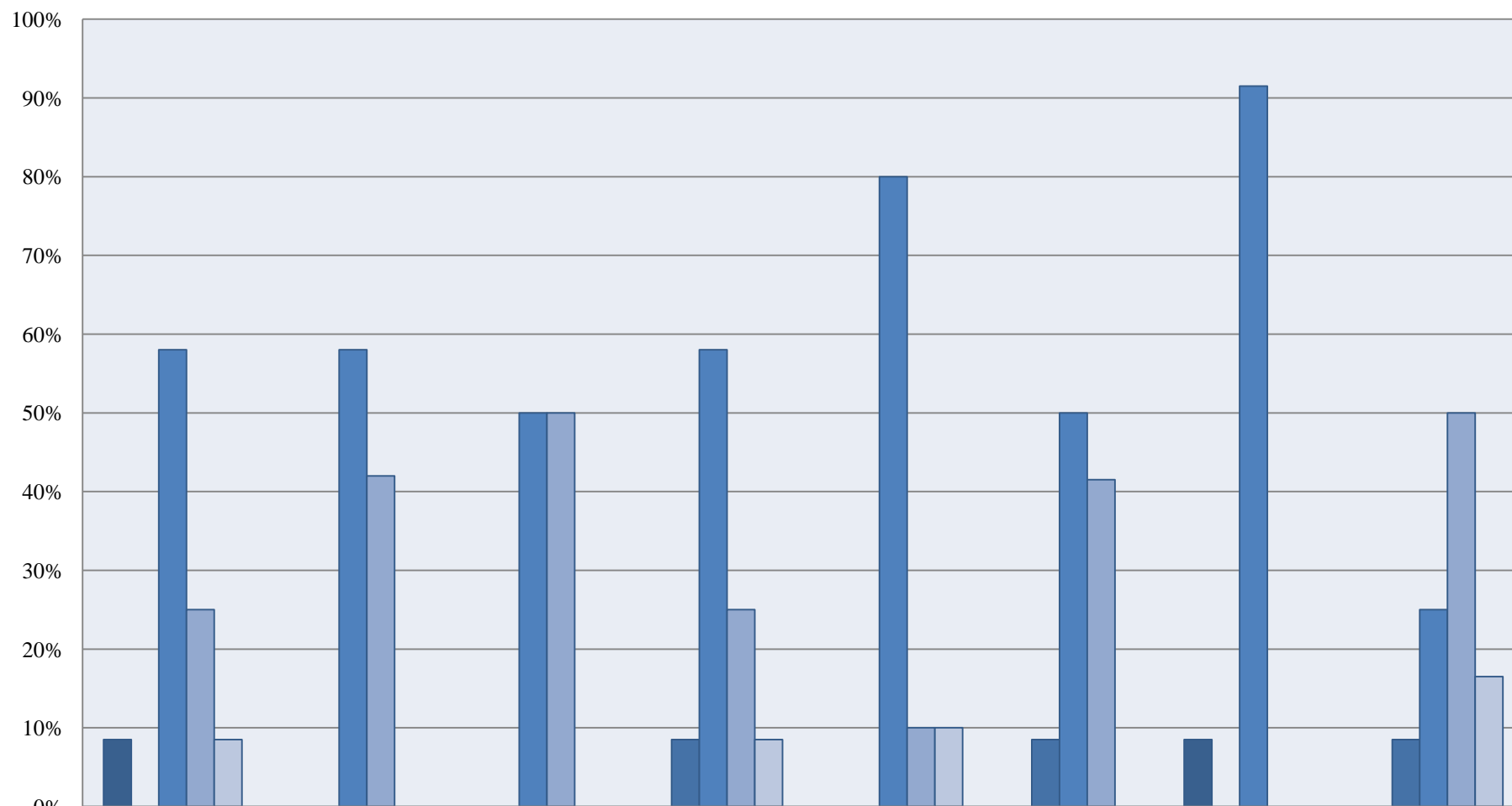


b) Devenir à 2 ans de 12 patients « abstinents plus d'1 an »

- *Devenir médico-social*

On isole le groupe des patients qui sont classifiés ci-dessus comme étant abstinents depuis plus d'un an. Ainsi on détermine l'évolution médico-sociale spécifique à ce groupe de patients. Ces données sont concentrées dans la figure 20.

Figure 20: Evolution médico sociale à 2 ans des patients abstinentes



	Situation professionnelle	Logement	Situation sentimentale	Rapport aux enfants	Rapport au reste de la famille	Situation financière	Etat médical	Traitement
■ Dégradation importante	9%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%
■ Dégradation modérée	0%	0%	0%	9%	0%	9%	0%	9%
■ Pas de changement	58%	58%	50%	58%	80%	50%	92%	25%
■ Amélioration modérée	25%	42%	50%	25%	10%	42%	0%	50%
■ Amélioration importante	9%	0%	0%	9%	10%	0%	0%	17%

- Caractéristiques de cette population de patients abstinents

Afin de s'assurer que les patients abstinents ont un profil comparable à celui de l'ensemble de la population étudiée, nous déterminons les caractéristiques principales de ces 12 patients. Il s'agit de 10 hommes et 2 femmes dont la moyenne d'âge est de 47 ans. 16,6% d'entre-eux sont actifs professionnellement.

Sur le plan médical, seul un patient ne présente pas d'antécédent psychiatrique. 66% d'entre eux ont des antécédents médicaux en lien direct avec les consommations d'alcool. Leur dépendance à l'alcool évolue depuis 15,3 ans en moyenne et ils ont effectué leur première démarche de soins 5,6 ans auparavant en moyenne. Ils ont réalisé en moyenne 3,8 cures avant celle de 2010 (de 1 à 8 hospitalisations selon les patients). Ces données sont superposables aux caractéristiques globales de la population étudiée dans la première phase, en dehors du fait que les femmes y soient moins représentées.

Entre 2010 et 2012, 7 patients ont été hospitalisés à nouveau : 4 ont réalisé une cure et 3 patients 2 cures ou plus. Lors de l'entretien, on retrouve des éléments de syndrome dépressif chez 16% des patients. 83% des patients bénéficient d'un suivi addictologique.

c) Devenir à 2 ans et motivations initiales à l'hospitalisation

Dans la première phase de l'étude, le constat est fait que les motivations amenant les patients à se faire hospitaliser peuvent être très variées. Nous avons choisi de comparer le devenir à 2 ans des patients en fonction de leur motivation première en 2010. Parmi les 30 patients réévalués, les 2 motivations principales retrouvées sont la « motivation personnelle » (10 patients) et la « pression familiale » (8 patients). Nous choisissons de déterminer

l'évolution socio-affective de ces 2 sous-groupes de patients qui semble intéressante à mettre en parallèle, tout comme leur évolution sur le plan addictologique.

- Devenir des patients mettant en avant leur motivation personnelle

Figure 21 : Devenir des patients mettant en avant leur motivation personnelle

	Situation professionnelle	Logement	Situation sentimentale	Rapport aux enfants	Rapport au reste de la famille	Situation financière
Dégradation	10%	10%	0%	10%	0%	10%
Stabilité	60%	60%	80%	60%	90%	60%
Amélioration	30%	30%	20%	30%	10%	30%

En 2012, 7 patients sur 10 sont abstinents depuis plus d'1 an. Un patient a rechuté précocement (dans le mois suivant son hospitalisation) et 2 ont rechuté dans les 3 à 6 mois suivant la cure.

- Devenir des patients hospitalisés sous la pression familiale

Figure 22 : Devenir des patients hospitalisés sous la pression familiale

	Situation professionnelle	Logement	Situation sentimentale	Rapport aux enfants	Rapport au reste de la famille	Situation financière
Dégradation	25%	37,5%	25%	25%	12,5%	25%
Stabilité	75%	25%	37,5%	50%	75%	62,5%
Amélioration	0%	37,5%	37,5%	25%	12,5%	12,5%

En 2012, un seul patient sur 8 est abstinent depuis plus d'un an. 3 patients ont rechuté dans le mois suivant leur hospitalisation et 4 ont rechuté dans les 6 mois.

2) DISCUSSION

a) Devenir à 2 ans du groupe de 30 patients

- Evolution médico-sociale

Concernant l'évolution professionnelle et l'évolution du logement, on constate globalement une nette tendance à la stabilité des différentes situations des patients avec respectivement 67% et 56% de stabilité. Un nombre non négligeable de patients connaît une dégradation de leur situation professionnelle (20%) ou des données concernant leur lieu de vie (17%), venant renforcer le constat de rupture et de précarité réalisé lors de la première phase. Cependant, une proportion à peu près équivalente de patients voit leurs situations s'améliorer : 13% au niveau professionnel et 27% au sujet de leur logement. De la même manière 18% ont une meilleure situation financière (contre 11% de dégradation dans ce domaine).

Globalement, d'un point de vue socio-économique, nous pouvons donc en déduire que la répétition des hospitalisations en Addictologie n'empêche pas à certains patients de se dégrader mais qu'elle procure à la majorité un étayage social leur permettant de voir leur situation ne pas se dégrader, voire de s'améliorer. La réalité socio-économique du secteur géographique de l'étude, ainsi que la précarité de la population étudiée, nous rappelle que les objectifs se doivent d'être adaptés individuellement. La prise en compte du handicap, l'orientation vers des emplois aidés, la collaboration avec les associations d'aide et d'hébergement, la mise en place d'éventuelles mesures de protection, sont autant d'éléments autour desquels doivent s'articuler équipe soignante et équipe sociale.

Dans le domaine familial et affectif, la plupart des patients ont une situation stable. Seuls 6% des patients voient leur situation « sentimentale » se dégrader, contre 34% qui la

voient s'améliorer. 20% décrivent une amélioration de leurs relations avec leurs enfants, 13% décrivent une dégradation. Ces données montrent que les prises en charge itératives en Addictologie permettent un global maintien et une amélioration assez considérable des situations socio-affectives des patients. On peut supposer que la stabilisation relative apportée par ces hospitalisations permet de créer un climat dans la vie du patient plus propice à renouer des liens affectifs avec la famille et/ou faire les choix qui s'imposent dans la vie de couple. Pour certains, les soins permettent de retrouver la garde des enfants.

L'évolution de l'état somatique des patients montrent une dégradation dans 30% des cas, une stabilité dans 67% des cas et une amélioration dans seulement 3% des situations. Cette forte proportion de dégradation est due au développement de maladies en lien ou non avec l'alcool. Dans la plupart des cas, les nouvelles pathologies constatées étaient la conséquence des alcoolisations. On peut de nouveau ici constater la grande fragilité des patients sur le plan médical. Parmi les 9 patients ayant vu une dégradation de leur état médical sur 2 ans, 8 n'ont pas connu de période d'abstinence significative sur 2 ans.

Le faible taux d'amélioration s'explique par le mode de recueil de données qui compare les antécédents médicaux en 2010 et 2012. La notion de changement positif est donc difficile à évaluer puisque par définition les antécédents médicaux s'additionnent lors de la vie du patient et ne peuvent se soustraire. Des paramètres bio-médicaux (dont l'IMC) ont été recueillis afin d'évaluer l'évolution de l'état de « forme physique » des patients mais ces données n'ont pas pu être mises en relief.

L'évolution du traitement des patients montre une nette tendance à l'amélioration, ce qui s'explique tout simplement par le fait que les patients étudiés bénéficient d'un suivi médical régulier. On assiste donc à une diminution de la polymédication et une diminution des associations de traitement redondantes ou à risque (exemple : plusieurs benzodiazépines).

Les patients abstinents ou en rémission de comorbidités psychiatriques ont pour la plupart vu leur traitement psychotrope s'alléger voire disparaître, ce qui explique en grande partie la forte proportion de changement positif.

- Evolution addictologique

Au total, parmi les 30 patients, 40% sont abstinents depuis plus d'un an en 2012. Il s'agit d'un pourcentage important comparé à ceux retrouvés dans l'étude EVA de 1997 (28,5%) et dans l'étude de Nalpas et al en 2002 [3, 4]. Ce chiffre important peut sans doute s'expliquer par le fait que la grande majorité des patients réévalués sont encore suivis régulièrement en Addictologie au moment où est réalisée l'étude.

Les consommations d'alcool ont été reprises par 60% des patients, dont seuls 13% estiment être dans la gestion. 47% s'avouent en difficulté avec le produit. Par ailleurs, la plupart des patients estimant être dans la gestion ont des consommations évaluées comme étant au-delà des recommandations de l'OMS. Dans cette population de 30 patients, il semblerait au final que seul 1 patient soit en mesure de gérer ses consommations d'alcool sans excès en 2012.

La récente approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001 revient sur les travaux internationaux effectués depuis plus de 10 ans qui mettent l'accent sur la possibilité qu'ont certains patients d'arriver à une gestion de leur consommation d'alcool [6]. Il s'agit notamment de l'étude NESARC [24] aux Etats-Unis portant sur plus de 40000 patients ayant eu un diagnostic de mésusage d'alcool. Des études complémentaires portant sur des sous-groupes de patients ont montré qu'une proportion considérable de patients inclus avait des faibles niveaux de consommation et ne s'inscrivait pas pour autant dans la rechute [25]. Cependant il semblerait qu'il s'agisse avant tout de patients jeunes, sans comorbidité

psychiatrique ou addictologique et sans histoire familiale d'abus ou de dépendance à l'alcool. Un suivi de cohorte à Boston a comparé l'évolution sur 60 ans d'une population de 458 patients alcoolodépendants défavorisés socialement à celle d'une population de 256 patients alcoolodépendants aisés. Les patients encore en vie à l'âge de 70 ans avaient une consommation d'alcool contrôlée dans 10% des cas dans la population aisée et dans 1% des cas dans la population défavorisée [26].

Ces données nous rappellent que la stratégie de gestion des consommations d'alcool peut être envisagée dans le cadre d'une prise en charge personnalisée de l'alcoolodépendance prenant en compte le profil médico-social du patient et son évolution sur le plan addictologique. En l'occurrence, la population de notre étude, de part ses caractéristiques globales décrites dans la première phase, ne semble pas éligible pour cette stratégie, en l'état actuel des outils thérapeutiques dont nous disposons. Le message collectif prônant l'abstinence totale délivré dans les services d'Addictologie est a priori encore d'actualité et ne saurait être remis en question de par les caractéristiques intrinsèques des patients qu'ils accueillent.

b) Devenir médico-psycho-social à 2 ans des 12 patients

abstinents

- Sur le plan socio-économique, les patients semblent tirer partie de leur abstinence puisque 33,5% d'entre eux voient leur situation professionnelle s'améliorer, 42% ont un meilleur lieu de vie qu'en 2010 et 42% ont une meilleure « santé financière ». Par ailleurs, 1 seul patient sur 12 voit sa situation se dégrader au niveau professionnel, il en est de même dans le domaine financier. Aucun patient n'a un logement moins approprié qu'en 2010.

- De la même manière au niveau familial, l'abstinence semble très favorable à la population étudiée. 1 seul patient voit ses rapports à ses enfants se dégrader. Dans tous les autres cas, le rapport aux enfants et à la famille, ainsi que la situation « sentimentale » restent stables ou s'améliorent parfois considérablement (50% des cas pour ce dernier paramètre).
- Sur le plan médical, la tendance est à la stabilité de l'état de santé et à un traitement plus réduit. 1 seul patient voit son état de santé se dégrader avec l'apparition de nouvelles pathologies.

Globalement les patients abstinents ont presque tous une situation bio-psycho-sociale qui s'améliore ou reste stable. 84% ne présentent aucun symptôme de dépression lors de l'entretien. A noter que l'analyse du profil de ces patients pour l'année 2010 révèle les mêmes constats que sur l'ensemble de la population de la première phase, à savoir des comorbidités sociales, psychiatriques et une alcoolodépendance évoluant depuis de longues années. Il n'était donc pas possible en 2010 de préjuger d'une évolution plus favorable chez ces patients que chez les autres. Plus de la moitié d'entre eux ont par ailleurs été hospitalisés à nouveau entre 2010 et 2012.

Il semblerait donc que la répétition des hospitalisations au fil des années permette à certains patients d'accéder à une abstinence durable potentialisant une dynamique de changements positifs dans leur vie et un certain bien-être. Une fois de plus, on relève l'importance du suivi pluridisciplinaire chez ces patients.

c) Devenir à 2 ans selon la motivation initiale

L'évolution médico-psycho-sociale des patients mettant en avant leur motivation personnelle semble positive puisque le pourcentage de dégradation n'excède pas les 10% dans les différentes sphères de la vie des patients. Au final 7 patients sur 10 accèdent à l'abstinence. L'évolution addictologique des patients mettant en avant la pression familiale montre qu'un seul patient sur 8 est abstinent en 2012. Les données concernant l'évolution globale rejoignent celle de la population de 30 patients avec cependant des taux de dégradation un peu plus élevés. Cependant, malgré le désir d'hospitalisation a priori faible de ces patients, la plupart arrivent à maintenir une situation globale stable, voire même à l'améliorer.

Ces chiffres nous rappellent que c'est en étant acteur de ses propres soins que le patient aura le plus de chances de s'en sortir. Mais chez un patient peu motivé, l'hospitalisation peut avoir le mérite de stabiliser l'évolution de la maladie, et d'éventuellement générer une amorce de réflexion qui pourra être la source de changement.

d) Apports de l'étude

L'analyse des données de cette deuxième phase permet d'atteindre l'objectif qui était fixé, à savoir déterminer le devenir à 2 ans d'une cohorte de patients hospitalisés en service d'Addictologie, en s'attardant sur l'évolution globale et notamment sociale des patients. Sur les 30 patients réévalués, 40% accèdent à une abstinence durable au bout de 2 ans. Un raisonnement binaire ne prenant en compte que ce critère nous amènerait à en faire la conclusion que dans 60% des cas, les hospitalisations ont été des échecs puisqu'elles n'ont pas permis aux patients d'atteindre l'objectif « abstinence totale ».

Les données sociales, économiques et affectives étudiées ici apportent d'autres constats et nous amènent à prendre de la distance et à laisser de côté le fatalisme. Il semblerait que de nombreux patients n'accédant pas à une abstinence durable tirent malgré tout partie de leurs hospitalisations qui leur permettent de stabiliser ou d'améliorer leur santé au sens large du terme.

CONCLUSION

C'est en considérant le patient alcoolodépendant dans sa globalité que nous pouvons quitter cette vision quasi manichéenne opposant l'abstinence et la reprise des consommations après un sevrage. Les patients hospitalisés en service d'Addictologie représentent finalement une minorité des patients en difficulté avec l'alcool. Mais ce sont les patients les plus en souffrance du fait de la sévérité de leur alcoolodépendance et de leurs nombreuses comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales.

Notre étude s'intéresse en particulier aux patients hospitalisés à plusieurs reprises en Addictologie. Sa première partie nous confirme que chez ces patients fragiles, une prise en charge pluridisciplinaire dans la durée est de rigueur. Et quand il s'agit d'envisager un sevrage d'alcool, les critères d'hospitalisations définis par les conférences de consensus sont la plupart du temps réunis. Mais si ces sevrages hospitaliers sont indiqués médicalement, leur répétition peuvent nous amener à douter de leur finalité et c'est à travers la deuxième partie de l'étude que nous rationalisons l'évolution médico-psycho-sociale de 30 patients, 2 ans après un sevrage hospitalier. Plus d'un tiers d'entre eux accède à une abstinence longue et leur évolution globale semble particulièrement favorable. Pour les deux tiers restants, l'abstinence excède rarement quelques mois et si nous ne pouvons que constater la dégradation progressive de la situation de certains, la plupart parvient à maintenir une stabilité relative voire à améliorer certaines sphères de leur vie sociale.

Un service de cure est un lieu protégé où le patient a l'opportunité de se recentrer sur lui-même et d'élaborer des stratégies pour lutter contre sa dépendance et ses conséquences dans la « vraie vie ». Si le phénomène de « retour à la réalité » peut s'avérer violent, il n'en reste pas moins que l'hospitalisation complète peut être une étape clé, permettant la réalité du sevrage et le renforcement d'un étayage pluridisciplinaire s'inscrivant dans une stratégie globale de soins. La précarité de la population à laquelle nous sommes confrontés dans cette

étude, ainsi que la ruralité de notre secteur rendant les prises en charge ambulatoires plus compliquées, font de l'hospitalisation complète un recours indispensable à notre pratique.

Les patients alcoolodépendants constituent une population très hétérogène. C'est en évaluant au mieux la demande du patient et son contexte personnel que nous pouvons lui proposer la prise en charge la plus adaptée, celle qui fera de lui un véritable acteur de ses soins. Disposer de nombreuses solutions et orientations possibles pour les patients est un avantage dans le traitement de l'alcoolodépendance, nous amenant vers une meilleure individualisation des soins.

BIBLIOGRAPHIE

[1] American Psychiatric Association, DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition. Paris, Masson, 1996.

[2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *CIM-10 / ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris, Masson, 1993.

[3] FAVRE JD, GILLET C. Devenir de patients alcoolodépendants, résultats à cinq ans et facteurs pronostiques. *Alcoologie* 1997 ; 19 (3 suppl) : 313-30

[4] NALPAS B, COMBESCURE C, PIERRE B, LEDENT T, GILLET C, PLAYOUST D, DANIEL T, BOZONNAT MC, MARTIN S, BALMES JL, DAURES JP. Devenir des patients après sevrage d'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 : 337-44

[5] Haute Autorité de Santé, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus 7 et 8 mars 2001 : modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage.

[6] BENJAMIN ROLLAND, VINCENT LAPREVOTE, PIERRE ALEXIS GEOFFROY, DEWI GUARDIA, RAYMUND SCHWAN, OLIVIER COTTENCIN. Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. *La Presse Médicale* 2013 ; 42(1) ; 19-25

[7] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986.

[8] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005.

[9] SYLVIE GUERIN, AGNES LAPLANCHE, ARIANE DUNANT, CATHERINE HILL. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, 4 mars 2013.

[10] BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. Atlas régional des consommations d'alcool 2005, Données INPES/OFDT. Saint-Denis : INPES, coll. Etudes santé territoires, 2008.

[11] Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. Bulletin Officiel n°2000-38.

[12] Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°139.

[13] P.EMERIAUD, P. GALLOIS, Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Alcool, la cure de sevrage : mythes et réalités. Médecine 2005; 1(1) ; 22-5

[14] BENJAMIN ROLLAND, REGIS BORDET, OLIVIER COTTENCIN. Alcohol dependence: the current French craze for Baclofen. Addiction 2012 ; 107(4) ; 848-9

[15] Service de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé dans les affections liées aux conduites addictives, Service d'Addictologie Le Layon, CH Le Cateau-Cambrésis. Rapport d'activités 2011. Juin 2012.

[16] Haute Autorité de Santé, Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus du 17 mars 1999 : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.

[17] MOUQUET MC, VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. DREES Etudes et Résultats 2002; 192 ; 1-11

[18] WILSON/OTTO et al. La femme moderne et l'alcool. Mardaga 1995, Psychologie et sciences humaines.

[19] Source INSEE. Taux de chômage localisés par zone d'emploi, en moyenne trimestrielle (données CVS). 2010

[20] TERRA MB, BARROS HM, STEIN AT, FIGUEIRA I, ATHAYDE LD, OTT DR, DE AZAMBUJA RDE C, DA SILVEIRADX. Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients: a 6-month follow-up study. *Subst Use Misuse* 2008; 43 : 403-11.

[21] SNFGE. Le Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie. Mars 2001, chapitre II Epidémiologie ; Les maladies non cancéreuses du pancréas (2.2.0.7).

[22] D. MENNECIER et al. Quels sont les facteurs prédictifs de rechute et de perte de suivi chez des patients alcoolodépendants pris en charge dans un service d'hépatogastroentérologie ? *Gastro-entérologie clinique et biologique* 2009 ; 33 (3) ; suppl ; 146

[23] LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S., JANSSEN E., GODEAU E., BECK F. Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.). La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008 : 128-162

[24] DAWSON D.A., GRANT B.F., STINSON F.S., CHOU P.S., HUANG B., RUAN W.J. Recovery from DSM-IV alcohol-dependence: United States, 2001–2002 *Addiction* 2005 ; 100 (3) : 281-292

[25] DAWSON D.A., GOLDSTEIN R.B., GRANT B.F. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol-dependence: a 3-year follow-up *Alcohol Clin Exp Res* 2007 ; 31 (12) : 2036-2045

[26] VAILLANT G.E. A 60-year follow-up of alcoholic men *Addiction* 2003; 98 (8): 1051

ABSTRACT

BACKGROUND: Alcohol dependence is, in France, a public health issue. Hospitalization in an Addictology unit is a possible answer for alcohol-dependent patients. The principle of the medical care lies on a withdrawal of any alcoholic drink leading to the final aim of long term abstinence. Some patients, further to some relapses, may be hospitalized repeatedly.

OBJECTIVE: To assess the repercussions of multiple hospitalizations in Addictology units on the global evolution of alcohol-dependent patients.

METHOD: Our study consisted in two stages. The first one is a retrospective assessment of the biological, psychological and social characteristics of 79 alcohol-dependent patients who were hospitalized in Cateau-Cambrésis Addictology unit in 2010, and for whom it was at least their second planned withdrawal. The second stage assesses a two-year global evolution of 30 of these patients through individual interviews.

RESULTS: The first stage shows a great heterogeneity among the 79 patients who were hospitalized in 2010 as regards their medical, social and psychological characteristics, as well as their addiction to alcohol. Most of them suffer from an unsteady or break-up situation in their families or in their jobs.

The second stage reveals the evolution of a group of 30 patients concerning their professional, social, financial, affective and medical status. 12 patients have managed in being abstinent for more than one year; on the whole their evolution is favorable. 18 patients were unable to be long-term abstinent; some of them see their global situation get worse but most of them succeed in maintaining a certain stability, and even improving some aspects of their social life. Among the 30 patients, only one of them succeeds in controlling his alcohol consumption without excess in 2012. It has to be noted that personal motivation plays a major role as far as medical care is concerned.

CONCLUSION: Hospitalizations in Addictology units, when repeated, can be a temporary reinforcement of a multidisciplinary care which, on the long term, is absolutely necessary for the most fragile alcohol-dependent patients. This type of medical care seems to be adapted to the population that we have studied.

AUTEUR : Nom : GUIBAL

Prénom : Edouard

Date de Soutenance : 11 juillet 2013

Titre: Intérêt des hospitalisations multiples en service d'Addictologie dans le parcours du patient alcoolodépendant : Analyse globale et devenir à 2 ans d'une cohorte de 79 patients.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : addictologie, alcoolodépendance, cure de sevrage, rechute

Résumé :

CONTEXTE : L'alcoolodépendance constitue un problème de santé publique en France. L'hospitalisation complète en Addictologie constitue une réponse possible pour les patients alcoolodépendants. Le principe de la prise en charge proposée repose sur un sevrage de toute boisson alcoolisée et un objectif d'abstinence totale dans la durée. Certains patients, suite à des rechutes, sont amenés à être hospitalisés à plusieurs reprises.

OBJECTIF : Evaluer les répercussions des hospitalisations multiples en Addictologie sur le parcours global et addictologique des patients alcoolodépendants.

METHODE : Notre étude a comporté deux phases. La première évalue rétrospectivement les caractéristiques bio-psycho-sociales de 79 patients alcoolodépendants hospitalisés dans le service d'Addictologie du Cateau-Cambrésis en 2010, pour au moins un deuxième sevrage programmé hospitalier. La deuxième phase évalue l'évolution globale à 2 ans de 30 de ces patients, à travers des entretiens individuels.

RESULTATS : La première phase montre une grande hétérogénéité de la population de 79 patients hospitalisés en 2010 dans leurs caractéristiques médicales, sociales, psychologiques et addictologiques. Une grande majorité se trouve dans une situation d'instabilité ou de rupture (familiale, professionnelle). La deuxième phase révèle l'évolution d'un groupe de 30 patients d'un point de vue professionnel, social, financier, affectif et médical. 12 patients accèdent à une abstinence de plus d'un an ; leur évolution socio-médicale globale est favorable. 18 patients n'accèdent pas à une abstinence prolongée ; certains d'entre eux voient leur situation globale se dégrader mais la plupart parvient à maintenir une certaine stabilité, voire à améliorer certaines sphères de leur vie sociale. Parmi les 30 patients, 1 seul parvient à contrôler sans excès ses consommations d'alcool en 2012. On relève l'importance de la motivation personnelle dans la prise en charge.

CONCLUSION : Les hospitalisations complètes en Addictologie, dans leur répétition, peuvent constituer le renforcement temporaire d'un étayage pluridisciplinaire nécessaire dans la durée chez les patients alcoolodépendants les plus fragiles. Ce type de soins semble adapté à la population étudiée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur O. COTTENCIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur P. THOMAS
Monsieur le Docteur P. LEROUGE (MCA)
Monsieur le Docteur V. VANDERPOTTE

Directeur de thèse : Madame le Docteur C. DUROT