

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

**Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique
hospitalier ou ambulatoire: Mise en place d'une étude observationnelle
portant sur 195 patients, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an
après la fin du sevrage**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 8 janvier 2013

Au Pôle Formation de la Faculté

Par Laure-Hélène ROUSSEAU

Jury

Président : Monsieur le Professeur O.COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur P.THOMAS

Monsieur le Professeur G.VAIVA

Monsieur le Docteur Y.DABLEMONT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur L.URSO-BAIARDO

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| TABLE DES ABREVIATIONS | 15 |
| INTRODUCTION..... | 17 |
| 1. DONNEES GENERALES..... | 19 |
| 1.1. Définitions | 19 |
| 1.1.1. Définitions qualitatives | 19 |
| 1.1.2. Définitions quantitatives | 22 |
| 1.2. Morbidité et mortalité | 23 |
| 1.3. Epidémiologie et prévalence | 25 |
| 1.3.1. A l'échelle mondiale | 25 |
| 1.3.2. A l'échelle européenne | 26 |
| 1.3.3. A l'échelle nationale | 26 |
| 1.3.3.1. Les chiffres..... | 26 |
| 1.3.3.2. L'intérêt de la réduction des risques | 26 |
| 1.3.3.3. La pyramide du risque | 28 |
| 1.3.4. A l'échelle régionale | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 1.4. Coût social de l'alcoolisme | 30 |
| 1.5. Rappel pertinent des connaissances actuelles sur le sujet traité | 32 |
| 1.5.1. « Home detoxification from alcohol: Its safety and efficacy in comparison with inpatient care », Angleterre, 1991 | 32 |
| 1.5.2. « Devenir des patients après sevrage d'alcool », France, 2002 | 34 |
| 1.5.3. « Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after three years », Allemagne, 2005..... | 36 |
| 1.6. Les différents programmes de sevrage du patient alcoolo-dépendant.. | 39 |
| 1.6.1. Le protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées | 39 |
| 1.6.2. Le sevrage hospitalier | 42 |
| 1.6.2.1. Le sevrage hospitalier à Lille | 44 |
| 1.6.2.2. Le sevrage hospitalier à Lens | 45 |
| 1.6.2.3. Le sevrage hospitalier à Roubaix | 46 |
| 1.6.3. L'hospitalisation de jour | 47 |
| 1.7. Objectifs et intérêt du travail de recherche | 48 |
| 1.7.1. Objectif principal..... | 48 |
| 1.7.2. Objectifs secondaires..... | 48 |
| 2. MATERIELS ET METHODES | 49 |
| 2.1. Définition de l'étude | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2. Les investigateurs | 49 |
| 2.3. La population étudiée | 50 |
| 2.3.1. Les critères d'inclusion des patients | 50 |
| 2.3.2. Les critères d'exclusion des patients | 50 |
| 2.3.2.1. Critères psychiatriques | 50 |
| 2.3.2.2. Critères socio-environnementaux | 50 |
| 2.4. Support de l'étude: le questionnaire | 51 |
| 2.5. Méthodes | 51 |
| 2.5.1. Méthode d'observation et d'investigation retenue..... | 51 |
| 2.5.2. Origine et nature des données personnelles recueillies..... | 52 |
| 2.5.3. Mode de circulation des données..... | 53 |
| 2.5.4. Durée et modalités d'organisation de la recherche..... | 54 |
| 2.5.5. Méthode d'analyse des données..... | 54 |
| 2.5.6. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance..... | 55 |
| 2.6. Vérification des questionnaires | 57 |
| 2.7. Analyse statistique des données | 57 |
| 3. DISCUSSION ET RESULTATS ATTENDUS: Comparaison avec la littérature. | 58 |
| 3.1. Implication majeure de l'étude | 58 |
| 3.2. Forces et limites de notre étude | 59 |

| | |
|---|----|
| 3.2.1. Forces | 59 |
| 3.2.2. Limites | 60 |
| 3.3. Disparités de rechute en fonction de plusieurs facteurs selon la littérature..... | 61 |
| 3.4. Le sevrage en alcool d'un point de vue financier selon la littérature..... | 62 |
| CONCLUSION | 64 |

ANNEXES :

| | |
|--|------------|
| ANNEXE 1: Evaluation du nombre total de décès pour les trois causes principales directement liées à la consommation excessive d'alcool depuis 1980.. | 67 |
| ANNEXE 2: Niveaux de consommation par pays en Europe | 68 |
| ANNEXE 3: Consommation d'alcool par an en France par habitant | 69 |
| ANNEXE 4: Consommations hebdomadaires | 70 |
| ANNEXE 5: Protocole de sevrage ambulatoire | 74 |
| ANNEXE 6: Consentement éclairé et note d'information | 80 |
| ANNEXE 7: La dépendance : CIM 10 et DSM IV | 82 |
| ANNEXE 8: Questionnaire de suivi des patients sevrés..... | 87 |
| ANNEXE 9: Accord CCTIRS | 94 |
| ANNEXE 10: Avis favorable CNIL..... | 95 |
| ANNEXE 11: Avis CPP..... | 96 |
| ANNEXE 12: Description du logiciel Le Sphinx Plus ² | 97 |
| ANNEXE 13: Structures de soins par arrondissement, région Nord-Pas-de-Calais. | 99 |
| ANNEXE 14: Structures d'alcoologie en France en 2004 | 105 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 106 |

TABLE DES ABREVIATIONS :

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie

CCTIRS : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de
recherche dans le domaine de la santé

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHRU : Centre hospitalier régional et universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

GHM : Groupes homogènes de malades

HC : Hospitalisation conventionnelle

HDJ : Hôpital de jour

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Odds ratio

PASBA : Protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées

RSA : Revenu de solidarité active

SDF : Sans domicile fixe

SSR : Soins de suite et réadaptation

TCA : Trouble du comportement alimentaire

INTRODUCTION :

L'alcool et ses conséquences sont un problème majeur de santé publique.

La consommation d'alcool diminue régulièrement en France. Cependant, la proportion de personnes en difficulté avec l'alcool reste stable à 10 % de la population adulte.

De façon générale, l'addiction à l'alcool est une maladie chronique et à haut risque de récurrence, en dépit des traitements, et nécessite donc un suivi à long terme.

Elle entraîne de nombreuses complications hépatiques, cardiovasculaires et neurologiques ainsi que des cancers. L'étude de facteurs prédictifs ou de vulnérabilité à la dépendance est en cours pour améliorer sa prise en charge.

Compte tenu des multiples enjeux de la consommation excessive d'alcool en France, les axes de recherche couvrent plusieurs domaines : épidémiologie, sciences sociales, neurosciences, neurobiologie ou encore cancérologie.

Dans ce contexte, nous proposons d'évaluer les consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire. Pour ce faire, nous avons travaillé sur la mise en place d'une étude observationnelle portant sur 195 patients, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage.

Afin de vous présenter cette étude, nous allons tout d'abord développer quelques données générales, expliquer notre méthodologie puis discuter des résultats attendus.

Enfin, nous concluons par l'aspect médico-règlementaire de cette étude et les différentes modalités de prise en charge actuelles du patient alcoolo-dépendant.

1. DONNEES GENERALES :

1.1. Définitions :

1.1.1. Définitions qualitatives :

Le médecin suédois Magnus Huss a été l'un des premiers, en 1849, à situer l'alcoolisme dans le champ des maladies et à l'extraire de sa connotation de vice. Il l'introduit sous le terme d'alcoolisme chronique.

Dans les années cinquante, Pierre Fouquet décrit le malade alcoolique comme « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire ».

Il existe deux classifications qui répertorient le concept d'addictions, qui sont la Classification internationale des maladies (CIM), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

La CIM, dont l'appellation complète est « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde. La CIM constitue le système officiel de l'OMS pour classifier les différentes maladies, blessures, handicaps et causes de décès. Cette classification est dite « mono-axiale », c'est-à-dire que chaque entité (maladie) ne correspond qu'à un seul code.

Par ailleurs, le concept d'addiction a évolué en même temps que la psychiatrie par le biais du DSM. En effet, le DSM est un manuel de référence très utilisé internationalement, particulièrement pour les recherches statistiques et dans une moindre mesure pour diagnostiquer les troubles psychiatriques.

Publié en 1952, le DSM I diagnostiquait 60 pathologies différentes, et le DSM II, 145 en 1968. Ce n'est qu'avec l'apparition progressive du DSM III en 1980, qui reposait sur un modèle biomédical et évacuait toute considération de l'étiologie des troubles psychiatriques, qu'est apparu le concept d'addiction dans cette classification, qui respectait pour l'essentiel la CIM 9. En 1987, le DSM IV reconnaît 410 troubles psychiatriques grâce à des critères diagnostiques quantitatifs précis, affinés dans le DSM IV-R en 2000.

Le DSM IV classe l'alcoolisme dans les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Il caractérise la maladie alcoolique comme dépendance, qui est « un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif comme en témoignent trois (ou plus) manifestations parmi :

- 1) tolérance qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial;
- 2) un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage;
- 3) une incapacité à gérer sa propre consommation, l'utilisateur consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait;

- 4) des efforts infructueux pour contrôler la consommation;
- 5) un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit;
- 6) les activités sociales, culturelles ou de loisirs sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans sa vie quotidienne;
- 7) une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Ces manifestations surviennent à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois ».

La classification du DSM IV fait une distinction entre « avec dépendance physique » (signes de tolérance ou de sevrage), et « en l'absence de dépendance physique », et respecte pour l'essentiel la classification CIM 10 de 1992.

Le sevrage, lié à la suspension brutale de l'intoxication, peut apparaître six à huit heures après la dernière absorption, avec les symptômes mineurs initiaux suivants: instabilité, anxiété, tremblements, nausées. Si le sevrage se poursuit, les troubles se majorent et s'installe le *Delirium Tremens* avec :

- état confusionnel,
- agitation
- hallucinations (zoopsies),
- tremblement rapide,
- trouble du sommeil,

- signes neuro-végétatifs (sudation, hyperthermie, tachycardie, hypertension artérielle).

Le nouveau DSM, cinquième génération, est annoncé pour mai 2013. Si le DSM-III avait été qualifié de révolutionnaire en son temps, le DSM-V devrait, quant à lui, bouleverser notre discipline addictologique, et plus particulièrement alcoologique, avec la disparition des catégories diagnostiques d'abus et de dépendance.

L'OMS devrait bientôt débiter ses travaux pour préparer les révisions du chapitre sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de sa CIM pour sa 11ème édition (CIM-11), prévue en 2014.

Le rapprochement entre DSM et CIM est plus que jamais à l'ordre du jour, des experts non américains de l'OMS ayant été invités à participer aux travaux sur la révision du DSM. Il est probable que la CIM adoptera les mêmes changements que ceux adoptés dans le DSM-V (1).

1.1.2. Définitions quantitatives :

Les définitions quantitatives de l'alcoolisme sont peu défendables et abandonnées car elles sont arbitraires, fonction de facteurs biologiques et environnementaux, sexe, différences d'équipements enzymatiques pour la dégradation de l'alcool, *etc*, mais il nous semble pourtant nécessaire de les mentionner encore (2). De plus, la susceptibilité à l'alcool est variable aussi en intra-individuel (à jeun ou non, fatigue, médicaments associés...).

Au niveau de la conduite automobile, un taux d'alcoolémie a été fixé au-dessus duquel il y a infraction ou délit. L'OMS, quant à elle, introduit une notion de seuil :

- 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel,
- 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
- 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme, sachant qu'un verre correspond à 10 g d'alcool pur (2).

Bien que d'intérêt collectif, le respect de ces seuils ne donne pas en pratique une certitude de sécurité au plan individuel, car des situations particulières à risque peuvent être méconnues (3). Il est à noter que les lésions hépatiques n'apparaissent qu'au-delà de 30g d'alcool pur par jour chez l'homme et 20g d'alcool pur par jour chez la femme.

1.2. Morbidité et mortalité :

La consommation excessive d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques hépatiques, atteintes psychiques, accidents de la route, accidents du travail, accidents domestiques, violences notamment familiales et agressions) et de la mortalité prématurée.

Chez l'enfant à naître, l'alcool est la cause majeure de handicaps d'origine non génétique (4).

La cirrhose, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aéro-digestives supérieures constituent les trois causes principales de mortalité liée à une consommation excessive d'alcool.

Le nombre de décès pour ces trois causes diminue depuis 1980. (annexe 1)

Entre 2005 et 2008, pour la région Nord-Pas-de-Calais, la mortalité tous âges par abus d'alcool totalisait 1280 décès (978 hommes et 302 femmes), et la mortalité prématurée (pour les moins de 65 ans), totalisait 1035 décès (818 hommes et 217 femmes).

Pour la communauté d'agglomération de Lens-Liévin étaient observés 108 décès cumulés liés à l'abus d'alcool (81 hommes et 27 femmes) et pour la Communauté Urbaine de Lille Métropole étaient observés 300 décès cumulés liés à l'abus d'alcool (240 hommes et 60 femmes) (5).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, entre 1994 et 1997, la consommation excessive d'alcool était responsable de 7,95 % de la mortalité toutes causes chez les hommes et 3,20 % chez les femmes (6).

D'un point de vue national, l'alcool contribue à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins (7).

Malgré la diminution de la consommation d'alcool en France au cours des dernières décennies, l'alcool demeure la deuxième cause de mortalité évitable (après le tabac), environ 30 000 décès annuels lui étant attribuables (8).

1.3. Epidémiologie et prévalence

1.3.1. A l'échelle mondiale :

L'OMS estime qu'il y a environ 2 milliards de personnes dans le monde entier qui consomment des boissons alcoolisées et 76,3 millions avec des troubles de l'utilisation de l'alcool (9).

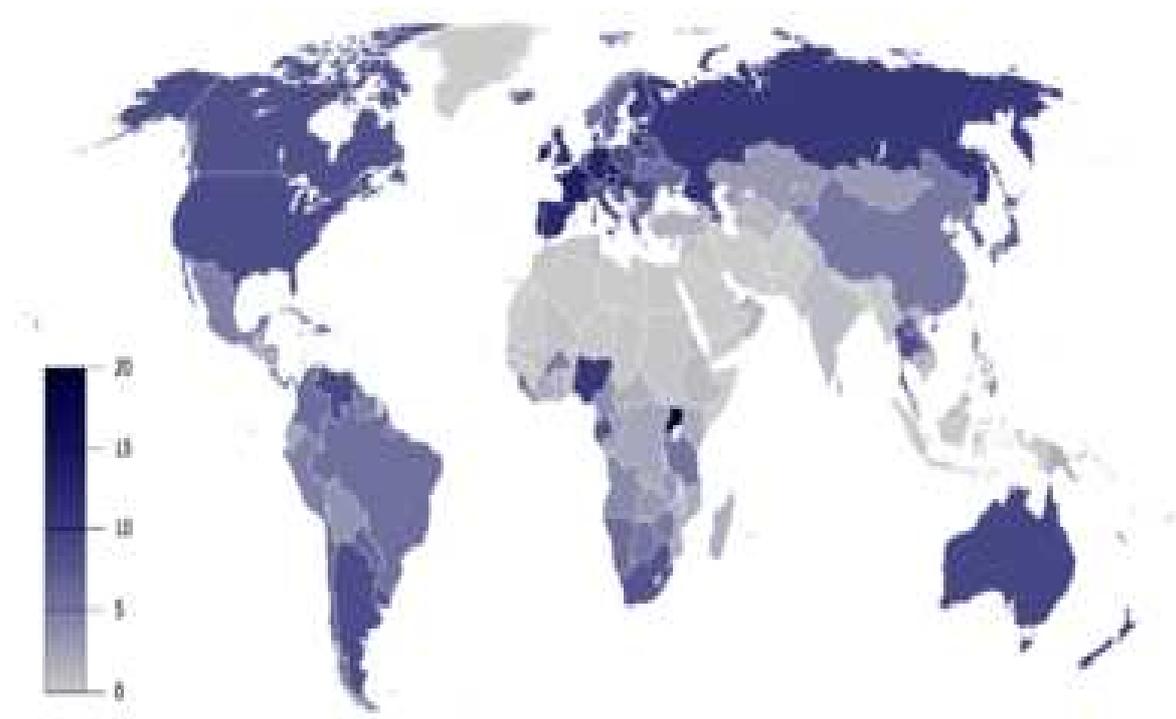


Figure 1: Consommation de litre d'alcool par personne de 15 ans et plus par an et par pays. OMS, 2004

1.3.2. A l'échelle européenne :

La France se situe au 17^{ème} rang européen (sur 28) pour les niveaux de consommation d'alcool pur par adulte en 2003 (annexe 2).

1.3.3. A l'échelle nationale:

1.3.3.1. Les chiffres:

Pour réduire ces dommages sanitaires et sociaux, il s'avère indispensable de dépister précocement les consommateurs à risque qui sont à l'heure actuelle environ quatre à cinq millions en France, dont deux millions d'alcoolodépendants (8).

1.3.3.2. L'intérêt de la réduction des risques :

Même si les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2008 (annexe 3), il est très important de réduire les risques liés à l'alcool. L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus consommée en France malgré une diminution conséquente de la consommation qui est passée de 26L d'alcool par an et par personne dans les années 1960 à moins de 12L de nos jours (10).

En effet, la réduction des risques s'adresse aux personnes qui, du fait de leur consommation, peuvent avoir des comportements à risque.

Ces risques sont liés à la substance « alcool » elle-même, au mode d'usage et aux circonstances de consommation.

Ouvrir la question du risque c'est distinguer l'aigu et le chronique, sortir de la vision centrée sur la dépendance, prendre en compte la finalité de la consommation (psychotrope, conviviale, gastronomique ...), et articuler ces composantes qui concourent toutes au risque. Cela veut donc dire repérer les personnes plus tôt dans leurs usages, mais aussi de développer d'autres stratégies que l'abstinence.

Voici l'ensemble des risques liés au « produit alcool » :

- Levée de l'inhibition : troubles sociaux et conjugaux, violence (plus subie qu'infligée), comportements sexuels à risque
- Baisse de la vigilance, somnolence
- Perte de la coordination motrice
- Dépressiogène
- Alcool « toxique » : cibles multiples (fœtus, cerveau, nerfs périphériques, foie), inducteur de cancer
- Alcool « stupéfiant » : risque de dépendance
- Risque judiciaire
- Accidents de la route, accidents du travail.

Les grands principes de la réduction du risque « alcool » sont donc de consommer à moindre risque, faire appel à la responsabilité des usagers, et parler « consommations » avec les usagers (faire donc évoluer la relation soignant-soigné).

1.3.3.3. La pyramide du risque :

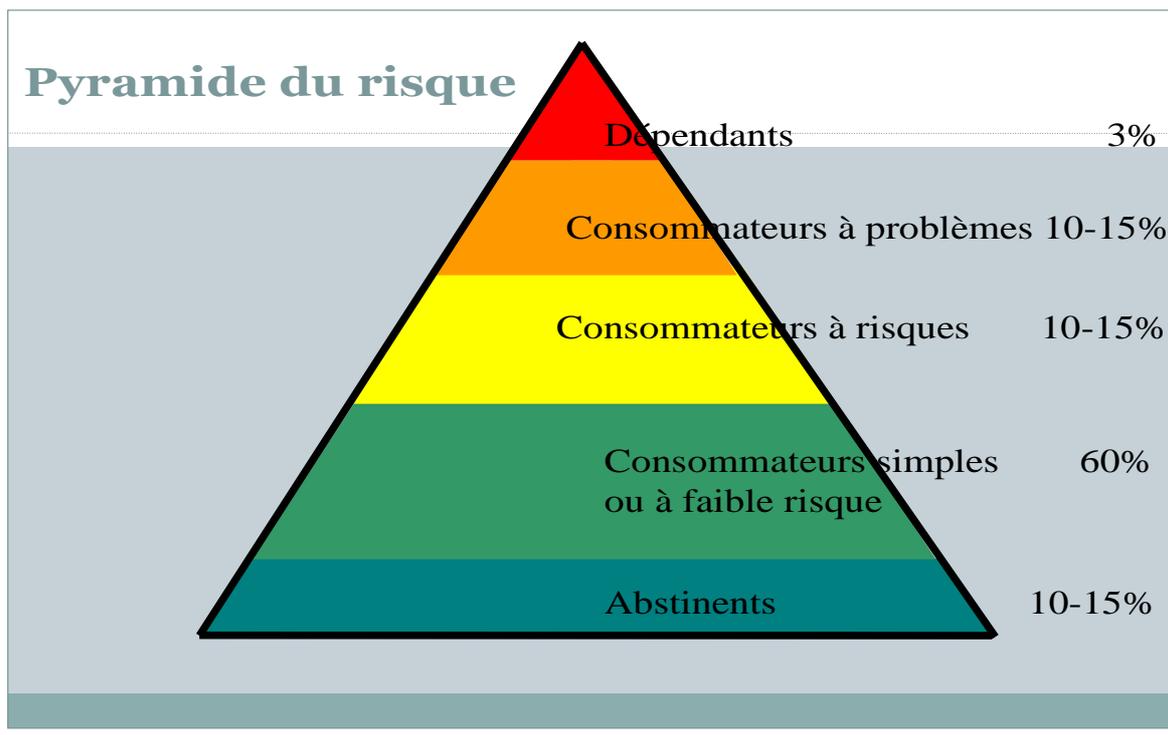


Figure 2 : Pyramide du risque

Les consommateurs simples ou à faible risque consomment trois verres ou moins par jour pour les hommes et deux verres ou moins par jour pour les femmes.

Les consommateurs à risque consomment plus de trois verres par jour pour les hommes et plus de deux verres par jour pour les femmes, sans aucun dommage.

Les consommateurs à problèmes consomment plus de trois verres par jour pour les hommes et plus de deux verres par jour pour les femmes, avec présence de dommages (perturbations du bilan hépatique, insomnie, irritabilité, fatigue, hypertension artérielle, difficultés dans les relations professionnelles ou familiales), mais sans dépendance.

Les consommateurs dépendants répondent aux critères tels que définis dans les classifications internationales. Ils ont généralement été des consommateurs à haut risque et nocifs pendant un temps variable allant de plusieurs semaines à plusieurs mois ou années avant de devenir dépendants. Cette dépendance peut avoir une composante psychique majoritaire, ce qui sera précisé dans les nouvelles classifications comme le DSM V.(11)

1.3.4. A l'échelle régionale :

Pour l'année 2005, concernant la région Nord-Pas-de-Calais, nous observons en moyenne, par rapport aux autres régions françaises, pour les personnes entre 17 et 75 ans, une consommation hebdomadaire de vin plus faible, mais une consommation de bière, alcools forts, cocktails ou autres alcools plus élevée.

A noter que chez les jeunes de 15 à 17 ans, la consommation d'alcool au quotidien est une pratique très peu répandue dans la région comme au niveau national, voire une consommation plus basse dans notre région par rapport au niveau national (12) (annexe 4) (ESCAPAD 2011).

1.4. Coût social de l'alcoolisme :

Le mésusage de l'alcool a pour conséquence un poids financier considérable pour la collectivité, lié aux coûts médicaux directs, aux pertes de revenus et de productivité, ainsi qu'aux dépenses induites par les accidents et la criminalité (13).

En 1996 en France, le coût médical direct de l'alcool (comportant le coût des dispositifs de soins spécialisés pour les alcooliques et le coût du dispositif de soins général) est évalué entre 13,8 et 20 milliards de francs (entre 2,10 et 3,05 milliards d'euros).

Le coût social de l'alcool (comportant les dépenses de santé, les ministères, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les assurances, les pertes de revenus et de production, les pertes de prélèvements obligatoires, etc) est compris entre 97,3 et 115,4 milliards de francs (entre 14,8 et 17,6 milliards d'euros) (14) (ce qui correspond à 1,04 % du produit intérieur brut (15)).

En France, les études les plus récentes montrent que les dépenses de santé ne représentent que 10 à 15 % du montant total des dépenses imputables à l'alcool, loin derrière les pertes de revenus et de production (50 %) et les dépenses qu'occasionnent les accidents de la route pour les assurances (20 %) (16).

Les dépenses de santé sont réparties en soins hospitaliers (4 milliards d'euros), et coûts liés à la médecine de ville (1,8 milliards d'euros). A noter que les dépenses de santé n'occupent que la troisième place du coût social de l'alcool, contre la première pour le tabac (17).

Par ailleurs, 15 % des accidents du travail sont directement liés à une imprégnation éthylique, essentiellement au cours de chutes, d'utilisation de machines ou d'accidents de la voie publique.

De faibles alcoolémies (entre 0,25 et 0,5 g/l) suffisent pour entraîner des modifications sensibles des résultats en termes de compétence professionnelle.

L'alcool est retrouvé dans 40 à 50 % des accidents du travail mortels (CRAM) (18).

Concernant la prévalence dans le système de soins, diverses études permettent d'évaluer que les patients ayant un risque lié à l'alcool et ceux souffrant déjà d'une pathologie liée à l'alcool représentent 20 % des consultants adultes (30 % chez les hommes, 11 % chez les femmes).

Dans 5 % des cas, il s'agit d'alcoolodépendants. Des études récentes en France (étude de Nîmes (Balmès) - étude Auvergne (Reynaud)), concluent qu'en milieu hospitalier, 10 % des séjours chez les hommes et 5 % chez les femmes sont liés aux complications de l'alcoolisme, et que 20 à 30 % des hommes hospitalisés et 10 % des femmes hospitalisées ont une consommation nocive d'alcool qui devrait être diagnostiquée et traitée (19).

1.5. Rappel pertinent des connaissances actuelles sur le sujet traité :

Les études jusqu'à ce jour sont de conclusions diverses, tant sur l'efficacité des programmes de sevrage, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, que sur les facteurs prédictifs de rechute. Nous avons sélectionné trois études significatives de la littérature concernant ces discordances.

1.5.1. « Home detoxification from alcohol: Its safety and efficacy in comparison with inpatient care », Angleterre, 1991:

Une étude réalisée en Angleterre en 1991, incluant 41 patients dans une analyse comparative rétrospective, utilisait un programme ambulatoire de sevrage en alcool d'une durée de 6 jours en moyenne, comportant des visites médicales et infirmières, ainsi qu'un groupe « comparaison » de 41 patients d'une unité hospitalière de sevrage en alcool dans un autre site en Angleterre, concordant rétrospectivement par âge, sexe, et degré de dépendance d'alcool.

L'objectif de cette étude était de voir si les taux de réussite étaient du même ordre pour l'ambulatoire que pour l'hospitalisation.

Les critères d'inclusion étaient :

- désir clair d'arrêter de boire,
- absence d'antécédent de sevrage difficile,
- absence de symptômes physiques ou psychiatriques,
- environnement familial sans alcool ni drogue.

Les critères d'exclusion étaient :

- hallucinations ou délires chroniques,
- psychose,
- pathologies neurologiques,
- épilepsie,
- pathologies physiques,
- absorption de médicaments psychotropes moins de 24 heures avant l'admission.

Les paramètres recueillis étaient le sexe, l'âge, le degré de dépendance à l'alcool et l'activité professionnelle.

Sur les 41 patients suivis en ambulatoire, 5 ont abandonné le sevrage contre 4 sur 41 en hospitalisation.

Par ailleurs, aucun patient suivi en ambulatoire n'a présenté de complication sérieuse comme un *delirium tremens* (20).

La conclusion de cette étude est que le programme de sevrage ambulatoire est aussi sécurisant et efficace que le programme hospitalier pour les patients ayant un problème avec l'alcool.

1.5.2. « Devenir des patients après sevrage d'alcool », France, 2002:

Une étude réalisée en France en 2002, incluant 267 patients dans une analyse prospective, utilisait un programme hospitalier de sevrage en alcool, dans quatre centres différents, de durée différente, avec visites médicales, bilan psychologique, sessions d'information, activités sportives ..., à des fréquences différentes.

La durée de l'étude était d'un an à partir du sevrage.

L'objectif de cette étude était de décrire les modalités pratiques de prise en charge pour chaque centre pendant et après le sevrage, étudier le devenir des patients, obtenir des paramètres objectifs permettant la mise en place ultérieure d'études contrôlées et randomisées avec retombées pragmatiques réelles.

Les critères d'inclusion étaient :

- alcoolo-dépendance selon le DSM IV,
- absence de comorbidité psychiatrique,
- première hospitalisation dans le centre ou précédente hospitalisation remontant à au moins un an,
- domicile proche du centre de prise en charge,
- conditions de vie permettant un suivi,
- accord écrit de participation.

Les critères d'exclusion étaient les comorbidités psychiatriques.

Les paramètres recueillis étaient :

- le sexe,
- la vie de couple,
- l'activité professionnelle,
- le niveau d'étude,
- le premier sevrage,
- la consommation éthylique,
- l'alcoolisme parental,
- les antécédents dépressifs.

La conclusion de cette étude est que les facteurs de rechute les plus probables sont :

- un antécédent dépressif (car il existe une révélation de la comorbidité psychiatrique au décours du sevrage),
- l'absence de mutuelle complémentaire,
- le centre de prise en charge (l'orientation en post-cure est associée à un moindre taux de rechute : 64 % de rechute contre 74,6 % en moyenne) (21).

1.5.3. « Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after three years », Allemagne, 2005:

Une étude réalisée en Allemagne en 2005, incluant 103 patients dans une analyse prospective, utilisait un programme ambulatoire de sevrage en alcool comportant 12 semaines de phase motivationnelle et 8 mois de phase de réhabilitation. La durée de cette étude était de trois ans.

L'objectif de cette étude était de déterminer des facteurs de rechute après trois ans, pour un programme ambulatoire de sevrage en alcool.

Les critères d'inclusion étaient :

- accord et consentement écrit,
- critères CIM 10,
- abstinence depuis au moins 30 jours.

Les critères d'exclusion étaient :

- schizophrénie,
- trouble bipolaire,
- dépendance médicamenteuse,
- troubles sévères organiques, psychiatriques et/ou mentaux.

Les paramètres recueillis étaient :

- données socio-démographiques,
- âge de début et durée de la dépendance,
- consommation quotidienne d'alcool avant le traitement,
- traitements hospitaliers ou ambulatoires précédents,
- nombre de sevrages antérieurs,
- contacts antérieurs avec les mouvements néphalistes,

- abandons de traitement,
- durée d'abstinence précédente,
- statut du conjoint vis-à-vis de l'alcool,
- antécédents familiaux par rapport à l'alcool,
- dépendance aux benzodiazépines,
- symptômes psychiatriques (anxiété, dépression, craving, idées suicidaires, évènements de vie positifs ou négatifs).

La conclusion de cette étude est que les facteurs de rechute les plus probables sont :

- le sexe féminin,
- la présence d'évènements de vie négatifs,
- l'abandon pendant le traitement (22).

1.6. Les différents programmes de sevrage du patient alcoolo-dépendant :

Pour obtenir un sevrage de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies. Il est nécessaire de réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage, assurer, en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé, et aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel (23).

1.6.1. Le protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées :

Le service d'addictologie du CHRU de Lille, l'association des médecins généralistes et toxicomanie Nord-Pas-de-Calais (G&T 59/62) et le réseau Lille Addictions ont développé en 2004 un Protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées (PASBA), reposant sur un partenariat avec les professionnels libéraux de Lille et les communes avoisinantes.

Ce réseau regroupe 400 cabinets, et développe des partenariats avec les structures hospitalières et médico-sociales concernées par la prise en charge des comportements addictifs.

Le PASBA est une modalité thérapeutique qui s'inscrit dans le cadre de l'évolution générale des concepts en matière de prise en charge et d'accompagnement des patients en difficultés avec l'alcool.

En 2007, le Centre Hospitalier de Lens a signé une convention avec le CHRU de Lille et « Généralistes et Toxicomanie », initiateurs du PASBA, pour développer une prise en charge similaire, et le Centre Hospitalier de Roubaix fit de même en 2008.

Le PASBA a pour but de sevrer de l'alcool tout en évitant l'hospitalisation. Il limite la stigmatisation, diminue le renforcement de l'identité d'alcoololo-dépendant et raccourcit le délai de mise en place du traitement dû à la limite des places disponibles.

Il est par ailleurs plus « réactif », diminue les sevrages réalisés sans surveillance médicale ni para-médicale, maintient le patient dans le système de soins primaires et a un coût économique 10 fois inférieur à celui de l'hospitalisation de cure (3319 à 3665 \$ soit 2563 à 2830 euros pour un sevrage hospitalier et 175 à 388 \$ soit 135 à 300 euros pour un sevrage ambulatoire) (24).

Son principe est un soin personnalisé biquotidien au départ, puis les les entretiens infirmiers s'espacent progressivement (annexe 5).

Les contre-indications du sevrage ambulatoire sont :

- sociales : situation d'extrême précarité, crise familiale majeure
- addictologiques: antécédents d'accidents de sevrage, poly-dépendances non stabilisées, dépendance physique très intense, échec répété de tentatives sincères de sevrage ambulatoire, refus du sevrage ambulatoire par le patient ou sa famille
- médicales: pathologies sévères, maladie aiguë évolutive, maladie chronique

- psychiatriques: trouble bipolaire, psychoses, dépressions graves, troubles psychiques graves (25).

Il est important de préciser que le PASBA peut être instauré « par défaut », par exemple si le patient n'envisage aucune autre proposition de soins ou s'il existe une « dépendance » aux structures.

En conformité avec la conférence de consensus de 1999 (25), le PASBA comporte un suivi infirmier pendant 12 jours, une dispensation quotidienne de médicaments à visée neuro-protectrice et une surveillance du traitement. Il inclut également la mise en place de mesures préventives de la rechute, la participation à divers ateliers thérapeutiques, associations néphalistes, un accompagnement psycho-social et familial et une concertation avec les autres partenaires de la prise en charge (intervision).

L'intervision permet à l'ensemble des professionnels publics ou privés, médicaux, psycho ou sociaux concernés par une situation donnée de se retrouver pour croiser leurs regards lorsque l'un ou plusieurs d'entre eux sont en interrogation sur la conduite à tenir.

Il poursuit trois finalités :

1. Faire face de façon concertée à des cas complexes,
2. Former de façon interactive les participants aux divers domaines concernés : santé, justice, hébergement, ...
3. Générer des interconnexions.

Les domaines de prédilection sont évidemment ceux à la marge des parcours standards : précarité, addictologie, psychiatrie.

Ce dispositif fonctionnait sur 18 sites. 487 patients étaient concernés en 2010, 485 en 2011.

Cependant, l'Agence régionale de santé (ARS) a mis fin au PASBA en juin 2012 pour des raisons budgétaires.

1.6.2. Le sevrage hospitalier :

Le sevrage institutionnel permet une surveillance continue et soustrait le malade de son environnement.

Il garantit la réalité du sevrage et l'observance des prescriptions et est nécessaire en cas de pathologie intriquée ou de dépendance physique sévère (26).

L'offre hospitalière permet :

- Des sevrages simples en cours d'hospitalisation complète (une dizaine de jours) ou en hospitalisation de jour. Ce sont les niveaux dits « de proximité ». Sont concernés tous les centres hospitaliers dotés d'une structure d'accueil des urgences.
- Des sevrages complexes (polyconsommation, troubles psychiatriques associés) en cours d'hospitalisations complètes plus longues, de 21 à 28 jours.

Ce sont les niveaux dits « de recours ». Citons : CH de Saint Omer, CH de Lens, CH d'Hazebrouck, CH de Roubaix, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Val de Lys...

A ce jour, chaque zone de proximité dispose d'au moins un service de recours hormis les zones de proximité de Calais et de Berck Montreuil.

- L'accès à des consultations spécialisées en addictologie.

L'offre hospitalière représente :

- 23 équipes mobiles de liaison en addictologie
- 15 équipes mobiles de liaison en addictologie externe
- 1 consultation externe, implantée à Fruges pour permettre une offre de proximité sur ce territoire moins bien équipé
- 20 niveaux de proximité.
- 20 niveaux de recours (7 en médecine chirurgie obstétrique (MCO), 5 en soins de suite et de réadaptation (SSR), 4 en psychiatrie, 5 à la fois en MCO et en SSR)
- 1 niveau de recours régional : le CHRU, qui constitue le centre de référence et qui développe formation, recherche et coordination régionale en addictologie, soit 577 lits et places en 2011 (+ 23 % par rapport à 2006).

1.6.2.1. Le sevrage hospitalier à Lille :

Coordonnées: CHRU, service d'addictologie, Hôpital Calmette, 59037 Lille Cedex

03.20.44.60.86

Equipe pluridisciplinaire: Psychiatres, Pédopsychiatres, Psychologue, Médecins somaticiens, Assistants sociaux, Educateur, Infirmières, Aides-soignants, Diététicienne, Kinésithérapeute, Art-thérapeute, Ergothérapeutes

Description de la structure: 12 lits adultes, 2 chambres d'hospitalisation conjointe mère-enfant

Procédure d'admission: Evaluation somatique, psychologique et sociale

Séjour: Durée moyenne : moins d'un mois

Activités proposées: relaxation, activités sportives, écriture, massage, alimentation, danse, dessin, esthétique, groupe de parole

Suivi après la cure: suivi après une prise en charge, relais après une hospitalisation, suivi social au cours de la prise en charge

1.6.2.2. Le sevrage hospitalier à Lens :

Coordonnées: Le SQUARE, service de soins spécialisé en addictologie

31 rue Souvroz, 62300 Lens, 03.21.69.14.30

Equipe pluridisciplinaire: Médecins, Psychologues, Cadre supérieur de santé, Infirmières, Aide-soignants, Assistants sociaux, Educateurs spécialisés, Educateur sportif, Diététicienne

Description de la structure: huit chambres individuelles, sevrage alcool si poly-dépendance. Sinon, conventions de partenariat avec d'autres services d'alcoologie clinique du département ou de la région permettant de répondre à cette demande.

Procédure d'admission: Hospitalisations préparées en consultation et programmées. Dossiers examinés en synthèse afin de proposer une offre de soins la plus adaptée à la problématique. Contrat de soins

Séjour: durée moyenne : 10 jours

Activités proposées: groupes de parole, activités sportives, groupe de réflexion sur la réduction des risques, art-thérapie

Suivi après la cure: suivi au SQUARE en consultation, suivi dans d'autres services d'alcoologie

1.6.2.3. Le sevrage hospitalier à Roubaix :

Coordonnées: Centre de cure médicale le Vert Pré, 1^{er} étage, service d'addictologie

11 rue Pierre de Coubertin, 59100 Roubaix, 03.20.99.30.73

Equipe pluridisciplinaire: quatre médecins, trois psychologues, un cadre supérieur de santé, un cadre de santé, infirmières, aide-soignants, travailleurs sociaux

Description de la structure: structure de soins court séjour, 19 lits d'hospitalisation

Procédure d'admission: Après une consultation avec l'éducateur spécialisé, puis le médecin et l'infirmière, et après acceptation du contrat de soins par le consultant.

En entrée directe, après collaboration entre le médecin traitant et un médecin du service. Par transfert des urgences ou d'un secteur de médecine.

Séjour: durée de 14 jours, renouvelable 1 fois, divisée en 3 parties : sevrage physique, travail psychologique et préparation à la sortie.

Activités proposées: groupe de parole et de réflexion, esthétique, massage, séances audio-visuelles, jeux et réflexions, travail sur les émotions, activités sportives, détente, expression, remise en forme, diététique, thérapie, information sur la maladie alcoolique, prévention de la rechute, aide au maintien de l'abstinence, rencontre avec des partenaires extérieurs (centre d'alcoologie de Roubaix, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, groupes d'entraide)

Suivi après la cure: diverses orientations, accueil téléphonique pour les anciens patients et leurs familles, consultations de suivi.

1.6.3. L'hospitalisation de jour :

L'hôpital de jour pour les patients en difficulté avec l'alcool est une structure adaptée au suivi des alcoolo-dépendants nécessitant des soins intenses et spécifiques.

L'hôpital de jour permet de travailler, sur le fond et dans la durée, l'acceptation de la maladie, le deuil de l'alcool, la dépendance en général et la reconstruction personnelle du sujet dans l'abstinence.

Il est à l'heure actuelle le plus souvent indiqué après une hospitalisation temps plein.

Il est parfois, et cette indication devrait considérablement se développer, proposé pour appuyer un projet de soins ambulatoire (sevrage et soins alcoologiques spécifiques) sans couper le patient de son environnement.

Toutefois, à l'heure actuelle, pour des raisons sociologiques et administratives, ce type de structure, innovante, efficace et peu coûteuse, reste insuffisante en termes de places (18).

En effet, en 2004, on totalisait 127 places d'hôpital de jour en France.

1.7. Objectifs et intérêt du travail de recherche :

1.7.1. Objectif principal :

Le critère de jugement principal de cette étude est le taux de rechute à un an. L'objectif principal est d'étudier les prises en charge d'un patient alcoolo-dépendant, à savoir l'hospitalisation conventionnelle et le PASBA. Il s'agit d'une étude portant sur 195 patients.

1.7.2. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'étudier, grâce à notre questionnaire complet, les taux de rechute et les consommations déclarées d'alcool en verres standards hebdomadaires, et ce à 1 mois, 3 mois et 6 mois et 1 an après la fin du sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire. Nous pourrions, de plus, évaluer s'il existe des facteurs prédictifs de reconsommation et s'il existe des facteurs prédictifs qui permettront, au décours de l'étude, de poser des indications de prise en charge en fonction des vulnérabilités des patients, et donc de pouvoir établir un arbre décisionnel.

2. MATERIELS ET METHODES :

2.1. Définition de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, de cohorte, étude pilote prospective ouverte, comparative de traitement.

Cette étude porte sur 195 patients résidant dans la région Nord-Pas-de-Calais, volontaires, ayant reçu une note d'information et également signé un consentement éclairé (annexe 6).

2.2. Les investigateurs :

Les investigateurs sont représentés par les Centres Hospitaliers de Roubaix, Lille et Lens, chacun d'entre eux offrant un service hospitalier d'addictologie et un PASBA.

2.3. La population étudiée :

2.3.1. Les critères d'inclusion des patients :

- âge : égal ou supérieur à 18 ans,
- lieu de résidence situé à moins de 50 km du centre de recrutement,
- dépendance à l'alcool selon le CIM 10 et le DSM IV (annexe 7),
- consentement éclairé écrit.

2.3.2. Les critères d'exclusion des patients :

2.3.2.1. Critères psychiatriques :

- affection délirante

2.3.2.2. Critères socio-environnementaux :

- absence d'environnement social stabilisé (SDF, CHRS non addictologiques)
- demande de prise en charge n'émanant pas du patient lui-même (famille, milieu professionnel, milieu judiciaire)

2.4. Support de l'étude : le questionnaire :

Celui-ci est intitulé « Questionnaire de suivi des patients sevrés » (annexe 8).

2.5. Méthodes :

2.5.1. Méthode d'observation et d'investigation retenue :

Nous proposons de faire remplir un questionnaire par un enquêteur (selon le choix de l'enquêteur : par version papier à retourner à l'attention du Dr Urso, Enquête addictologie, Centre Hospitalier de Roubaix, 20 avenue Julien Lagache, 59100 Roubaix, ou par version électronique à laurent.urso@ch-roubaix.fr), avec le patient, le dernier jour du sevrage éthylique, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier.

Puis, ces mêmes patients seront contactés 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la prise en charge, afin d'évaluer leur consommation déclarée en verres standards d'alcool hebdomadaires.

Les questionnaires remplis initialement comporteront des données non identifiantes, chacun des patients étant répertorié par un numéro d'ordre ainsi que les deux premières lettres de son nom et la première lettre de son prénom.

Seul l'enquêteur possèdera la correspondance entre l'identité de la personne et ce numéro d'ordre. Chaque patient aura reçu préalablement une note d'information concernant l'étude et signé un consentement éclairé.

2.5.2. Origine et nature des données personnelles recueillies :

Les données personnelles recueillies par l'enquêteur, avec l'accord du patient, sont nombreuses car l'un des objectifs secondaires de cette étude est d'évaluer s'il existe des facteurs prédictifs de reconsommation.

| <u>Variables recueillies à J0 du sevrage éthylique :</u> | <u>Variables recueillies à M1, M3, M6, et M12 du sevrage éthylique :</u> |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">-Nombre de sevrages antérieurs-Consommation déclarée d'alcool-Age à l'inclusion-Age de la première consommation d'alcool-Age de la première ivresse-Age de début des consommations à problème-Structure de prise en charge-Date de début du sevrage-Type de prise en charge-Genre-Statut matrimonial-Intoxication tabagique-Antécédent de violence-Activité professionnelle-Date du premier contact avec le service-Initiative du sevrage-Contre-indications au PASBA-Contre-indications à l'Hôpital de jour-Complications liées aux consommations d'alcool | <ul style="list-style-type: none">-Satisfaction générale dans la phase de préparation du sevrage-Satisfaction générale pendant le sevrage-Consommation déclarée d'alcool-Complications liées au sevrage-Suivi après le sevrage-Participation à des mouvements d'anciens buveurs-Besoins par rapport à l'alcool |

2.5.3. Mode de circulation des données :

Un référent est défini dans chaque centre : Monsieur le Pr Olivier Cottencin pour Lille, Madame le Dr Véronique Vosgien pour Lens et Monsieur le Dr Urso-Baiardo pour Roubaix.

Chacun des référents remplit les questionnaires, soit de manière informatisée par le biais du logiciel « Le Sphinx Plus ² », soit en format papier qu'il enverra à l'attention du Dr Urso, Enquête addictologie, Centre Hospitalier de Roubaix, 20 avenue Julien Lagache, 59100 Roubaix. Chaque référent est libre de remplir les questionnaires sous la forme qu'il souhaite.

Les données issues des questionnaires seront recueillies par l'enquêteur au fur et à mesure de l'étude, soit par courrier pour les questionnaires papier, soit sur un seul et même ordinateur pour les questionnaires remplis de manière informatisée.

Au total, il existera donc trois ordinateurs de saisie des questionnaires (un dans chaque centre) et un seul pour le recueil de ceux-ci.

2.5.4. Durée et modalités d'organisation de la recherche :

La durée prévue pour la réalisation de cette étude est:

- Questionnaire : 12 mois
- Traitement biostatistique : 4 mois
- Recueil, vérification et gestion des données : 4 mois
- Analyse et rédaction : 4 mois

2.5.5. Méthode d'analyse des données :

L'analyse portera sur la consommation déclarée d'alcool en verres standards hebdomadaires à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après le sevrage éthylique ambulatoire ou hospitalier.

Le logiciel « Sphinx Plus² » sera utilisé pour saisir les données.

Les variables numériques seront décrites en termes de moyenne et de déviation standard ou de médiane et d'inter-quartiles range en fonction de la normalité de la distribution qui sera testée par un test du Shapiro-Wilk.

La comparaison des taux de rechute aux différents temps entre les deux groupes sera réalisée par un test du Chi-deux ou du Fisher Exact.

Les facteurs prédictifs de rechute seront recherchés par des analyses bivariées. Les variables numériques seront testées par un test de Student, les variables qualitatives par un test du Chi-deux ou du Fisher Exact. Les variables ayant un niveau de significativité <0.2 seront incluses dans un modèle logistique multivarié pas à pas. La stabilité du modèle final sera étudiée par la méthode du Bootstrap (11).

Les analyses seront réalisées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute, Cary, NC 25513; version 9.2).

2.5.6. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance :

Il s'agit d'une étude observationnelle de cohorte, étude prospective ouverte. Le critère principal de jugement étant le taux de rechute à 12 mois, l'objectif principal est de connaître les consommations éthyliques hebdomadaires en verres standards d'alcool des patients sevrés en hospitalier et en ambulatoire.

Des études antérieures ont montré que, concernant les prises en charge dites « classiques » de sevrage éthylique, à savoir hospitalisation conventionnelle et PASBA, le taux de rechute à 12 mois est entre 60 et 70 %.

Nous émettons l'hypothèse que le taux de rechute après hospitalisation conventionnelle et après PASBA est de 65 %, et que le taux de rechute après hôpital de jour est de 40 %.

En se fixant un risque de 1^{ère} espèce à 5 %, une puissance de 80 %, et un ratio hôpital de jour / « prises en charge classiques » de ½, il faut recruter 156 sujets, soit 52 patients dans chaque type de prise en charge.

On considère un taux de « perdus de vue » de 20 %. Il faut recruter 62 patients dans chaque type de prise en charge, nombre que nous arrondirons à 65, soit un total de 195 patients pour l'étude. Ces estimations ont été réalisées avec l'aide de l'équipe de biostatisticiens de Lille.

Les patients seront répartis pour un tiers (65 patients) sevrés en hospitalisation conventionnelle, pour un tiers (65 patients) sevrés selon le protocole ambulatoire de sevrage en boissons alcoolisées (PASBA), et pour un tiers (65 patients) ayant bénéficié de deux semaines en Hôpital de jour à la suite de leur sevrage en hospitalisation conventionnelle. Les patients seront répartis dans ces 3 groupes suivis en parallèle avec comparaison à l'inclusion, à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois et à 12 mois.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) le 20 octobre 2011 (annexe 9), l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 20 août 2012 (annexe 10) et l'avis du Comité de protection des personnes (CPP) le 02 novembre 2010 (annexe 11).

Les questionnaires seront envoyés aux services d'addictologie des Centres Hospitaliers de Lille, Lens et Roubaix.

Le questionnaire sera à remplir par un soignant, après avoir informé le patient du but de l'étude. Son consentement éclairé devra être recueilli par un médecin.

Nous recevrons sur notre boîte mail les questionnaires remplis par le biais du logiciel « Le Sphinx Plus ² » et par voie postale les questionnaires remplis sous la forme papier.

Un rappel téléphonique sera effectué auprès de chaque patient trente jours, trois mois, six mois et douze mois après la fin du sevrage, afin de recueillir leur consommation d'alcool déclarée au moment du rappel.

2.6. Vérification des questionnaires :

Chaque questionnaire reçu devra être vérifié avec attention, surtout en ce qui concerne les critères d'exclusion.

Les questionnaires avec des données manquantes ou incorrectement remplis seront écartés.

2.7. Analyse statistique des données :

Nous réaliserons une analyse statistique descriptive.

Le logiciel informatique qui sera utilisé est : «Le Sphinx Plus²» (annexe 12).

Nous avons choisi d'utiliser le logiciel « Sphinx Plus²» car il nous permet d'élaborer clairement notre questionnaire et de le mettre en forme, de collecter nos réponses, de mettre en forme nos résultats avec tableaux, graphiques, illustrations et commentaires.

De plus, il permet de réaliser des analyses de données multi-variées et de questions ouvertes.

3. DISCUSSION ET RESULTATS ATTENDUS : Comparaison avec la littérature

3.1. Implication majeure de l'étude :

Le sevrage ambulatoire est le plus fréquent. (27)

Cependant, chaque arrondissement de la région Nord-Pas-de-Calais ne possède pas de structure de prise en charge ambulatoire programmée, par exemple les arrondissements d'Arras, de Boulogne-sur-Mer et de Lens (annexe 13).

Il existe une carence actuelle en structures d'alcoologie; celles-ci sont en nombre insuffisant et sont réparties sur le territoire national de façon inégale et inadéquate (annexe 14).

3.2. Forces et limites de notre étude :

3.2.1. Forces :

La force majeure de notre étude réside dans le fait qu'elle comprend à la fois le département du Nord et celui du Pas-de-Calais. En effet, la région Nord-Pas-de-Calais fait partie de celles qui comptent le plus de séjours hospitaliers dus aux conséquences directes ou indirectes de l'éthylisme, qu'il soit aigu ou chronique.

Par ailleurs, notre étude se révèle complète car, au-delà d'interroger les patients sur leurs consommations hebdomadaires d'alcool en verres standards, nous leur demandons également de répondre à d'autres questions, notamment concernant leur statut professionnel, marital...

Ces questions complémentaires nous permettront d'évaluer quels pourraient être les facteurs prédictifs de rechute ainsi que de mettre en avant les facteurs protecteurs les plus probables.

Nous avons donc, par le biais de notre questionnaire complet, ouvert la voie à d'autres perspectives de travail de recherche.

De plus, il était important de ne conserver comme critère d'exclusion psychiatrique que l'affection délirante : les comorbidités psychiatriques chez les patients suivis en addictologie sont fréquentes (50 à 70 %) (28) et à ce titre doivent être prises en compte ; cependant, un patient souffrant d'affection délirante est dans l'incapacité de répondre au questionnaire et de pouvoir être correctement suivi dans le cadre d'une étude de cohorte.

En effet, les relations entre troubles addictifs et troubles psychiatriques, illustrées par leur importante comorbidité, sont complexes et soulèvent un certain nombre de questions théoriques et pratiques dont les réponses ne sont pas univoques.

Quoi qu'il en soit, la comorbidité, source d'un double diagnostic, pose toujours la question de sa prise en charge. Celle-ci implique dans tous les cas, que les troubles psychiatriques soient primaires ou secondaires, une prise en charge simultanée, de préférence par la même équipe, des conduites addictives et des troubles psychiatriques.(29)

3.2.2. Limites:

La limite majeure de notre étude serait que notre population étudiée n'est pas représentative par rapport aux critères nationaux.

En effet, d'un point de vue national, les consommateurs d'alcool à risque chronique (c'est-à-dire plus de 14 verres par semaine pour la femme, plus de 21 verres par semaine pour l'homme, et/ou plus de 5 verres au moins une fois par semaine), ont les particularités suivantes :

- Sexe : 13 % des hommes et 2 % des femmes
- Age : la moitié des hommes de 25 à 64 ans, avec un accroissement de la probabilité avec l'âge
- Zone géographique : Sud-Ouest, Ouest, Méditerranée (Le Nord ayant un risque ponctuel)
- Vie de famille : Hommes ou femmes vivant seuls
- Catégorie socio-économique : femmes « cadres », artisans, commerçants, chefs d'entreprise, professions intermédiaires, revenu net mensuel inférieur à 990 euros, personnes ayant connu au cours de leur vie des épisodes de précarité (30, 31).

Il sera donc important, lors de l'exploitation des résultats de notre étude, de prendre en compte ces différents critères.

3.3. Disparité de rechute en fonction de plusieurs facteurs selon la

littérature:

Une étude sur le devenir des patients après sevrage d'alcool, réalisée en France en 2002 selon une méthode analytique prospective et incluant 267 patients selon des critères d'inclusion et d'exclusion définis par avance, concluait ainsi : les facteurs de rechute identifiables les plus probables sont : un antécédent dépressif, l'absence de mutuelle complémentaire, et selon le centre de prise en charge (21).

Par ailleurs, une étude sur les facteurs prédictifs de rechute après trois ans pour un programme ambulatoire de sevrage en alcool, réalisée en Allemagne en 2005 selon une méthode d'analyse prospective et incluant 103 patients selon des critères d'exclusion et d'inclusion définis par avance, concluait ainsi : les facteurs prédictifs de rechute les plus probables sont les suivants : le sexe féminin, la présence d'évènements de vie négatifs, ainsi que l'abandon de suivi en cours de traitement (22).

D'autre part, il semble également important de souligner la durée de traitement ainsi que les posologies de traitement en fonction des différents modes de prise en charge.

Pour le sevrage ambulatoire, les posologies de benzodiazépines sont de 20 à 40mg/j de valium avec un protocole dégressif pour une durée totale de 6 jours.

Concernant le sevrage hospitalier, les posologies de benzodiazépines sont de 40 à 60mg/j de valium avec un protocole dégressif pour une durée totale parfois plus longue que 10 jours, les patients hospitalisés ayant majoritairement des antécédents de *Delirium tremens*.

3.4. Le sevrage en alcool d'un point de vue financier selon la littérature:

Une étude réalisée en France (Clermont-Ferrand et Paris) en 2000, concernant le coût de l'alcoolisme en France, concluait que, si l'on considère qu'il existe 1,5 million de personnes alcoolo-dépendantes en France, le coût total de l'alcoolisme, c'est-à-dire les coûts sociaux et médicaux, représentent 1,04 % du Produit National Brut français, à savoir 6950 millions d'euros soit 9000 millions US \$ par an. Cette étude révèle aussi le manque d'intérêt de la part des autorités françaises concernant le problème d'alcoolisme (15).

De plus, une étude réalisée en 1989 à Philadelphie, concernant l'efficacité et les coûts du sevrage alcoolique pour 87 patients en ambulatoire et 77 patients hospitalisés, appareillés selon le sexe et le statut socio-économique, concluait que le traitement ambulatoire est efficace, sûr et moins coûteux. Les coûts observés étaient de 3319 à 3665 \$ soit de 2563 à 2830 euros par patient hospitalisé et de 175 à 388 \$ soit de 135 à 300 euros par patient suivi en ambulatoire (24).

Par ailleurs, une étude réalisée en 1999 à Philadelphie, concernant les sevrages alcooliques et leur coût, incluait 93 patients hospitalisés et 80 patients suivis en consultation externe. Cette étude révèle une meilleure efficacité du traitement hospitalier concernant les trois premiers mois suivant le sevrage, mais un coût proportionnellement plus élevé (32).

D'autre part, une étude réalisée en 2003 en France, incluant 267 patients au total, évaluait les coûts financiers de programmes de traitement de l'alcoolisme de quatre centres spécialisés. Le coût moyen d'hospitalisation s'est étendu de 1326 à 1917 €, variation principalement due à la différence de durée de séjour hospitalier, mais aussi au coût du programme hospitalier, des visites médicales et médicaments administrés (33).

CONCLUSION :

La science a élaboré des lignes directrices depuis de nombreuses années qui servent de référence pour la mesure de la validité des résultats obtenus. Pour toute étude, il doit y avoir une procédure claire pour que l'expérience puisse être reproduite et les résultats vérifiés.

Le terme « recherche » est beaucoup plus strict dans la science que dans la vie quotidienne. Il s'articule autour de l'utilisation de la méthode scientifique pour générer des hypothèses et fournir des résultats analysables.

Le respect des règles médicales a un impact conséquent sur la recherche aujourd'hui. En effet, certains acteurs de la recherche considèrent comme des freins les démarches de financement, d'assurance, et d'administration.

Cependant, l'aspect médico-règlementaire est indispensable pour la validité à la publication internationale.

Le Nord-Pas-de-Calais est la région la plus touchée par les problématiques liées aux addictions chez les adultes. Les conduites addictives, concernant principalement l'alcool et le tabac, associées à des pratiques et à des déterminants socio-économiques et culturels non favorables, induisent une surmortalité et une vulnérabilité accrues de la population régionale.

Les comportements addictifs, à plus ou moins longue échéance et à des degrés divers, exposent à des risques importants sur les plans personnels, familiaux, sociaux et judiciaires. S'ils ne sont pas toujours la cause exclusive d'une pathologie, ils en constituent très souvent un facteur de risque essentiel.

Travailler sur les problématiques de l'addiction, c'est agir avant tout sur les facteurs de risques d'entrée dans l'addiction afin de réduire les dommages et la mortalité prématurée.

C'est également permettre à chaque personne présentant une pratique addictive d'avoir un recours à des soins précoces et adaptés dans le cadre d'une appréhension globale de ses difficultés.

L'enjeu est donc de permettre l'accès à des interventions graduées et coordonnées, depuis la délivrance de simples conseils jusqu'à des prises en charge hospitalières lourdes, en passant par une aide de proximité médico-psycho-sociale.

Dans ce contexte, la pluralité des propositions doit être toujours présente. Jusqu'en juin 2012, les offres de soins étaient les suivantes : offre ambulatoire et offre hospitalière.

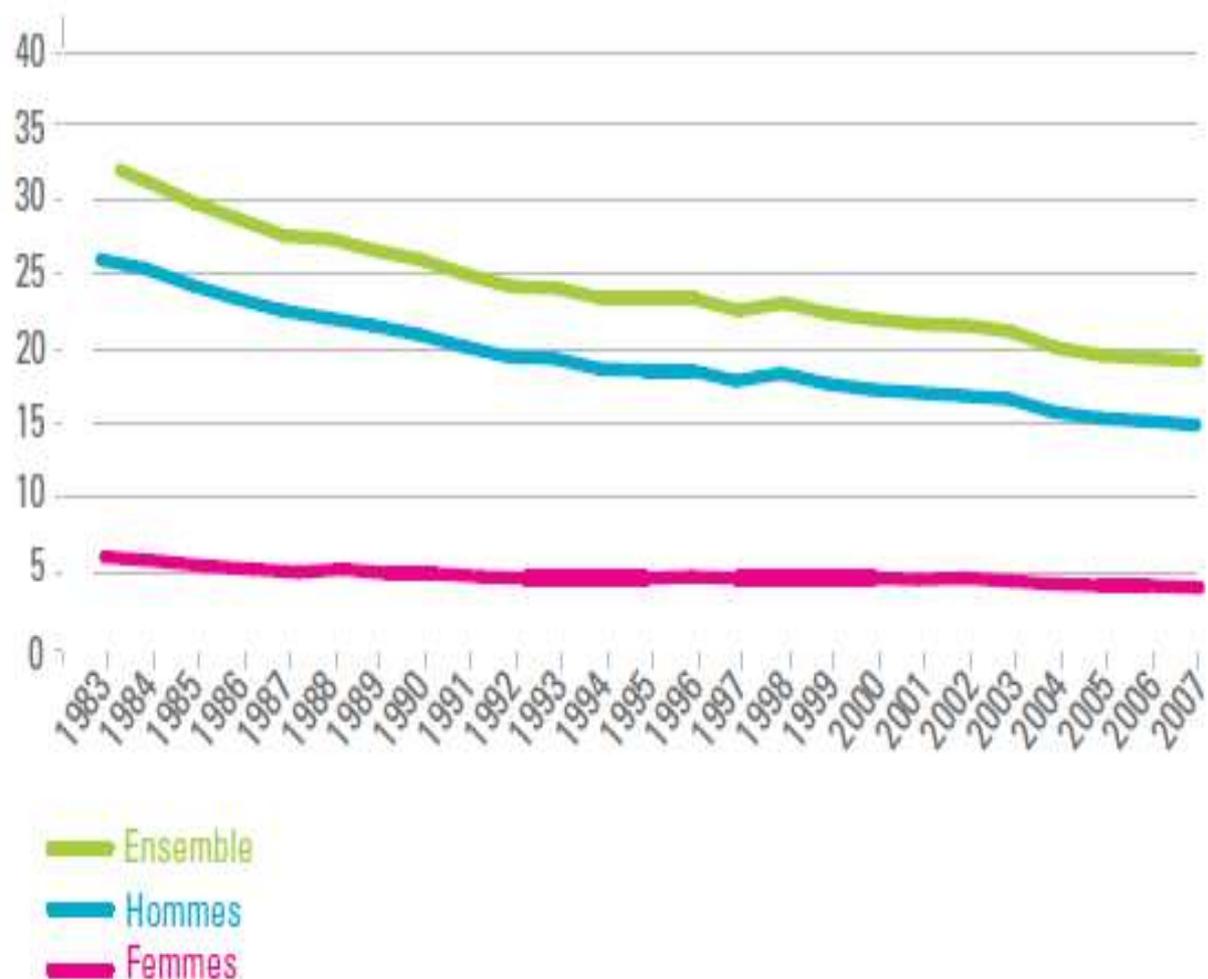
Cependant, l'ARS a décidé de la fin du PASBA en juin 2012 à cause de restrictions budgétaires. Cette décision implique donc des difficultés pour accéder à l'ambulatoire, tout particulièrement pour les patients qui ne peuvent ou ne veulent d'un sevrage hospitalier, notamment les mères de famille, les personnes qui ont peur de perdre leur travail, les personnes qui ne conçoivent pas de ne pas poursuivre une vie normale...

Notre travail a consisté en la mise en place de cette étude observationnelle, laquelle débutera en 2013 en collaboration avec les centres hospitaliers de Lens, Lille et Roubaix, pour inclure un total de 195 patients et donc un rappel jusqu'à un an pour évaluer leurs consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire.

ANNEXE 1 :

Evolution du nombre total de décès pour les trois causes principales directement liées à la consommation excessive d'alcool depuis 1980

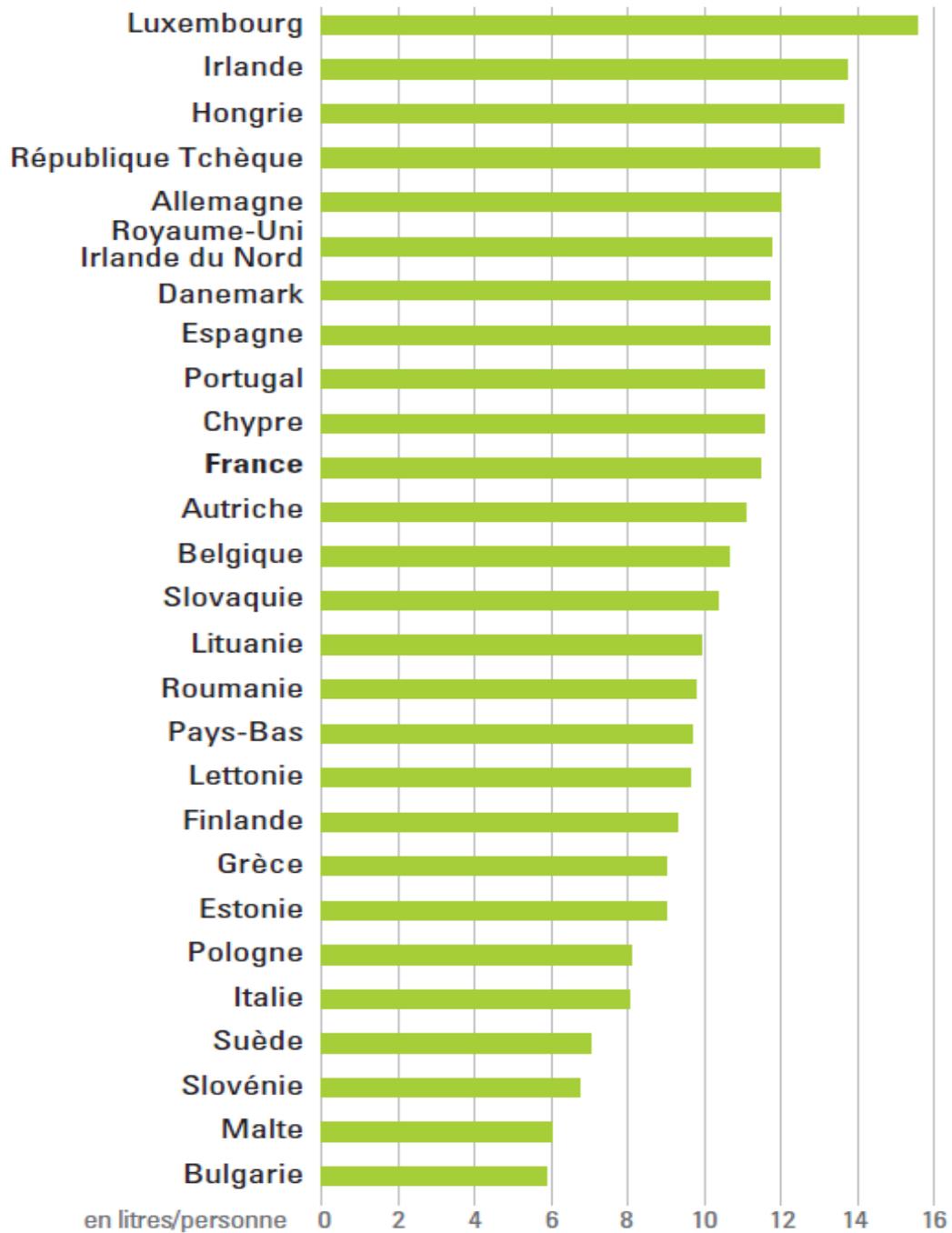
En milliers de décès



> Source : OFDT d'après CépiDC/InVS/FNORS.

ANNEXE 2 :

Niveaux de consommation en 2003 : nombre de litres d'alcool pur par adulte (15 ans et plus)

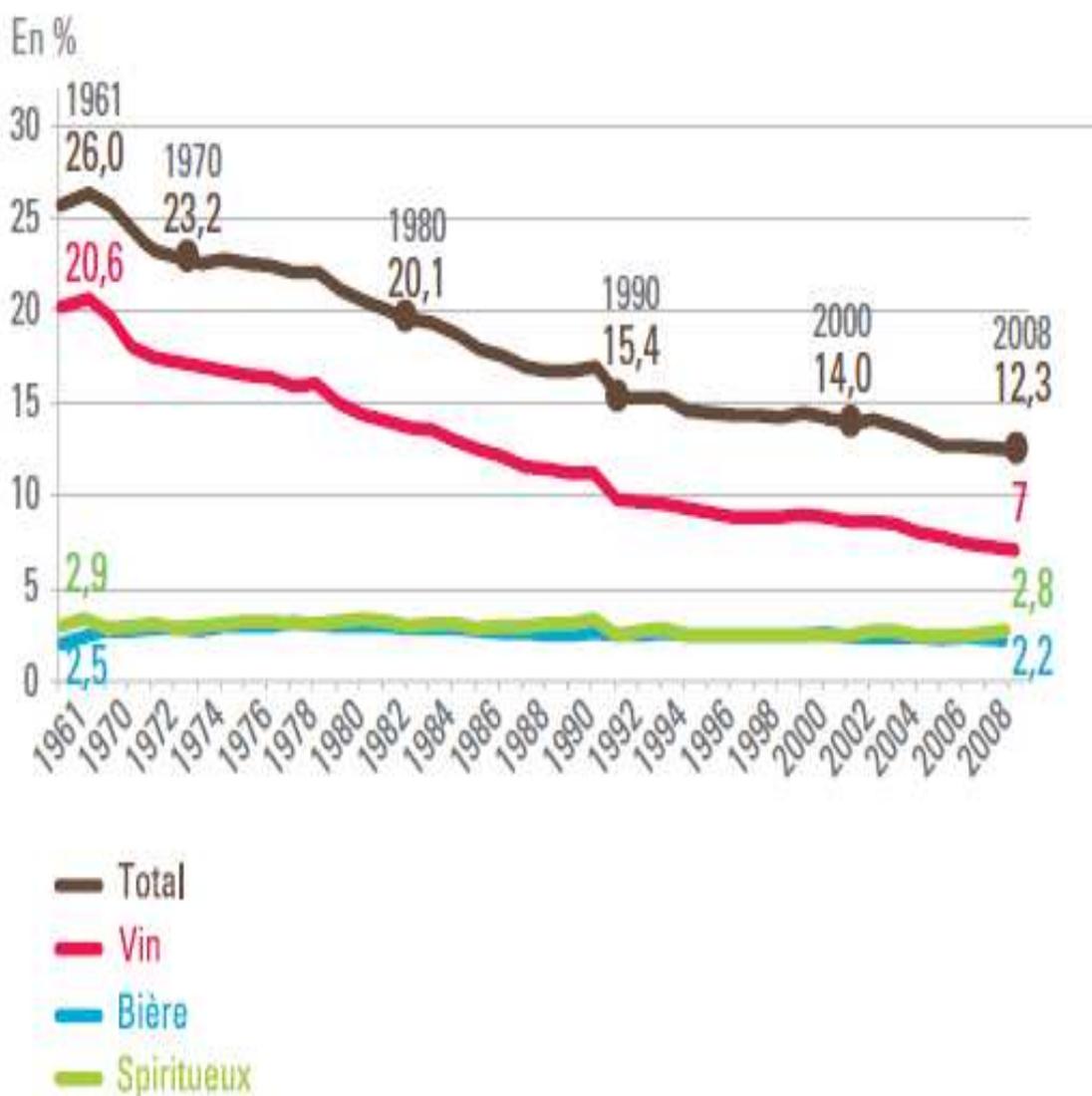


La position du Luxembourg s'explique par les achats des étrangers qui y transitent.

> Source : OMS - Global Information System on Alcohol Health (GISAH 2007).

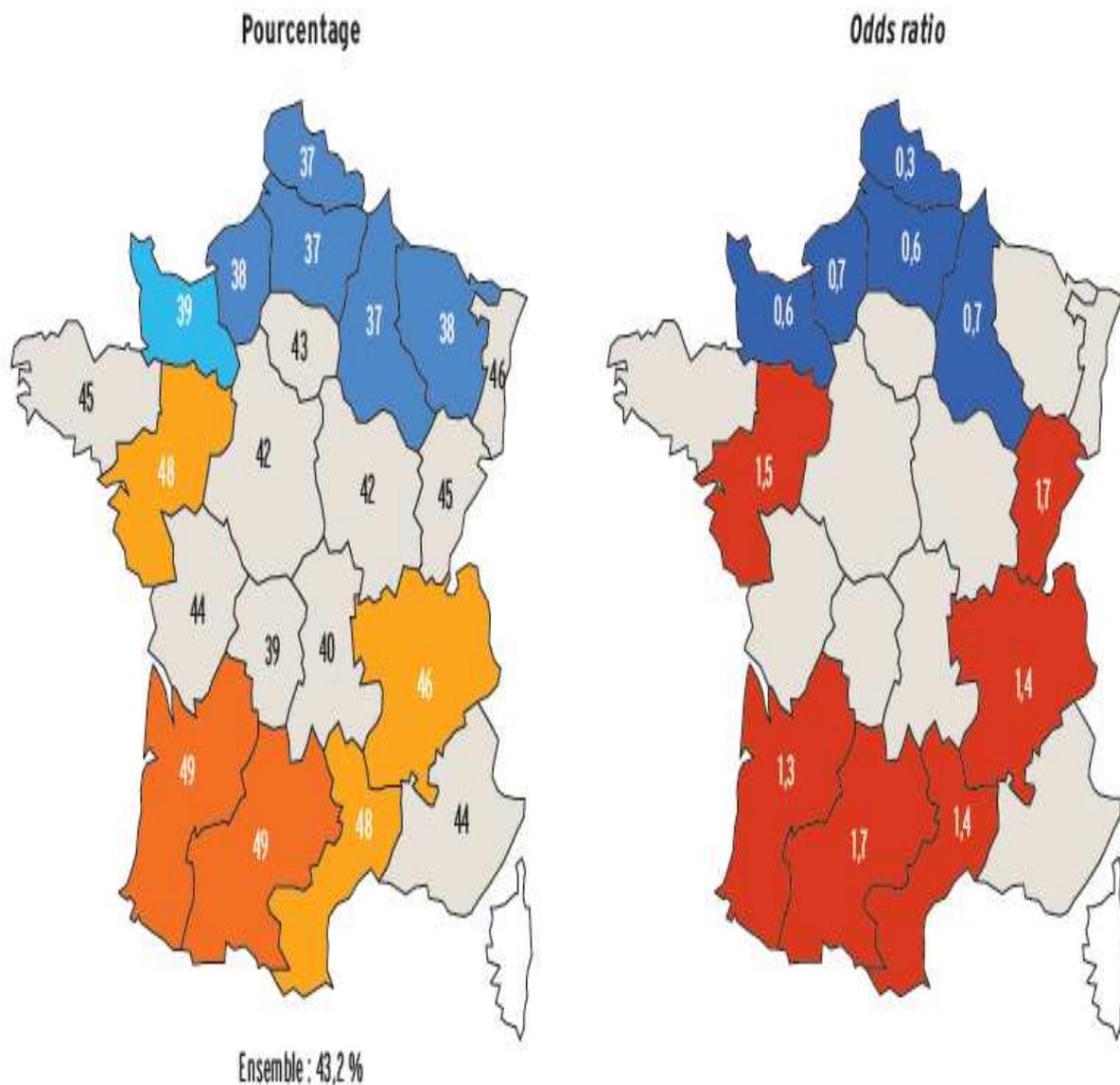
ANNEXE 3 :

Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2008)



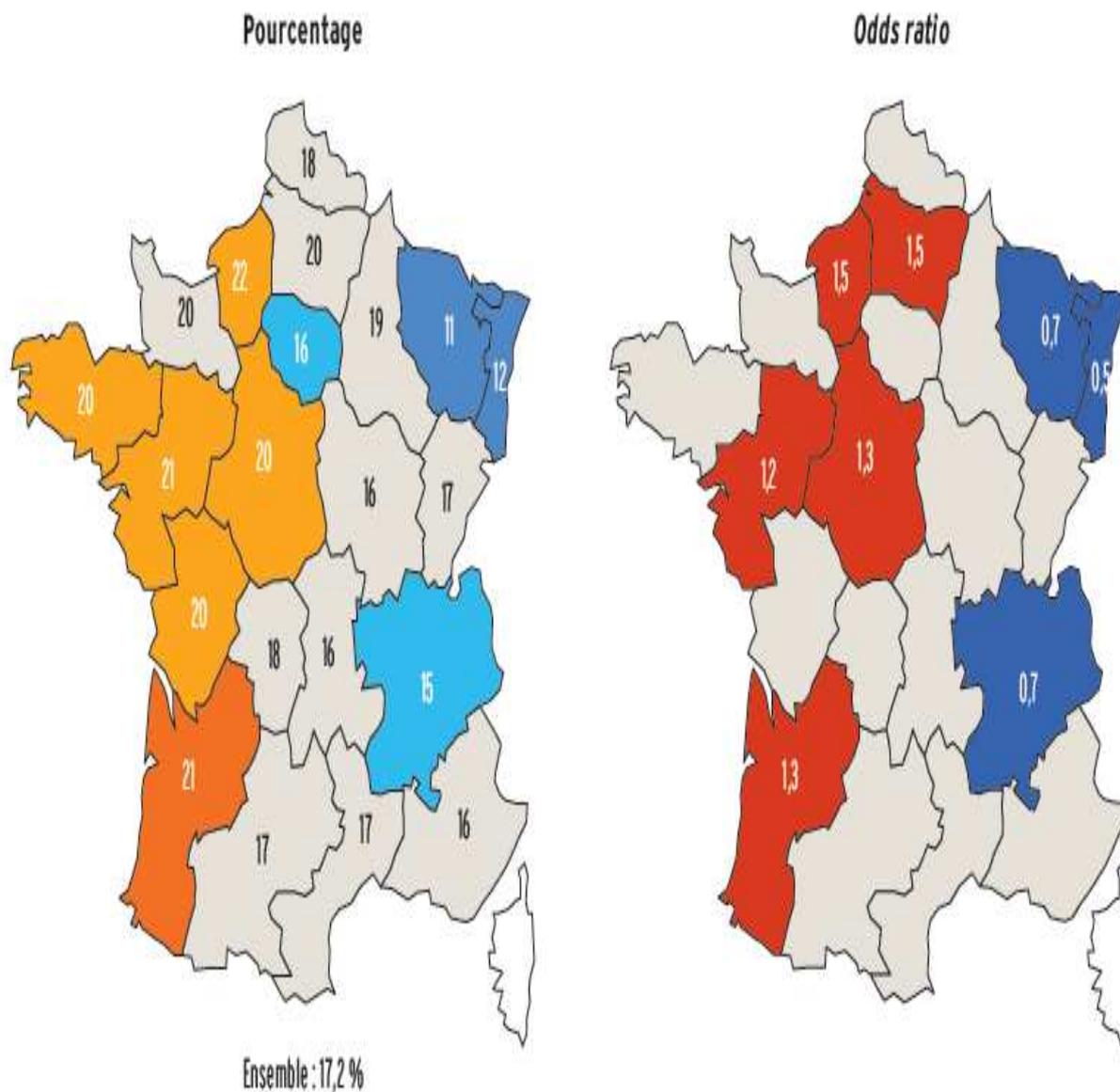
> Source : OFDT d'après l'Organisation Mondiale de la Santé entre 1961 et 1989, groupe IDA de 1990 à 1999, groupe IDA et Insee de 2000 à 2008.

Consommation hebdomadaire de vin au cours de l'année 2005 parmi les 15-75 ans en pourcentages standardisés, en OR ajustés sur la fréquence de consommation d'alcool :



■ < -10 %
 ■ [-10 % ; -5 %[
 ■ [-5 % ; 0 %[
 ■ Non significatif
 ■ OR < 1
 ■ Non significatif
 ■ OR > 1
■]0 % ; 5 %]
■]5 % ; 10 %]
■ > 10 %

Consommation hebdomadaire d'alcools forts ou de cocktails au cours de l'année 2005 parmi les 15-75 ans en pourcentages standardisés, en OR ajustés sur la fréquence de consommation d'alcool :



■ < -10 %
 ■ [-10 % ; -5 %[
 ■ [-5 % ; 0 %[
 ■ Non significatif
■]0 % ; 5 %]
■]5 % ; 10 %]
■ > 10 %

■ OR < 1
■ Non significatif
■ OR > 1

ANNEXE 5 : PROTOCOLE DE SEVRAGE AMBULATOIRE

1-Objet : Sevrage d'une dépendance physique à l'alcool

Ce protocole tient compte de la sécurité du patient qui doit être optimale à son domicile comme en milieu hospitalier. L'intérêt est d'éviter l'hospitalisation en tenant compte des éléments prédictifs péjoratifs.

2-Professionnels concernés : Médecins et infirmières libérales.

3-Personnes concernées : Patients avec le consentement éclairé pour l'application de ce protocole et pour le forfait infirmier.

4-Documents utilisés pour l'élaboration :

- Conférence de consensus 1999, Société Française d'alcoologie, objectifs – indications et modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant.
- Protocole élaboré par le réseau « Ville Hôpital Lille addictions ».

5-Indications du sevrage ambulatoire :

Dépendance physique à l'alcool dont les signes cliniques sont :

- La tolérance
- Les signes de manque à l'arrêt de l'alcool
- Le besoin irréprouvable de boire de l'alcool (craving)

6-Eléments prédictifs péjoratifs :

- Antécédents de *Delirium Tremens*, épilepsie ou crises comitiales de sevrage
- Antécédents psychiques ou pathologie psychiatrique pouvant décompenser lors du sevrage (risques de passage à l'acte suicidaire, psychoses...)
- Antécédents ou pathologie organique pouvant décompenser lors du sevrage (cirrhose, diabète insulino-dépendant, ...).
- Echec précédent d'un sevrage ambulatoire bien conduit

- Isolement social et familial
- Non adhésion de l'entourage au projet de soins
- Polytoxicomanies non équilibrées

7- Documents nécessaires pour débuter un sevrage ambulatoire

- Identification du patient, du médecin prescripteur et de l'infirmière libérale
- Consentement éclairé du patient (présenté et signé lors de la consultation d'inclusion avec l'infirmière coordinatrice)

8- La consultation médicale

- Examen clinique du patient vers la recherche des éléments prédictifs péjoratifs.
- L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Connaissance des signes de manque et de l'effet des médicaments
- Nécessité d'une alliance thérapeutique

9-La consultation de coordination

-Elle se pose comme un préalable au sevrage à domicile et a pour objectif de mettre en lien l'infirmière libérale, le médecin prescripteur et le patient, et si possible un membre de l'entourage.

Cette coordination va permettre d'explicitier le déroulement du sevrage et le rôle de chacun.

- Le patient doit savoir reconnaître les signes de manque et être informé des risques et des éventuelles complications.
- Le patient donne son accord en signant un consentement éclairé.
- Il est important que le patient ou l'entourage puisse joindre facilement le médecin prescripteur et l'infirmière libérale.
- En cas d'urgence et dans l'impossibilité de joindre l'un des professionnels cités ci-dessus (ex : le week-end) faire le 15 ou contacter le centre hospitalier référent.

-Le médecin prescripteur ou l'infirmière auront informé l'infirmière coordinatrice du réseau de la date de début de sevrage (Il est préférable de débiter le lundi).

10-La prescription médicale

-Examens biologiques: NFS, Plaquettes, TP, ionogramme sanguin, Bilan Hépatique

-Avec l'accord du patient : alcoolémie à jeun

-Dépistage hépatites B et C, et VIH si prise de risques

-Médicaments de sevrage: Dose à adapter en fonction de la clinique

a) Couverture de Benzodiazépines pendant 6 jours :

- Diazépam (Valium ®) : cp à 10mg ou Oxazépam (Seresta ®) : cp à 10mg (si insuffisance hépatique, grossesse et âge > à 60 ans)

b) Vitamine B1-B6 pendant 30 jours : 2 cp le matin, 2 cp le soir

c) Acamprosate (Aotal ®) pendant 1 an, à visée neuroprotectrice :

.Poids < 60 kg : 2-0-2

Poids > 60 kg : 2-2-2

Il est possible de démarrer le traitement quelques jours avant le début du sevrage.

d) Boire de l'eau à sa soif

e) Arrêt de toute boisson alcoolisée et de la conduite d'un véhicule

f) Arrêt maladie de 10 jours

g) Prescription des actes infirmiers

11-La surveillance infirmière à domicile

L'infirmière informe régulièrement le médecin de l'état du patient.

-Consultation matin et soir les 3 premiers jours : pouls, tension, conscience, sueur, tremblements, fréquence respiratoire, agitation, c'est-à-dire le score de Cushman.

Score de Cushman :

| Points | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------|-------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Fréquence cardiaque | < 80 | 81 à 100 | 101 à 120 | > 120 |
| PA systolique | | | | |
| 18 à 30 ans | < 125 | 126 – 135 | 136 – 145 | > 145 |
| 31 à 50 ans | < 135 | 136 – 145 | 146 – 155 | > 155 |
| > 50 ans | < 145 | 146 - 155 | 156 - 165 | > 165 |
| Fréquence respiratoire | < 16 | 16 à 25 | 26 à 35 | > 35 |
| Tremblements | 0 | Mains | Membres supérieurs | Généralisés |
| Sueurs | 0 | Paumes | Paumes et front | Généralisées |
| Agitation | 0 | Discrète | Généralisée et contrôlable | Généralisée et incontrôlable |
| Troubles sensoriels | 0 | Phonophobie Photophobie Prurit | Hallucinations critiquées | Hallucinations non critiquées |

Score < 7 : état clinique contrôlé

Score 7 à 14 : sevrage modéré

Score > 14 : sevrage sévère

-Passage une fois par jour les quatre jours suivants (surveillance idem)

-Tenir à jour le carnet de suivi

-Education thérapeutique quotidienne du patient et de l'entourage

En fin de sevrage, l'infirmière libérale informe l'IDE coordinatrice du réseau sur le déroulement du sevrage et l'état du patient.

12-Consentement du patient pour un sevrage alcool ambulatoire à domicile

(Un exemplaire signé par: médecin, infirmier, patient)

.NOM, Prénom, Date de naissance

.Suivi par les professionnels :

.Je soussigné(e), , déclare avoir pris connaissance des modalités du sevrage organisé, des risques encourus, avoir été informé(e) de la nécessité d'une surveillance continue par mon entourage et de connaître :

.Les signes de manque : l'envie de boire de l'alcool, l'irritabilité, l'anxiété, les tremblements, les sueurs

.Les signes d'alerte : les tremblements se généralisent, les hallucinations

.Les signes de surdosage médicamenteux : la somnolence, l'endormissement

.Je m'engage à appeler les professionnels me suivant au moindre problème.

Fait à, le / / , Signature

13-Protocole de sevrage ambulatoire alcool

(Un exemplaire signé par : médecin, patient, infirmier)

Date du début du traitement et identification/coordonnées des partenaires.

14-Prescription des actes infirmiers dans le cadre d'un sevrage ambulatoire d'une dépendance physique à l'alcool: Le / / , à faire par infirmier(e) à domicile :

1) Une prise de sang comprenant :

.Examens biologiques: NFS, Plaquettes, TP, ionogramme sanguin, Bilan hépatique
.Avec l'accord du patient : alcoolémie à jeun

2) Une surveillance clinique sur sept jours :

-Deux fois par jour les trois premiers jours, puis une fois par jour.

La surveillance clinique est décrite dans le dossier de soins infirmiers qui sera rempli à chaque passage.

15-Prescription dans le cadre d'un sevrage ambulatoire d'une dépendance physique à l'alcool

1) *Diazépam 10 mg*

1er jour: 6 cp à répartir sur les 24 h, diminuer d'1 cp/j jusqu'à l'arrêt au 7ème jour.

Si insuffisance hépatocellulaire, préférer l'utilisation d'une benzodiazépine de courte durée, soit : Oxazépam 10 mg :

1er jour: 2 cp/prise à répartir/24h en 6 prises, diminuer de 2 cp/j jusqu'à arrêt au 7ème jour

Evaluation infirmière 2 fois/j les 3 premiers jours et 1 fois/jour jusqu'au 7ème jour.

Réévaluation médicale au 2ème jour.

2) *Bévitine* ® 250 mg: 2-0-2 pendant 1 mois

3) *Acamprosate* ® 333 mg: 2-2-2 pendant 1 mois si > 60kg (si< 60kg : 4/j), à démarrer 1 semaine avant le sevrage.

Délivrance par la pharmacie du nombre exact de comprimés de benzodiazépines nécessaires au sevrage.

Le / / , Docteur

ANNEXE 6

Note d'information pour une personne adulte participant à une étude intitulée

Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire : Etude observationnelle portant sur 195 patients, 30 jours, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage

Madame, Monsieur,

Nous réalisons actuellement une étude sur le suivi des patients qui ont bénéficié d'un sevrage. Cette étude, réalisée en partenariat avec les Centres Hospitaliers de Lille, Lens et Roubaix, a pour but de déterminer :

- quelle est la consommation d'alcool au fil du temps après le sevrage
- s'il existe un ou des critères déterminants cette reconsommation.
- s'il existe des facteurs prédictifs qui permettront au décours de l'étude de poser des indications de prise en charge en fonction des vulnérabilités des patients

La méthodologie de cette étude est la suivante : questionnaire rempli par un membre du personnel soignant à l'entrée dans le protocole de sevrage puis rappel téléphonique ou consultation du dossier médical à la fin du sevrage. La durée prévisionnelle de cette étude est de douze mois.

Il n'existe aucun risque lié à ce questionnaire et la seule contrainte est celle de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre aux questions.

Votre participation à cette étude n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux que vous auriez dans le suivi habituel de cette maladie.

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Dans le cadre de l'étude à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées.

Votre participation à cette étude est libre. De plus, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette étude.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le personnel soignant, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de donner votre consentement écrit en signant le formulaire préparé à cet effet.

Formulaire de Consentement de participation à une étude observationnelle pour une personne adulte

Je soussigné(e) Mme, Melle, Mr (rayer les mentions inutiles) (Nom, Prénom)

Accepte librement et volontairement de participer à l'étude observationnelle intitulée :

« Questionnaire de suivi des patients sevrés », qui m'a été proposée par le Docteur Urso-Baiardo et Mme Rousseau, médecins dans cette étude.

Etant entendu que :

-Un membre du personnel soignant qui m'a informé et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que ma participation est libre et que mon droit de retrait de cette étude peut s'exercer à tout moment,

-Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer l'équipe soignante. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à mes relations avec l'équipe soignante.

-Si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) des résultats globaux de cette étude,

-Mon consentement ne décharge en rien les médecins de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à

Date :

Signature

Signature du personnel soignant qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités ainsi que les risques potentiels de l'étude

Date :

Signature

ANNEXE 7

La nécessité d'une distinction des concepts comme l'usage, l'abus et la dépendance semble obligatoire. Les premiers à l'avoir réalisée sont les spécialistes américains. Dans la classification DSM-IV, ces concepts trouvent une expression scientifique, avec des critères convergents. La classification de l'OMS, le CIM 10, fait la même distinction entre ces concepts.

CRITERES DE LA DEPENDANCE SELON DSM-IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent **3 (ou plus)** des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment **sur la même période de douze mois** :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
- la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance

5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la

substance, la consommer ou récupérer de ses effets

6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance

7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique: signes de tolérance ou de sevrage (item1 ou 2 présents)

Sans dépendance physique: pas de signes de tolérance ou de sevrage (item1 ou 2 absents).

CRITERES DE LA DEPENDANCE SELON LA CIM-10 (1992)

Cette classification est plus simple, mais de ce fait elle a le mérite d'être plus facilement utilisable. Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Au moins trois des manifestations suivantes **sont présentes en même temps au cours de la dernière année :**

1-Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;

2-Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;

3-Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

4-Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

5-Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets ;

6-Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DSM IV

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins 1 des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

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

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

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

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

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

DEPENDANCE A UNE SUBSTANCE

Mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence de **trois ou plus des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période de 12 mois.**

1) Tolérance définie par l'un des symptômes suivants:

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.

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

- A. arrêt ou réduction d'une utilisation d'alcool qui a été massive et prolongée
- B. au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après le critère A.

- 1. Hyperactivité neuro-végétative (transpiration, palpitations)
- 2. Augmentation du tremblement des mains
- 3. Insomnies
- 4. Nausées ou vomissements
- 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles tactiles ou auditives
- 6. Agitation psychomotrice
- 7. Anxiété
- 8. Crises convulsives type grand mal

C. La même substance ou une substance très proche est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

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

- 4) Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.**
- 5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets.**
- 6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.**
- 7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance** (poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de cette consommation).

ANNEXE 8 :



Questionnaire de suivi des patients sevrés

Nous réalisons actuellement une étude sur le suivi des patients qui ont bénéficié d'un sevrage. Etude réalisée en partenariat avec les CH de Lille, Roubaix et Lens.

Nous vous remercions de prendre quelques instants pour répondre aux questions proposées. La première partie du questionnaire est à remplir par un(e) infirmier(e) (données du dossier de soin et/ou entretien avec le patient). La seconde partie est à remplir par l'interne lors d'un rappel téléphonique. Nous vous remercions de ne pas faire remplir ce questionnaire directement par les patients.

Dr Urso et Mme Rousseau, Service d'addictologie, CH Roubaix ; Tel 03.20.99.32.23

PREMIERE PARTIE PAR L'IDE AU DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE (1er jour d'hospitalisation ou PASBA)

Vérification de la population étudiée

Si le patient habite à plus de 50 Kms du centre de recrutement et/ou si consentement éclairé non signé, merci de ne pas poursuivre ce questionnaire

Le patient a-t-il signé le consentement éclairé pour être intégré dans cette étude ?

- Oui Non

Le patient habite-t-il à moins de 50 Kms du lieu de recrutement ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Connaissance de la population étudiée

Structure

- Lens Lille
 Roubaix

Date de début du sevrage

Type de prise en charge

- PASBA Hospitalisation Conventionnelle
 Hôpital de jour

2 premières lettres du nom de famille + initiale du prénom + Numéro d'ordre

Tranche d'âge

- 18 - 25 ans 26 - 35
 36 - 45 46 - 55
 > 56 ans

Sexe

- Masculin Féminin

Statut matrimonial

- Marié(e)/Pacsé(e) Célibataire
 Veuf Divorcé
 Union libre

Age de la première consommation d'alcool

Age de la première ivresse

Intoxication tabagique

- Oui Non
 Ne sait pas

Si oui, merci d'indiquer la quantité de cigarettes par jour

- <5 5-10
 10-20 >20

Le patient a-t-il déjà eu des actes de violence contre lui même ou autrui, avec "trous noirs", sous l'emprise de l'alcool ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Si 'Oui', précisez l'âge:



Questionnaire de suivi des patients sevrés

Activité

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Ouvrier/Employé | <input type="radio"/> Profession libérale/commerçant |
| <input type="radio"/> Cadre | <input type="radio"/> Cadre sup |
| <input type="radio"/> Retraite | <input type="radio"/> Chômage |
| <input type="radio"/> RSA | <input type="radio"/> Sans droits |

Date du premier contact avec le service

Nombre de sevrage(s) antérieur(s)

Données descriptives du sevrage

à remplir par l'enquêteur avec les données du dossier de soins

Quantité d'alcool standard quotidien (en US)

Age de début des consommations à problème

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> < 25 ans | <input type="radio"/> 26 - 35 |
| <input type="radio"/> 36 - 45 | <input type="radio"/> 46 - 55 |
| <input type="radio"/> > 56 ans | |

Qui a été à l'initiative du sevrage ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Famille | <input type="radio"/> Patient |
| <input type="radio"/> Justice | <input type="radio"/> Travail |
| <input type="radio"/> Médecin traitant | <input type="radio"/> Mouvements d'anciens buveurs |
| <input type="radio"/> Psychologues | <input type="radio"/> Autres |

Si 'Autres', précisez :

Existe-t-il des contre indications au PASBA

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Ne sait pas | |

Si 'Oui', précisez lesquelles:

Existe-t-il des contre indications à l'HDJ ?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Ne sait pas | |

Si 'Oui', précisez lesquelles:

Complications liées aux consommations d'alcool

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Attaques de panique |
| <input type="checkbox"/> Décompensation psy | <input type="checkbox"/> Polynévrite membres inférieurs |
| <input type="checkbox"/> Polynévrite membres sup | <input type="checkbox"/> Neuropathies optiques |
| <input type="checkbox"/> Ulcères gastriques | <input type="checkbox"/> Stéatose |
| <input type="checkbox"/> Hépatites alcooliques | <input type="checkbox"/> Cirrhose décompensée |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose | <input type="checkbox"/> Surinfection |
| <input type="checkbox"/> Cancer ORL | <input type="checkbox"/> Autres |

Si 'Autres', précisez :



Questionnaire de suivi des patients sevrés

DEUXIEME PARTIE PAR L'INTERNE A J+30

Dans la phase de préparation du sevrage

Avez-vous été satisfait de l'accueil en général

1 |-----| 10

Avez-vous été satisfait de la qualité des soins reçus ?

1 |-----| 10

Avez-vous été satisfait de l'accueil par le médecin ?

1 |-----| 10

Avez-vous des commentaires sur la première consultation à l'hôpital ?

Avez-vous été satisfait de l'accueil par l'Infirmier(e)

1 |-----| 10

Pendant le sevrage

Avez-vous été satisfait des soins par les infirmier(s) ?

1 |-----| 10

Pour le PASBA = IDE libéraux

Avez-vous été satisfait des soins par les médecins ?

1 |-----| 10

Pour l'hôpital = médecins hospitaliers

Avez-vous été satisfait des soins par les infirmier(s) ?

1 |-----| 10

Pour l'hôpital = équipe paramédicale (Hospi et/ou HDJ)

Avez-vous été satisfait de l'organisation de la prise en charge en général ?

1 |-----| 10

Avez-vous été satisfait des soins par le médecin ?

1 |-----| 10

Médecin généraliste ou médecin CSAPA

Avez-vous des commentaires sur l'accueil et les soins ?

Complications liées au sevrage

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crise convulsive | <input type="checkbox"/> Overdose BZP |
| <input type="checkbox"/> Pré DT | <input type="checkbox"/> Confusion |
| <input type="checkbox"/> Gayet Wernicke | <input type="checkbox"/> Autres |

Si 'Autres', précisez :

Après le sevrage, pour les patients ayant été hospitalisés

Ne remplir cette partie que si le patient a été en HC ou HDJ

Avez-vous continué d'être suivi après votre hospitalisation pour vos problèmes d'alcool après votre sevrage ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Par qui avez vous été suivi ?

- IDE de ville Médecin traitant
 Hôpital Centre d'alcoologie
 Autres

Si 'Autres', précisez :

Avez-vous des commentaires sur le suivi après sevrage ?



Questionnaire de suivi des patients sevrés

Après le sevrage, pour les patients ayant bénéficié d'un PASBA

Ne remplir cette partie que si le patient a bénéficié d'un PASBA

Avez-vous continué d'être suivi après votre PASBA pour vos problèmes d'alcool après vos 10 premiers jours de sevrage physique ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Par qui avez vous été suivi ?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IDE de ville | <input type="checkbox"/> Médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Centre d'alcoologie |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Si 'Autres', précisez :

Avez-vous des commentaires sur le suivi après sevrage ?

Mouvements d'anciens buveurs

Avez-vous déjà entendu parler des mouvements d'anciens buveurs ?

- Oui Non
 Ne sait Pas

Si oui, continuez-vous à y participer ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Si oui, avez déjà participé à des réunions ?

- Oui Non
 Ne sait pas

Avez-vous des commentaires sur les mouvements d'anciens buveurs ?

Actuellement, où en êtes vous avec l'alcool?

De quelles modalités de prise en charge le patient a-t-il bénéficié ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PASBA | <input type="checkbox"/> Hospitalisation en addictologie |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation en court séjour (hors addictologie) | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour addictologie |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Ressentez-vous des besoins de soin par rapport à l'alcool actuellement?

- oui non
 ne sait pas

Accepteriez-vous de rencontrer un professionnel proche de chez vous pour en discuter?

- Oui Non
 Ne sait pas

Quantité d'alcool standard quotidien (en US)

Avez-vous des commentaires sur vos besoins actuels ?

Etes-vous toujours suivi(e) concernant la problématique Alcool ?

- Oui Non
 Ne sait pas

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES PATIENTS SEVRES, RAPPEL A M3 :

Entourez la ou les réponse(s) exacte(s)

1) Avez-vous continué d'être suivi pour vos problèmes d'alcool après votre sevrage ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2) Par qui avez-vous été suivi ?

- IDE de ville
- Hôpital
- Médecin traitant
- Centre d'alcoologie
- Autres (si autres, précisez : _____)

3) Avez-vous des commentaires sur le suivi après sevrage ?

4) Avez-vous participé à des réunions d'anciens buveurs ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5) Actuellement, quantité d'alcool standard quotidien (en US) :

6) Etes-vous toujours suivi concernant la problématique alcool ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7) Ressentez-vous des besoins de soin par rapport à l'alcool actuellement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8) Accepteriez-vous de rencontrer un professionnel proche de chez vous pour en discuter ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9) Avez-vous des commentaires sur vos besoins actuels ?

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES PATIENTS SEVRES, RAPPEL A M6 :

Entourez la ou les réponse(s) exacte(s)

1) Avez-vous continué d'être suivi pour vos problèmes d'alcool après votre sevrage ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2) Par qui avez-vous été suivi ?

- IDE de ville
- Hôpital
- Médecin traitant
- Centre d'alcoologie
- Autres (si autres, précisez : _____)

3) Avez-vous des commentaires sur le suivi après sevrage ?

4) Avez-vous participé à des réunions d'anciens buveurs ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5) Actuellement, quantité d'alcool standard quotidien (en US) :

6) Etes-vous toujours suivi concernant la problématique alcool ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7) Ressentez-vous des besoins de soin par rapport à l'alcool actuellement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8) Accepteriez-vous de rencontrer un professionnel proche de chez vous pour en discuter ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9) Avez-vous des commentaires sur vos besoins actuels ?

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES PATIENTS SEVRES, RAPPEL A M12 :

Entourez la ou les réponse(s) exacte(s)

1) Avez-vous continué d'être suivi pour vos problèmes d'alcool après votre sevrage ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2) Par qui avez-vous été suivi ?

- IDE de ville
- Hôpital
- Médecin traitant
- Centre d'alcoologie
- Autres (si autres, précisez : _____)

3) Avez-vous des commentaires sur le suivi après sevrage ?

4) Avez-vous participé à des réunions d'anciens buveurs ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5) Actuellement, quantité d'alcool standard quotidien (en US) :

6) Etes-vous toujours suivi concernant la problématique alcool ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7) Ressentez-vous des besoins de soin par rapport à l'alcool actuellement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8) Accepteriez-vous de rencontrer un professionnel proche de chez vous pour en discuter ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9) Avez-vous des commentaires sur vos besoins actuels ?

ANNEXE 9 :



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE POUR LA RECHERCHE
ET L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 11.325bis

Intitulé de la demande : **Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire. Etude observationnelle portant sur cent quatre-vingt quinze patients, 15 jours, 30 jours, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage ou après la sortie de l'Hôpital de jour.**

Responsable scientifique : **Christophe BERKHOUT**
Faculté de Médecine Henri Warembourg
Département de Médecine Générale
59045 LILLE Cedex

Demandeur : **Didier DELMOTTE**
CHRU de Lille
2, avenue Oscar Lambret
59037 LILLE Cedex

Dossier reçu le : 26.09.11

Dossier examiné le : 20 octobre 2011

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, il convient de détailler pour la CNIL le mode de circulation des données.

Fait à Paris, le 27 octobre 2011

Le Président du Comité consultatif
Docteur Mahmoud ZUREIK

ANNEXE 10 :



Le Vice-Président délégué

MONSIEUR DIDIER DELMOTTE
DIRECTEUR
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
UNIVERSITAIRE DE LILLE
2 AVENUE OSCAR LAMBRET
59037 - LILLE CEDEX

A l'attention du Dr. Christophe BERKHOUT Paris, le **20 AOUT 2012**

N/Réf. : EGY/DRL/AR125600

Objet : NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DR-2012-398 autorisant CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude relative à l'évaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire (Demande d'autorisation n° 912028)

Monsieur le Directeur,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

ETUDE RELATIVE A L'EVALUATION DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL APRES UN SEVRAGE ETHYLIQUE HOSPITALIER OU AMBULATOIRE

Ce traitement relève de la procédure des articles 54 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Les services de notre Commission ont étudié les conditions définies dans le dossier de formalités préalables déposé à l'appui de cette demande et notamment celles relatives à l'exercice effectif des droits des participants à l'étude.

Après avoir examiné les catégories de données traitées et les destinataires, je vous rappelle que conformément au 3^{ème} alinéa de l'article 55, la présentation des résultats du traitement de données ne peut, en aucun cas, permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées.

En application des articles 15 et 69 de la loi précitée et de la délibération n° 2009-674 du 26 novembre 2009 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Emmanuel de GIVRY

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
8 rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS Cedex 02 - Tél: 01 53 73 22 22 - Fax: 01 53 73 22 00 - www.cnil.fr
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les données nécessaires au traitement des courriers reçus par la CNIL sont enregistrées dans un fichier informatisé réservé à son usage exclusif pour l'accomplissement de ses missions. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au service des plaintes de la CNIL.

ANNEXE 11 :

Bonjour,

J'ai demandé à Mr le Professeur Jouet.

Il s'agit d'une étude observationnelle donc il ne s'agit pas d'un accord auprès du CPP.

Il faut vous rapprocher de la CNIL et du CCTIRS.

Cordialement,

**Melle Emilie Broux
Secrétaire CPP Nord Ouest IV et Pharmacologie
Faculté de Médecine
1 Place Verdun
59045 LILLE CEDEX**

**e-mail : cppnordouestiv@univ-lille2.fr
Tel : 03.20.44.54.49**

ANNEXE 12 : Le Sphinx Plus ²

Conception du questionnaire :

- Rédaction du questionnaire : questions fermées (uniques, multiples ou ordonnées), échelles, numériques, codes, ouvertes, groupées.
- Structure du questionnaire : parties, restrictions (contrôle de saisie, renvois, aide à la conception, bibliothèques de questions, modèles d'enquête).
- Mise en forme automatique ou personnalisée avec insertion de logo, de charte graphique, et d'éléments multimédias.
- Enquêtes multi-langues sur une base de données unique.

Diffusion et collecte des données :

- Diffusion de l'enquête par e-mail, suivi en temps réel des réponses, relance programmée par e-mailing et impression de formulaires papiers.
- Personnalisation des interfaces de saisie, saisie manuelle multi-modale.
- Contrôle de saisie et qualification des fichiers.
- Enquêtes en ligne et contrôle d'accès.
- Lecture automatique des questionnaires par scanner.
- Enquêtes téléphoniques et gestion du plateau d'utilisateurs.

Traitements statistiques :

- Tris à plats, tris croisés, graphiques, mapping, baromètre.
- Indicateurs statistiques: effectifs, pourcentages, moyennes, médianes, écart-type, spécificités.
- Tests statistiques : Chi², corrélation, Student, Fisher, intervalle de confiance.
- Analyses uni-variées ou bi-variées.
- Dépouillement statistique des questions ouvertes et analyse de contenu.

Analyse des données :

- Analyse factorielle multiple et en composantes principales.
- Régression linéaire et multiple, classification automatique.
- Typologie, Manova, Anova.

Datamining et scoring : Graphes de relations, segmentations, arbres de décision.

Gestion de données :

- Echantillonnage et redressement par pondération.
- Importation de bases de données externes.
- Exportation des données en fichiers ASCII.
- Changements d'unité statistique.
- Enrichissement des bases de données: création de nouvelles variables, recodage, fusion d'enquêtes...

Communication des résultats :

- Dépouillement automatique dans un rapport, sur une strate ou un profil.
- Présentation des résultats dans un tableau de bord dynamique.
- Communication des résultats sur papier ou par internet.
- Actualisation automatique des analyses en ligne.

Liste des fonctions - Version 5

Configuration d'installation : PC Windows (minimum 98)

ANNEXE 13:

Les structures de soins par arrondissement de la région Nord-Pas-de-Calais, d'après le GRAA (Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie, Loos)

Arrondissement d'Arras :

- Alanon-Alateen à Arras et Saint Pol sur Ternoise
- Alcooliques Anonymes à Arras et Saint Pol sur Ternoise
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA 62) à Arras
- Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) à Arras
- Alcoologie de liaison au CH d'Arras
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) en Alcoologie à Maroeuil

Arrondissement d'Avesnes sur Helpe

- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide à Cousolre et Maubeuge
- Antennes d'alcoologie-Consultations ambulatoires à Le Quesnoy
- Consultation Hospitalière d'Alcoologie à Avesnes sur Helpe
- Consultation Hospitalière d'Alcoologie à Fourmies
- Consultation Hospitalière d'Alcoologie à Maubeuge
- Clinique du bocage - service dépendance à Louvroil
- Equipe de liaison en alcoologie à Avesnes sur Helpe
- Espace Arc-en-ciel-CH service alcoologie à Avesnes sur Helpe

- Hôpital de jour -Accueil de jour en alcoologie à Maubeuge
- Le Cap - Service post cure à Felleries-Liessies

Arrondissement de Béthune

- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide à Béthune
- Antenne C.C.A.A à Bruay-la-Buissière, à Béthune
- Le Jeu de Paume - Addictologie ambulatoire à Béthune
- Nymphéa - Hospitalisation en H.P. à Saint-Venant

Arrondissement de Boulogne sur mer

- Alcooliques Anonymes-mouvement d'entraide à Boulogne s/ Mer
- C.C.A.A à Boulogne s/ Mer
- Service d'Alcoologie Centre Hospitalier à Boulogne s/ Mer

Arrondissement de Calais

- Alcooliques Anonymes - Mouvement d'entraide à Calais
- C.C.A.A à Calais
- C.H-Unité d'Alcoologie Clinique-Hospitalisation et ambulatoire à Calais

Arrondissement de Cambrai

- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide à Cambrai
- C.C.A.A à Cambrai
- Service d'addictologie-C.H.hospitalisation et ambulatoire à Le Cateau

Arrondissement de Douai

- Alcool Entraide du Nord - mouvement d'entraide et d'action social à Douai
- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide et de soutien mutuel à Douai
- C.C.A.A à Douai
- C.H. " La Clairière " unité d'alcoologie - Hospitalisation et ambulatoire à Somain
- Clinique " Les Bruyères " - Hospitalisation et ambulatoire à Auberchicourt
- Douaisis alcool guérison - Mouvement d'entraide et soutien mutuel à Douai
- La Croix Bleue-Mouvement d'entraide et soutien mutuel à Douai

Arrondissement de Dunkerque

- Al-anon - Ala-teen - Mouvement d'entraide des proches du dépendant à Nieppe
- Alcooliques Anonymes - Mouvement d'entraide et de soutien mutuel à Dunkerque
- C.C.A.A à Dunkerque
- Foyer Renaitre - Foyer de post cure à Dunkerque
- Polyclinique de Grande Synthe - Hospitalisation et ambulatoire à Grande Synthe
- Service d'alcoologie-Hospitalisation et ambulatoire à Dunkerque

- Service d'alcoologie-Hospitalisation et ambulatoire à Hazebrouck

Arrondissement de Lens

- Alcooliques Anonymes - Mouvement d'entraide et soutien mutuel à Lens/Carvin/....
- C.C.A.A à Liévin
- Centre d'alcoologie et de nutrition à Carvin
- " Le Square " - Centre méthadone à Lens et Centre de traitement des dépendances, Lens
- Centre hospitalier - Soins de suite en alcoologie à Carvin
- Centre hospitalier " Les Erables " - hospitalisation en alcoologie à Hénin-Beaumont

Arrondissement de Lille

- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide et soutien mutuel à Lille/Roubaix/Tourcoing/.....
- ANPAA - Organisme de prévention en alcoologie et addictologie à Lille
- C.C.A.A -Antenne de Comines et de Villeneuve d'Ascq
- C.C.A.A à Lille, à Roubaix, à Tourcoing
- Centre Hospitalier - consultation seulement à Seclin
- " Ecole de vie " - Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale spécialisés (CHRS) en Alcoologie (homme) à Wavrin
- " Réalités " -CHRS en Alcoologie (femme) à Lille
- " Regain " – CHRS spécialisés en Alcoologie (homme) à Tourcoing

- " Rénovation" - CHRS spécialisés en Alcoologie (homme) à Croix
- " Revivre " – CHRS spécialisés en Alcoologie (homme) à La Madeleine
- Clinique " Le Sablier " - Alcoologie et Addictologie à Lille
- Point Alcool Rencontre Information " Le P.A.R.I " - prise en charge ambulatoire à La Bassée, à Lille Wazemmes
- C.H.R.U. - Hospitalisation et ambulatoire à Lille
- U.A.M.P. - soins ambulatoires à Lille
- Unité d'alcoologie-hospitalisation et ambulatoire à Roubaix, à Tourcoing
- V.I.S.A. Vivre l'Insertion Sans Alcool - Organisme gestionnaire des C.H.R.S. V.I.S.A. à Lille
- V.I.S.A.VIE - Accueil de jour en alcoologie à La Madeleine

Arrondissement de Montreuil

- Alcooliques Anonymes - mouvement d'entraide et de soutien mutuel à Etaples
- C.P.T.C.A. - Centre de Prévention et de Traitement des Conduites Addictives à Etaples
- HEPCIAD - Ambulatoire à Berck-sur-Mer

Arrondissement de St-Omer

- Alcooliques Anonymes - Mouvement d'entraide et de soutien mutuel à Audruicq
- C.C.A.A. de St-Omer - Ambulatoire à St-Omer
- " La Presqu'île "-Foyer de postcure femme à Longuenesse

- C.H. St-Omer Service d'alcoologie - Hospitalisation et ambulatoire Helfault

Arrondissement de Valenciennes

- Alcooliques Anonymes - Mouvement d'entraide et de soutien mutuel à Valenciennes / Denain
- Centre d'alcoologie ambulatoire - Ambulatoire à Denain
- C.C.A.A. à Valenciennes
- Centre Alcoologique de jour - Hospitalisation et ambulatoire à Valenciennes
- C.H. Unité d'alcoologie clinique - hospitalisation et ambulatoire à St-Amand-les-eaux

| | | |
|--------------------------|--|---------------------|
| <u>Arras</u> | | <u>Douai</u> |
| <u>Avesnes-sur-Helpe</u> | | <u>Dunkerque</u> |
| <u>Béthune</u> | | <u>Lens</u> |
| <u>Boulogne-sur-Mer</u> | | <u>Lille</u> |
| <u>Calais</u> | | <u>Montreuil</u> |
| <u>Cambrai</u> | | <u>Saint-Omer</u> |
| | | <u>Valenciennes</u> |

ANNEXE 14 : STRUCTURES D'ALCOOLOGIE EN FRANCE EN 2004

| Région.Population en 1999 | CCAA | CS hospitalières et EHAL | Lits d'alcoologie | Lits de post-cure | Places d'HDJ |
|----------------------------------|------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Alsace. 1734145 | 11 | 4 | 70 | 120 | 0 |
| Aquitaine.2908359 | 20 | 18 | 101 | 39 | 0 |
| Auvergne.1308879 | 8 | 12 | 113 | 0 | 0 |
| Bourgogne.1610067 | 28 | 10 | 87 | 76 | 3 |
| Bretagne.2906197 | 21 | 27 | 331 | 188 | 10 |
| Centre.2440329 | 20 | 15 | 287 | 88 | 12 |
| Champagne- Ardennes.1342363 | 14 | 8 | 48 | 22 | 0 |
| Corse.260196 | 3 | 1 | 10 | 0 | 0 |
| Franche-Comté.1117059 | 13 | 2 | 30 | 30 | 0 |
| Ile-de-France.10952011 | 33 | 27 | 227 | 15 | 0 |
| Languedoc- Roussillon.2295648 | 10 | 13 | 245 | 161 | 10 |
| Limousin.710939 | 4 | 5 | 60 | 10 | 0 |
| Lorraine.2310376 | 17 | 8 | 107 | 56 | 0 |
| Midi-Pyrénées.2551687 | 15 | 8 | 205 | 0 | 20 |
| Nord-Pas-de- Calais.3996588 | 16 | 36 | 352 | 268 | 10 |
| Normandie (basse).1422193 | 9 | 19 | 85 | 46 | 22 |
| Normandie (hte).1780192 | 14 | 9 | 158 | 60 | 0 |
| Pays de la Loire.3222061 | 24 | 13 | 178 | 72 | 30 |
| Picardie.1857481 | 16 | 14 | 118 | 37 | 0 |
| Poitou-Charentes.1640068 | 8 | 5 | 120 | 118 | 10 |
| PACA .4506151 | 32 | 15 | 344 | 0 | 0 |
| Rhône-Alpes.5645407 | 30 | 35 | 594 | 102 | 0 |
| TOTAL : 58518395 | 366 | 304 | 3870 | 1508 | 127 |

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1- Aubin HJ. Préparez-vous à entrer dans la cinquième dimension ! *Alcoologie et Addictologie* 2011 ; 33 (1) : 3-4.
- 2- Guibert S, Perault L, Richard D. Définitions et classifications de l'alcoolisme. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion médecine sciences ; 2006.p.307-8.
- 3- Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères? Texte court. In: RPC - Les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 67S-75S.
- 4- Nordmann R. Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2004 ; 188 : 519-21.
- 5- INSEE-Recensement de la population (date de référence 1/01/2006), INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord-Pas-de-Calais.
- 6- Lacoste O, Spinosi L, Sampil M et al. Tableau de bord de l'alcoolisme dans le Nord-Pas-de-Calais.ORS
- 7- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (France). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008. Paris : La documentation française, 2004.
- 8- Les dommages sanitaires liés au tabac et à l'alcool, OFDT, octobre 2012.

- 9-** Global status Report on Alcohol 2004. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva. 2004.
- 10-** Cottencin O et al., *Alcoologie Clinique*, Presse Med (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.032>.
- 11-** Batel P. L'alcool au seuil de la réduction des risques. *SWAPS ALCOOL* 1^{er} trimestre 2011; 62: 4.
- 12-** Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005, données INPES/OFDT.
- 13-** Inserm, E.c. Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Inserm éd., Paris, 2003.
- 14-** Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT 2000; étude n°22.
- 15-** Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C. Two methods of estimating health cost linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol and Alcoholism* 2001; 36: 89-95.
- 16-** Lebrun T, Selke B. L'évaluation du coût social de l'alcoolisme en France. *Adsp* n°46 mars 2004. p77-80.
- 17-** Fénoglio P, Parel V, Kopp P. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites. *Adsp*, No 33, Dec 2000 : 71-5.
- 18-** Reynaud M, Parquet P J, Lagrue G. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives. 09/07/1999, page 126.

- 19-** Reynaud M, Parquet PJ. Les différents produits et les différents types de risque. Reynaud M, Parquet P J, Lagrue G. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives. 09/07/1999, page 86.
- 20-** Stockwell T, Bolt L, Milner I et al. Home detoxification from alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. Alcohol Alcohol 1991; 26(5-6): 645-50.
- 21-** Nalpas B, Pierre B, Playoust D et al. Devenir des patients après sevrage d'alcool : Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers. Alcoologie et Addictologie 2002; 24 (4): 337-44.
- 22-** Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. Drug Alcohol Depend. 2005 Oct 1; 80 (1): 83-9.
- 23-** Conférence de consensus: Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. Question 1. 17 mars 1999, Maison de la Chimie-Paris.
- 24-** Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. N Engl J Med 1989 Feb 9; 320 (6): 358-65.
- 25-** Conférence de consensus sur le sevrage du patient alcoolo-dépendant. Alcoologie 1999 (2 suppl): 13 S.
- Batel P. Sevrage alcoolique ambulatoire et hospitalier. Alcoologie 1999 ; 21 (2 suppl) : 80-90.
- 26-** Paille F. Traitement médicamenteux du sevrage alcoolique et de l'aide au maintien de l'abstinence. In: Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris: Flammarion médecine sciences ; 2006.p.366.

27- Société Française d'Alcoologie. Sevrage du patient alcoolodépendant-2009: page 12.

28- Falcheri JP. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1462-1465.

29- Ades J. Addictions et psychiatrie : qui est comorbide ? *Alcoologie et addictologie* 2007 ; 29 (4).

30- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F et al. Facteurs socio-économiques associés à la consommation d'alcool en France: une étude des différents modes de consommations. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008-Les inégalités de santé. 2008 Oct 16-17 ; Marseille, France.

31- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F et al. Les problèmes d'alcool en France: quelles sont les populations à risque? Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Questions d'économie de la santé. 2008 Jan, No 129.

32- Pettinati HM, Meyers K, Evans BD, Ructsch CR et al. Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and at what cost? *Am J Addict* 1999 Summer; 8 (3): 220-33.

33- Nalpas B, Pierre B, Playoust D et al. Financial costs of alcoholism treatment programs: a longitudinal and comparative evaluation among four specialized centers. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 27, No 1, 2003: pp51-56.

Nom : ROUSSEAU

Prénom : Laure-Hélène

Date de soutenance : Mardi 8 Janvier 2013

Titre de la thèse : Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire: Mise en place d'une étude observationnelle portant sur 195 patients, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage.

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Sevrage éthylique, alcool-dépendance, consommation, rechute

Contexte : L'alcool et ses conséquences sont un problème majeur de santé publique et un poids financier considérable. L'alcool demeure la 2ème cause de mortalité évitable (environ 30 000 décès annuels). L'OMS estime qu'il y a environ 2 milliards de personnes dans le monde entier qui consomment de l'alcool et 76,3 millions avec un mésusage. En France, l'alcool contribue à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.

Objectifs : Il s'agit d'une étude portant sur 195 patients. L'objectif principal est d'étudier les taux de rechute et les consommations déclarées d'alcool en verres standards hebdomadaires, et ce à 1,3, 6 et 12 mois après la fin du sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire. Nos objectifs secondaires sont d'évaluer s'il existe des facteurs prédictifs de reconsommation et des facteurs prédictifs qui permettront de poser des indications de prise en charge en fonction des vulnérabilités des patients.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, de cohorte, étude pilote prospective ouverte, comparative de traitement, portant sur 195 patients résidants dans la région Nord-Pas-de-Calais, répondant aux critères de dépendance à l'alcool selon la CIM 10 et le DSM IV. Les investigateurs sont représentés par les Centres Hospitaliers de Roubaix, Lille et Lens. Nous proposons de faire remplir un questionnaire par un enquêteur avec le patient, le dernier jour du sevrage éthylique, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Puis, ces mêmes patients seront contactés 1, 3, 6 et 12 mois après la prise en charge, afin d'évaluer leur consommation déclarée en verres standards d'alcool hebdomadaires. Le logiciel « Sphinx Plus 2 » sera utilisé pour saisir les données.

Conclusion : L'aspect médico-réglementaire est indispensable pour la validité à la publication internationale mais reste un frein pour certains acteurs de la recherche. Par ailleurs, l'ARS a décidé de la fin du PASBA en juin 2012 à cause de restrictions budgétaires, ce qui implique donc des difficultés pour accéder à l'ambulatoire pour nombre de patients. Notre étude débutera en janvier 2013.

Composition du jury :

Président : Monsieur Le Professeur **O.COTTENCIN**

Assesseurs : Monsieur Le Professeur **P.THOMAS**

Monsieur Le Professeur **G.VAIVA**

Monsieur le Docteur **Y.DABLEMONT**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **L.URSO-BAIARDO**