



Université Lille 2
Droit et Santé

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

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Inclusion et analyse de la population recrutée pour l'étude
intitulée : Devenir des patients après un sevrage éthylique
hospitalier ou ambulatoire, étude observationnelle portant sur 242
patients, 1 mois, 3 mois, 6 mois et un an après la fin du sevrage**

Présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 2014 à 16h00
Au Pôle Formation
Par Marion Franc

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Guillaume VAÏVA

Monsieur le Docteur Thierry LEDENT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO

Sommaire

Table des abréviations.....	1
Table des annexes	3
I. INTRODUCTION.....	4
1. Définitions.....	8
1.1 Verre standard et seuils de l'organisation mondiale de la santé (OMS)..	8
1.2 Les différents types « d'usage » et définitions du DSM-IV	9
1.3 Le DSM-V : un changement de concept	12
1.4 Le syndrome de sevrage et les accidents de sevrage	15
1.4.1 Le syndrome de sevrage alcoolique	15
1.4.2 Les accidents de sevrage.....	16
2. Modalités de sevrage en France	17
2.1 Le sevrage ambulatoire	18
2.2 Le sevrage institutionnel	19
3. Revue de la littérature	21
3.1 Le sevrage institutionnel	21
3.1.1 Efficacité du sevrage institutionnel	21
3.1.2 Un effet centre ?	23
3.2 Le sevrage ambulatoire	26
3.2.1 Efficacité du sevrage ambulatoire	26
3.2.2 Sevrages aussi "sûrs et efficaces" l'un que l'autre	26
3.2.3 Le sevrage ambulatoire en médecine générale.....	29
3.3 La prise en charge en en hôpital de jour après le sevrage	32

3.4	Sevrage « sous contrainte » et « non programmé »	35
3.4.1	Sevrage sous contrainte ou suscité par un tiers	36
3.4.2	Sevrage en milieu carcéral : Une offre de soins insuffisante	38
3.4.3	Sevrages accidentels : plus de complications de sevrage ?.....	41
3.5	Sevrage et troubles psychiatriques	44
3.5.1	Définitions.....	44
3.5.2	Prévalence	45
3.5.3	Prise en charge	46
3.6	Objectif : abstinence ou consommation contrôlée.....	48
4.	Intérêt du travail de recherche	51
II.	MATERIELS ET METHODES	52
1.	Type d'étude.....	53
2.	Lieu de l'étude	53
3.	Population étudiée.....	54
4.	Support de l'étude: le questionnaire	55
5.	Etapas méthodologiques	56
6.	Objectifs et Critère de jugement principal :.....	57
7.	Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance	58
8.	Analyse statistique des données	59
9.	Accords	60

III. RESULTATS	61
1. Descriptif des patients inclus	62
1.1 Données sociodémographiques.....	62
1.1.1 Genre	63
1.1.2 Age	63
1.1.3 Statut matrimonial	64
1.1.4 Catégorie socioprofessionnelle	65
1.2 Données concernant les antécédents addictologiques	66
2. Comparaison des deux centres d'inclusion	71
3. Comparaison en fonction du genre	71
IV. DISCUSSION	74
1. Limites de notre étude	75
1.1 Centre d'inclusion	75
1.2 Critères d'exclusion.....	75
1.3 Rappels téléphoniques	76
2. Représentativité de notre cohorte	77
3. Rappels des principaux résultats et discussion	79
3.1 Comparaison de nos trois cohortes	79
3.2 Un effet centre minime	81
4. Comparaison de nos données à la littérature	82
4.1 Données sociodémographiques.....	82
4.2 Données addictologiques.....	84
4.3 Méthodologie	87
5. Résultats attendus	90

V. CONCLUSION	92
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93
VII. ANNEXES	99

Table des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ASI : Addiction Severity Index

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de
Recherche dans le domaine de la Santé

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHR(U) : Centre Hospitalier Régional (Universitaire)

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIWA-AR: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revisited

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMPAQH : Coordination de la Mesure de la Performance et de l'Amélioration de la
Qualité Hospitalière

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DALI : Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

DT : *Delirium tremens*

EHLSA : Equipes Hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie

ESPEHRA : Enquête Sur les Personnes Reçues à l'Hôpital pour Addiction

HC : Hospitalisation conventionnelle

HDJ : Hospitalisation de jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MILDCA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites
Addictives

MILDT : Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PIB : Produit Intérieur Brut

Questionnaire DETA : Questionnaire « Diminuer, Entourage, Trop, Alcool »

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans Domicile Fixe

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SDT : Soins à la demande d'un Tiers

SFA : Société Française d'Alcoologie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCO : Trouble Co-Occurent

US : Unité Standard

Table des annexes

ANNEXE 1

Verre standard ou Unité internationale d'Alcool : équivalences..... 100

ANNEXE 2

Situations devant faire baisser les seuils de consommation définis par l'OMS..... 101

ANNEXE 3

Critères CIM 10 et DSM-IV de l'alcool-dépendance 102

ANNEXE 4

Echelles de Cushman et CIWA-Ar..... 104

ANNEXE 5

Modalités de sevrage du patient alcool-dépendant, selon le texte des recommandations de l'HAS (1999) : 106

ANNEXE 6

Questionnaire DETA..... 110

ANNEXE 7

Note d'information et formulaire de consentement 111

ANNEXE 8

Questionnaire de suivi des patients sevrés 113

ANNEXE 9

Avis favorable du CCTIRS du 20 octobre 2011 116

ANNEXE 10

Avis favorable de la CNIL du 20 Août 2012 117

ANNEXE 11

Avis du CPP du 02 novembre 2010..... 119

I. INTRODUCTION

L'alcool, dans la société française, occupe une place toute particulière, en raison de son ancrage historique, culturel et économique.

Mais la consommation excessive d'alcool est aussi un déterminant majeur de santé publique. Elle représente en effet le deuxième facteur de risque de mortalité évitable, après le tabac, avec environ 49 000 décès par an (1) ; elle entraîne de nombreuses morbidités et ses conséquences sociales sont importantes.

Tout ceci représente un coût majeur pour la société, estimé, pour l'année 2000, à 37 milliards d'euros, soit 2,37% du P.I.B (2).

Cette position ambivalente de l'alcool dans la société française en fait un sujet complexe.

Le baromètre de santé 2010 réalisé par l'INPES rapporte qu'environ 9% des français, soit entre 4 et 5 millions, seraient à « risque chronique » ou « dépendants de l'alcool », dont 2 millions d'alcoolodépendants (3). Ce chiffre est stable depuis plusieurs années, contrastant avec une baisse conséquente des consommations d'alcool globales en France. En effet, la consommation d'alcool pur, par habitant de plus de 15 ans et par an, a diminué de moitié en 40 ans, passant de 22 litres en 1970 à 12 litres en 2009 (1). L'alcool reste de loin la substance psychoactive la plus consommée dans notre pays, devant le tabac (3).

La prise en charge des consommateurs à risque sans dépendance, qui sont les plus nombreux, s'appuie sur le concept de réduction des risques. Des outils simples et validés permettent un repérage précoce des consommateurs à risque dans le but de leur proposer des interventions brèves visant à réduire la consommation d'alcool et ainsi limiter les dommages qui lui sont attribuables (4).

La prise en charge des consommateurs dépendants à l'alcool est complexe, nécessitant un suivi long et régulier, les rechutes sont fréquentes et font partie du processus.

La prévention ainsi que la prise en charge des patients alcoolo-dépendants sont devenues, depuis quelques années, l'une des priorités du gouvernement, coordonnée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), devenue en mars 2014 la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDCA). Ainsi, parmi les nombreux objectifs présentés par les deux derniers plans gouvernementaux : « plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 » (5) et plus récemment « lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 » (6), on notait le désir de promouvoir la diversité des réponses thérapeutiques et d'améliorer la recherche, la formation, les références de pratiques et l'évaluation.

Les modalités de sevrage sont aujourd'hui bien codifiées dans la conférence de consensus de 1999 intitulée « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant », organisée par la Société française d'alcoologie et parrainée par l'ANAES. Le sevrage, qu'il soit réalisé en ambulatoire ou en institution,

repose principalement sur : un accompagnement psychosocial, l'administration de benzodiazépines, une vitaminothérapie et enfin une hydratation suffisante (7).

Après quelques définitions générales, nous orienterons notre introduction sur le sevrage en boissons alcoolisées, sous ses différentes formes, à travers la littérature et les études scientifiques récentes.

Nous présenterons ensuite notre étude observationnelle portant sur 242 patients. L'objectif principal de cette étude est d'observer trois différentes prises en charge d'un patient alcoolo-dépendant, à savoir l'hospitalisation conventionnelle (HC), l'hospitalisation conventionnelle suivie d'une prise en charge en hôpital de jour (HDJ) et le sevrage ambulatoire.

1. Définitions

1.1 Verre standard et seuils de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

La consommation d'alcool est évaluée soit en grammes d'alcool consommés, soit en nombre de verres standards ou unités standards (US). Le verre standard fait référence au verre servi dans les lieux de consommation publics.

Ainsi, selon les pays, la quantité d'alcool pure contenue dans un verre standard varie entre 9 et 12 grammes (8).

En Europe, un verre standard contient en moyenne 10 g d'alcool pur (Annexe 1).

L'OMS définit des seuils au dessus-desquels on peut parler de « consommation à risque » : (9)

- Pas plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (soit 3 verres/jour en moyenne) ;
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (soit 2 verres/jour en moyenne).

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque ; ils n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique, son état psychologique. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations (Annexe 2) (9).

1.2 Les différents types « d'usage » et définitions du DSM-IV

Selon la Société française d'alcoologie, il paraît pertinent d'organiser la classification des conduites d'alcoolisation en catégories autour des termes d' « usage » et de « mésusage ».

On distingue donc les entités suivantes : (9)

- **Le Non-usage (non-consommateur ou abstinent) :**

Il correspond à une absence de consommation. Le non-usage peut être primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants par exemple) ou par choix (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ; ou secondaire quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme « abstinence ».

- **L'Usage (consommateur à faible risque).**

Ce terme évoque un usage inférieur ou égal aux seuils définis par l'OMS, avec un risque pouvant être considéré comme faible pour l'individu.

▪ **Le Mésusage**

Cette catégorie rassemble toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels ou par la survenue de dommages induits. On distingue :

- L'usage à risque (ou consommateur à risque)

Les consommations sont supérieures aux seuils définis par l'OMS, sans dommage d'ordre médical, psychique ou social, mais susceptibles d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

- L'usage nocif (ou consommateur à problème)

Il est défini par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation et par l'absence de dépendance à l'alcool.

- L'usage avec dépendance (consommateur alcoolo-dépendant)

Il est caractérisé par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui, néanmoins, sont souvent associés.

Cette dernière catégorie correspond à la définition du "syndrome de dépendance" décrit par la classification internationale des maladies (CIM 10) et à

celle de "Dépendance à une substance" décrite dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Les deux classifications utilisent en grande partie les mêmes items, si ce n'est que celle du DSM-IV fait une distinction entre : avec dépendance physique (signes de tolérance ou de sevrage) et sans dépendance physique (Annexe 3).

1.3 Le DSM-V : un changement de concept

La toute dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) a été publiée par l'American Psychiatric Association, en mai 2013, plus de dix ans après la dernière révision du DSM-IV datant de l'an 2000 (DSM-IV-R) (10).

Du point de vue addictologique au sens large, cette version regroupe au sein d'une même catégorie les « troubles liés à l'usage d'une substance » et les « addictions sans produit » qui étaient distinctes dans la 4^{ème} version du DSM. Elles sont ainsi réunies dans le chapitre « Addictions liées à une substance et addictions comportementales » (« Substance-related and Addictive Disorders »). Le champ des addictions est élargi en introduisant la notion de jeu pathologique.

Du point de vue alcoologique, si le DSM-IV proposait une conception hiérarchisée des consommations, la nouvelle version propose un concept tout à fait différent. Les notions d'usage nocif et de dépendance sont ainsi abandonnées au profit d'une entité unique de « Troubles de l'usage de l'alcool » (« Alcohol-Related Disorders ») distinguant différents niveaux de sévérité : trouble léger (2 ou 3 critères), trouble modéré (4 ou 5 critères), trouble sévère (6 critères et au delà).

Dans cette nouvelle version, les critères diagnostics sont à peu près identiques à ceux de la version précédente, mais ont été diversifiés. La notion de craving, besoin urgent de consommer de l'alcool est ajoutée et les problèmes judiciaires liés à l'utilisation de l'alcool sont, eux, retirés.

Le trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-V est défini par :

Un mode de consommation conduisant à une dégradation ou une souffrance cliniquement significative et la présence au cours d'une période d'un an d'au moins 2 des 11 critères suivants :

1. Substance prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.
2. Désir persistant, effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.
3. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.
4. Existence d'un craving : désir fort ou pulsion à consommer.
5. Incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
7. Réduction ou arrêt d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance.
8. Usage dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.
9. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents
10. Tolérance :
 - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
 - Effet diminué lors de l'usage continu.
11. Sevrage :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

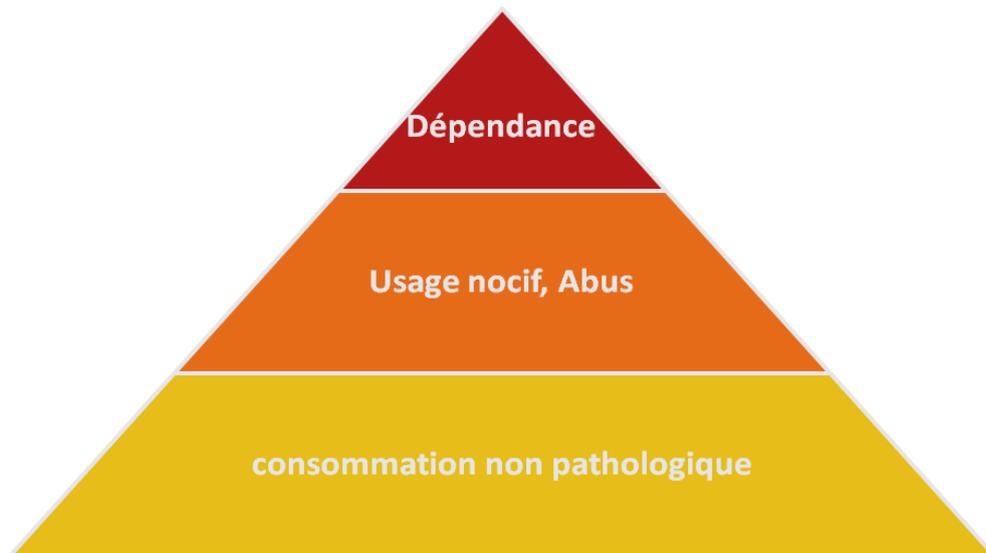


Figure 1 - Pyramide selon les catégories du DSM-IV

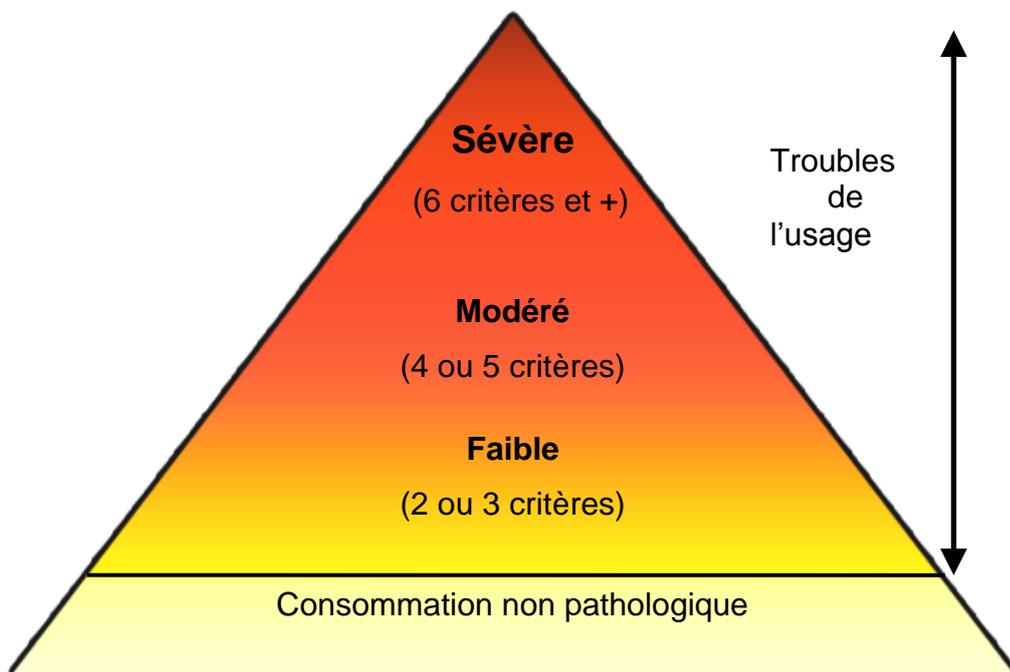


Figure 2 - Pyramide selon le DSM-V

1.4 Le syndrome de sevrage et les accidents de sevrage

1.4.1 Le syndrome de sevrage alcoolique

Selon le DSM-V, le syndrome de sevrage alcoolique se définit de la façon suivante : (10)

- A. Arrêt ou réduction d'une consommation 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 :
 - Signes neurovégétatifs : tremblements des extrémités, flush du visage, tachycardie, sueurs, troubles gastro-intestinaux : nausées/vomissements,
 - Signes psychiques : excitation, pensées et discours incohérents, insomnies, agitation psychomotrice.
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont ni dus à une affection médicale générale, ni expliqués par un autre trouble mental.

La fréquence de survenue des symptômes de sevrage est variable, de 13 à 71%. Certains malades ne développent pas de syndrome de sevrage clinique alors que d'autres ont des symptômes très sévères (11).

1.4.2 Les accidents de sevrage

Les signes de sevrage sont fréquents et, s'ils sont pris en charge à temps, régressent rapidement. Ils peuvent parfois se compliquer, on parle alors d'accidents de sevrage, plus rares.

Il s'agit principalement des crises convulsives, souvent généralisées, voire d'états de mal épileptique ainsi que du *delirium tremens* (DT).

Le DT est caractérisé par des troubles à type de désorientation temporo-spatiale, confusion, délires, anxiété, agitation, crises convulsives, signes généraux associés (fièvre, déshydratation, tachycardie).... Une hospitalisation en unité de soins intensifs ou de réanimation est souvent nécessaire (11). Les modalités de prise en charge des accidents de sevrage sont définies dans la conférence de consensus de 1999 (7).

Les symptômes de sevrage ainsi que leur gravité doivent donc absolument être recherchés durant le sevrage, qu'il soit institutionnel ou ambulatoire, afin de limiter les complications de sevrage qui peuvent être graves.

Des outils d'évaluation de la gravité des signes de sevrage, comme l'échelle de Cushman ou l'échelle CIWA-AR (Annexe 4), ont été créés afin de prévenir ces complications de sevrage en adaptant le traitement (11).

2. Modalités de sevrage en France

La prise en charge du malade alcoolo-dépendant est difficile et s'inscrit dans le long terme.

Si le sevrage physique dure en général quelques jours, ce n'est que la première étape d'un long processus thérapeutique, durant lequel les rechutes sont fréquentes et font partie du modèle transthéorique de changement de Prochaska et Diclemente.

Il existe en France deux types de sevrage, ambulatoire ou hospitalier, dont les modalités de prise en charge (prévention médicamenteuse des accidents de sevrage, préconisation de molécules et posologies, accompagnement psychosocial) sont bien codifiées dans la conférence de consensus de 1999 rédigée conjointement par l'ANAES et la société française d'alcoologie. Cette prise en charge repose principalement sur l'hydratation, les benzodiazépines et la vitaminothérapie (Annexe 5).

« Le sevrage thérapeutique constitue une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme. » (7)

2.1 Le sevrage ambulatoire

La conférence de consensus de 1999 préconise en première intention un sevrage ambulatoire dans le respect des contre-indications suivantes :

- alcooliques : dépendance physique sévère ; antécédents de *delirium tremens* ou de crise convulsive généralisée ; échec d'un essai sincère d'un sevrage ambulatoire ;
- somatiques : affection somatique sévère justifiant une hospitalisation ;
- psychiatriques : syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère associée ; dépendance associée à certains produits psycho-actifs ;
- socio-environnementales : demande pressante de l'entourage familial ou professionnel ; entourage non coopératif ; processus avancé de désocialisation.

Le sevrage ambulatoire permet la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales ; il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation car il n'oblige pas à assumer socialement le statut de « malade » ; il est compatible avec un syndrome de sevrage modéré ; il favorise une participation active du patient et de son entourage ; il n'implique pas de moyens techniques importants (7).

Ces sevrages ambulatoires sont principalement réalisés dans les consultations hospitalières, les CSAPA, ou les cabinets de médecine générale.

2.2 Le sevrage institutionnel

« Lorsqu'il existe une ou plusieurs contre-indications, le sevrage est institutionnel, ce qui permet une surveillance continue, notamment pour les personnes isolées ; il soustrait le malade de son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; il garantit la réalité du sevrage et l'observance des prescriptions ; il est nécessaire en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère. » (7)

Ainsi 10 à 30% des patients nécessiteraient une prise en charge hospitalière (7).

Le sevrage peut être simple ou complexe en cas de complications somatiques, comorbidités psychiatriques, polyconsommation...

L'addictologie hospitalière française est organisée en trois niveaux : (12)

- Le niveau I : niveau de proximité qui comporte un service d'accueil des urgences, des consultations hospitalières, des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (EHLISA) et des services d'hospitalisation permettant la prise en charge de sevrages simples, réalisés dans des services du dispositif général (médecine interne, médecine polyvalente, hépato-gastroentérologie, psychiatrie).

- Le niveau II : niveau de recours : il s'agit des structures spécialisées en addictologie, qui assurent en plus des missions du niveau I, les hospitalisations pour sevrages complexes en unité temps complet ou en hôpital de jour. Les unités de soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR) sont intégrées au niveau II de recours.
- Le niveau III : Centre d'Addictologie Universitaire Régional : le centre régional est doté des mêmes moyens que les structures de niveau II mais il constitue un niveau de référence régional addictologique en assurant la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche. Une quinzaine de CHU disposerait de ce type de structures.

3. Revue de la littérature

Cette revue de la littérature est centrée sur le sevrage alcoolique proprement dit, sous différentes formes ; l'accompagnement nécessaire au maintien de l'abstinence dans le long terme ne sera pas évoqué.

3.1 Le sevrage institutionnel

En 2010, dans les hôpitaux français (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 139 000 séjours pour « problème d'alcool » ont été recensés, auxquels il faut ajouter environ 44 300 séjours pour sevrage alcoolique (13).

3.1.1 Efficacité du sevrage institutionnel

De nombreuses études ont été menées afin d'évaluer l'efficacité des sevrages institutionnels. Malgré des différences méthodologiques, des durées et des modalités de suivi variables, les résultats sont globalement concordants, avec un taux d'abstinents proche du tiers, à 1 an.

Citons 3 études françaises réalisées à différentes périodes :

La première, l'étude EVA menée par la société française d'alcoologie, date de 1997 ; cette étude multicentrique (18 services cliniques français), prospective, portant

sur 1 043 patients alcoolo-dépendants hospitalisés pour sevrage éthylique, montre que le taux d'abstinents à 5 ans était de 28,5% (14).

Une seconde étude, réalisée en 2002 par Nalpas et intitulée « Devenir des patients après sevrage d'alcool » présentait des résultats similaires, à 1an. Cette étude prospective portant sur 267 patients pris en charge en milieu spécialisé pour un sevrage éthylique retrouvait un taux de rechute global de 71,5%, soit 28,5% d'abstinents, à 1 an (15).

Plus récemment, en 2007, Gelsi et son équipe proposaient une étude prospective portant sur 115 patients hospitalisés dans un service d'Hépatogastroentérologie qui retrouvait un taux d'abstinents supérieur, de 54,8%, mais cette étude, réalisée sur une durée plus courte de 6 mois, a été analysée en « Per Protocole », c'est-à-dire sans inclure les perdus de vue dans les analyses, contrairement aux deux études précédentes dont les analyses ont été faites en « intention de traiter » (16).

3.1.2 Un effet centre ?

Certains auteurs se sont attachés à rechercher une différence d'efficacité selon les centres, en fonction de leurs modalités de prise en charge.

En effet, bien que l'on observe globalement une uniformisation des pratiques de sevrage depuis la conférence de consensus de 1999, il persiste une hétérogénéité des prises en charge.

Une étude récente de Despres en 2011 a montré une tendance à l'harmonisation des pratiques en termes de prescriptions médicamenteuses de sevrage et ce dans les services spécialisés (addictologie, psychiatrie et hépato-gastroentérologie) (17).

D'autres études ont constaté des modalités de prise en charge variables selon les centres en termes de durée d'hospitalisation, d'activités proposées, de psychothérapies individuelles ou de groupe, ayant probablement une influence sur l'efficacité :

Rappelons l'étude EVA, de 1997, multicentrique, portant sur 1043 patients hospitalisés pour un sevrage éthylique, réalisée dans 18 services cliniques français, addictologiques ou non. Un des objectifs de cette étude était d'identifier les facteurs pronostiques d'abstinence ou de rechute à 5 ans. Parmi les nombreux facteurs retrouvés, la prise en charge dans un service spécialisé d'addictologie constituait un facteur prédictif d'évolution favorable (14).

Par ailleurs, l'analyse comparative de Nalpas et son équipe en 2002, analyse prospective sur une durée d'un an, dans quatre centres de soins hospitaliers, soulignait l'hétérogénéité des modalités de prise en charge alcooliques et soulevait « l'hypothèse d'un lien entre pratique et résultats » ou « effet centre », restant à identifier. Il comparait en effet quatre centres, 3 dans des hôpitaux universitaires différents et 1 dans un hôpital psychiatrique non universitaire. Chaque centre avait des modalités et une durée de sevrage variables et certains proposaient une post-cure. Au total 267 patients ont été inclus ; les profils des patients dans chaque centre étaient similaires, mais le taux d'abstinence à un an variait de façon significative selon les centres. Plusieurs variables étaient associées au moindre taux de rechute en univarié (comme la durée de sevrage ou l'orientation en post-cure) mais en multivarié, après ajustement, cette association disparaissait et seul le centre de soin restait une variable associée au taux de rechute (15).

En 2003 les mêmes auteurs proposaient une analyse supplémentaire à cette étude, à savoir : comparer l'efficacité et le coût de chacun des programmes de sevrage dans les 4 centres cités précédemment. Ce travail est en accord avec l'étude précédente concernant l'hétérogénéité d'efficacité entre différents programmes et la complète en soulignant l'hypothèse d'un lien entre coût et efficacité. En effet le temps moyen sans rechute était significativement plus long dans le centre 1, qui avait le coût total le plus important, par rapport au centre 3, qui avait le coût le plus bas (18).

Enfin, en 2010 un vaste travail d'expertise conduit par l'INSERM a été réalisé au niveau national : l'enquête COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), dont l'objectif était de développer des indicateurs de qualité des soins dans une perspective de comparaison entre les établissements de santé et d'amélioration de leurs pratiques (19).

L'un des nombreux thèmes de cette enquête concernait les modalités du sevrage institutionnel du patient alcoolo-dépendant à la phase initiale (24 premières heures), que le sevrage soit programmé ou non. 44 établissements de tous secteurs ont été évalués, répartis de la façon suivante : Psychiatrie 32%, Alcoologie 10% , Addictologie 20%, Gastro-Entérologie 7%, Médecine 23%, Urgences 1%, autres (SSR...) 7%. 2 278 dossiers ont été examinés (dont 77% de sevrages programmés). L'évaluation portait sur 7 indicateurs : Contexte de sevrage déterminé à l'entrée, surveillance clinique, traitement par benzodiazépines, hydratation, vitaminothérapie, conseils pour l'arrêt du tabac et modalités de suivi figurant dans le courrier de sortie.

Citons quelques résultats à l'échelon national, donc tous services confondus : le contexte de sevrage était déterminé à l'examen médical pour seulement 36% des patients à l'entrée ; 32% d'entre eux ont reçu le traitement adapté par benzodiazépines ; seuls 21% des dossiers contenaient la preuve écrite d'une surveillance clinique minimum (ou le résultat d'échelles standardisées).

L'hydratation du patient et la vitaminothérapie sont, elles, mieux respectées avec 77% de dossiers conformes pour l'hydratation et 76% pour la vitaminothérapie.

Enfin pour 46% des patients un courrier complet a été envoyé au médecin traitant dans les 8 jours après la sortie.

3.2 Le sevrage ambulatoire

Le sevrage ambulatoire s'est développé de façon importante ces dernières années, notamment grâce à l'expansion des CSAPA. Il est à privilégier en première intention, en respectant les indications et contre-indications.

3.2.1 Efficacité du sevrage ambulatoire

Les différentes études faites en ambulatoire montrent des taux d'abstinence globalement similaires à ceux des études réalisées en milieu hospitalier.

Citons deux études allemandes, prospectives, réalisées en 2005 et 2009, portant respectivement sur 103 et 92 patients alcoolo-dépendants bénéficiant d'un sevrage ambulatoire avec une première phase « motivationnelle » de 3 mois, suivie d'une phase « de réhabilitation » de 8 mois. La première retrouvait un taux d'abstinents de 43% à 3 ans, et la deuxième un taux de 43,8% d'abstinents à 2 ans (20) (21).

3.2.2 Sevrages aussi "sûrs et efficaces" l'un que l'autre

Certains auteurs ont réalisé des études comparatives des deux types de sevrage, ambulatoire ou institutionnel.

Les différentes revues de la littérature des études ayant comparé ces deux types de prise en charge ont conclu qu'il n'y avait pas d'avantage particulier à utiliser une méthode plutôt qu'une autre, mais ces revues ne sont pas récentes. (Edwards 1997, Wilson 1978, Hayashida 1989, Walsh 1991) (22).

Il est évident que la réalisation de telles études est complexe et source de biais. En effet, les deux groupes ne sont pas tout à fait comparables car les deux types de sevrage, nous l'avons évoqué précédemment, ne s'adressent pas aux mêmes profils de patients. Les études ci-dessous sont donc à interpréter avec prudence, d'autant plus qu'elles comportent un nombre assez limité de patients.

Globalement, les résultats sont concordants, à savoir que si les indications et contre-indications sont respectées, les deux méthodes ont des taux d'efficacité similaires, comme le montrent les études suivantes :

Une étude rétrospective, réalisée en Angleterre, en 1991, a comparé 41 patients ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire et 41 patients ayant bénéficié d'un sevrage hospitalier. Les auteurs concluaient que les deux programmes étaient aussi sécurisants et aussi efficaces (23).

Une autre étude réalisée en 1999 à Philadelphie, a comparé un groupe de 93 patients hospitalisés pour sevrage alcoolique à un groupe de 80 patients pris en charge en ambulatoire. Les profils démographiques des deux groupes étaient comparables, de même que la sévérité de la dépendance. Seule la catégorie socioprofessionnelle était inférieure dans le groupe hospitalisation. Les deux programmes utilisaient globalement la même méthode, à la différence que la période intensive était de 6 semaines pour le groupe hospitalier et de 4 semaines pour le groupe ambulatoire ; le nombre d'heures de thérapie de groupe était également plus important dans le groupe hospitalier. Cette étude concluait à une supériorité d'efficacité significative du sevrage hospitalier par rapport au sevrage ambulatoire

pour les 3 premiers mois seulement et pour les patients les plus sévères ; au-delà de 3 mois, les résultats hospitaliers et ambulatoires étaient équivalents en termes d'efficacité et ce, quelle que soit la sévérité de l'alcoolodépendance (24).

Enfin, une étude, réalisée en 2000 en Angleterre, comparait, elle, deux types de sevrage ambulatoire à savoir par le médecin traitant au domicile du patient et en hôpital de jour dans un service spécialisé. Chaque groupe comprenait respectivement 29 et 36 patients. Les conclusions retenues étaient que les deux méthodes sont aussi sûres et efficaces (25).

3.2.3 Le sevrage ambulatoire en médecine générale

Les sevrages ambulatoires sont réalisés dans les unités hospitalières ou dans les CSAPA, mais un grand nombre de ces sevrages l'est dans les cabinets des médecins généralistes. Selon le baromètre santé 2009 des médecins généralistes, l'ensemble des médecins généralistes français prennent en charge 50 000 patients par semaine dans le cadre d'un sevrage alcoolique (13).

L'efficacité de ces sevrages est difficile à évaluer ; en effet nous ne disposons que de peu d'éléments concernant la prise en charge des patients alcoolo-dépendants en médecine de ville laquelle est très peu concernée par les différentes études.

Les deux études suivantes, interrogeant les médecins libéraux, proposent des résultats contradictoires concernant les connaissances des médecins généralistes. Globalement elles soulignent le manque de formation addictologique proposée aux médecins, contrastant avec un désir d'investissement marqué de leur part.

La première, réalisée par Nalpas, date de 2003 et intitulée « Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme », a interrogé l'ensemble des médecins libéraux (spécialistes et médecins généralistes), de la région Languedoc-Roussillon, par l'intermédiaire d'un questionnaire postal. 665 d'entre eux (12,4% des sondés) ont répondu. L'étude mettait en évidence, entre autres, une « relative ignorance des connaissances de base en alcoologie », « un investissement peu marqué dans la

prise en charge », une « utilisation restreinte des structures spécialisées » et « une formation limitée dans la discipline » (26).

La deuxième, plus récente, de 2006, menée par Gallois et intitulée « Le problème alcool en médecine générale » proposait des résultats différents. Un questionnaire d'auto-évaluation anonyme, concernant le « problème alcool » a été distribué à 7 000 médecins généralistes français. Les 2 500 réponses obtenues montraient une assez bonne maîtrise des connaissances de base en ce qui concerne la prise en charge de l'alcool-dépendance et l'approche de la prise en charge était cohérente.

En revanche, les médecins généralistes se sentaient, eux, « mal armés et mal formés » mais, dans leur immense majorité, « prêts à s'investir » (27).

En 2011 était publiée une étude, réalisée par Despres, intitulée « les pratiques médicales de sevrage du patient alcool-dépendant : influence de la conférence de consensus de 1999 ». L'objectif de cette étude était de déceler, 5 ans après les recommandations, une évolution positive des pratiques médicales de prescription de sevrage en médecine générale ainsi que dans les structures spécialisées, en comparant les pratiques en 1999 et celles en 2005.

Ont été étudiés les dossiers médicaux de 326 patients ayant bénéficié d'un sevrage en ville par un médecin généraliste et de 153 patients ayant bénéficié d'un sevrage hospitalier par un médecin spécialisé (addictologue, psychiatre, gastro-entérologue), provenant de 20 centres répartis sur 8 régions.

Cette étude a permis de repérer certaines évolutions : en milieu spécialisé, les pratiques évoluent dans le sens préconisé par la conférence de consensus de 1999.

En médecine générale les pratiques de sevrage semblent augmenter en fréquence et tendent globalement à se conformer aux recommandations mais restent cependant plus hétérogènes, avec certaines prescriptions jugées inadaptées qui semblent persister.

Par ailleurs l'article souligne une augmentation de l'implication des médecins généralistes auprès de leurs patients ayant un problème avec l'alcool (17).

Enfin, en 2011, une étude descriptive et rétrospective réalisée dans le cadre d'un travail de thèse à la faculté de médecine de Poitiers a évalué l'efficacité du sevrage ambulatoire de patients alcoolo-dépendants réalisé par le médecin généraliste au cabinet. 83 dossiers médicaux de patients alcoolo-dépendants sevrés au cabinet du médecin généraliste de 2000 à 2010 ont été analysés ; la durée d'abstinence moyenne était de 6 mois. Un an après le début du sevrage ambulatoire, près d'un tiers des patients étaient abstinents, soit des résultats similaires à ceux des soins hospitaliers (28).

Aucune étude prospective évaluant l'efficacité n'a été recensée dans la littérature.

3.3 La prise en charge en en hôpital de jour après le sevrage

Notre hypothèse de départ est celle qu'un suivi en Hôpital de jour après le sevrage favorise le maintien de l'abstinence dans le temps.

D'après le « plan blanc » datant de 2011 publié par fédération française d'addictologie (12), les hospitalisations de jour sont encore trop peu nombreuses, environ 60 soit 300 places. Chaque structure de niveau 2 devrait en être pourvue, soit 1 000 à 1 200 places. En effet, c'est une alternative importante, complétant l'offre de soin classique qui, selon la conférence de consensus de 2001 « permet un appui institutionnel tout en conservant une certaine autonomie » (29). Malheureusement, en 2001 le texte ne propose pas de recommandation précise dans ce domaine du fait d'absence d'études scientifiques évaluant l'efficacité de la prise en charge en hôpital de jour.

Pourtant, les missions et le fonctionnement de l'hôpital de jour ont fait l'objet de plusieurs circulaires de la part du ministère de la santé, comme la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, visant à préciser les rôles de chaque structure (court séjour, EHLSA, consultation hospitalière, hôpital de jour, SSR) par des référentiels de prise en charge et de soins (30).

Ainsi, selon cette circulaire, l'hôpital de jour en addictologie doit être intégré aux centres de niveaux II et III, il permet d'accueillir, au sein de la filière hospitalière, les patients nécessitant des soins complexes, de réaliser ou de poursuivre un traitement sur un mode intensif tout en maintenant un lien avec l'environnement de vie.

Les missions de l'hôpital de jour sont les suivantes :

- Evaluation addictologique des patients nécessitant des soins complexes afin de proposer une stratégie thérapeutique adaptée ;
- Réalisation de bilans et élaboration de projets thérapeutiques individualisés ;
- Réalisation de sevrages et de soins addictologiques spécifiques chez des patients présentant une dépendance sévère et/ou une comorbidité ;
- Accompagnement du patient au décours du sevrage en hospitalisation complète afin d'assurer une transition satisfaisante avec un retour dans le lieu de vie ;
- Accompagnement à moyen et long terme des patients à problématiques multiples et sévères (psychopathologiques, somatiques et sociales) ;
- Gestion des crises pour des patients connus ;
- Participation au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées ;
- Participation à la recherche en addictologie et à la formation du personnel des établissements de santé.

Il est recommandé qu'il comporte 6 à 15 places, fonctionne 5 jours sur 7, de 9 heures à 17 heures. Chaque unité doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire ayant bénéficié d'une formation spécifique à l'addictologie, composée au minimum d'un

praticien, d'infirmiers, d'un psychologue, d'un assistant social et d'aides soignantes. D'autres intervenants sont nécessaires selon les orientations thérapeutiques : diététicien, kinésithérapeute, psychomotricien, éducateur etc....

L'hospitalisation de jour n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études, citons en une réalisée par Pham et son équipe en 2013, étude prospective, sur 3 ans, portant sur 150 patients pris en charge dans un hôpital de jour addictologique dans les suites d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un projet de soin en hôpital de jour sur le maintien de l'abstinence, l'aide à l'autonomisation et la réinsertion socioprofessionnelle (31).

Sur les 150 patients inclus, 115 avaient fait un sevrage hospitalier dans le service d'hospitalisation, 35 étaient suivis en ambulatoire. La grande majorité (130 patients) était en soin pour l'arrêt d'un seul produit et 20 pour l'arrêt de deux ou plus. La durée moyenne de prise en charge était de 4 mois et demi, cette durée augmentait avec l'âge et était supérieure pour les femmes.

74 patients (49,3%) ont repris une activité professionnelle ; environ 25% ont repris une autre activité (culturelle ou associative). 110 patients (73%) ont eu une « bonne évolution », contre 27% ayant eu une « évolution difficile » (rechutes, perdus de vue). Ainsi les auteurs concluent que le suivi du patient en hôpital de jour permet une consolidation de l'abstinence, une reconstruction personnelle dans la durée. Ce dispositif souple permet au patient de mener à terme son projet personnel, ce programme permet une personnalisation.

3.4 Sevrage « sous contrainte » et « non programmé »

Selon la conférence de consensus de 1999, l'entrée dans un processus d'arrêt de consommation « suppose pour le patient un minimum d'élaboration. Plus la motivation d'abstinence est forte, plus l'indication d'un sevrage s'impose et meilleur est le pronostic. Tout projet thérapeutique doit tenir compte avant tout de l'implication du patient ».

Il y a des situations où l'arrêt de l'alcool est imposé à l'alcoololo-dépendant. L'on distingue ainsi les sevrages « contraints » et les sevrages « dans l'urgence, non programmés » :

Les sevrages contraints résultent d'une obligation de soins décidée par un juge suite à une infraction à la loi liée à la consommation d'alcool (32). Dans le cas où la personne est incarcérée, le sevrage est réalisé à l'entrée en milieu pénitentiaire. Parfois, le patient consulte de son plein gré, mais sa demande est motivée par une pression de l'entourage proche, de la famille, voire de l'employeur.

Les sevrages non programmés, « dans l'urgence » ou « accidentels », sont des sevrages de survenue brutale, souvent en milieu hospitalier, lors d'événements médicaux ou chirurgicaux urgents intercurrents. Les complications et accidents de sevrage sont plus fréquents dans cette dernière catégorie car le sevrage est sous-diagnostiqué (33).

3.4.1 Sevrage sous contrainte ou suscité par un tiers

La notion de soins sous contrainte pour les patients alcoolo-dépendants est assez peu documentée dans la littérature.

L'expérience a montré que le patient envoyé en sevrage contre sa volonté ou en l'absence d'un processus de maturation personnel, rechutera le plus souvent à la fin du sevrage (34).

C'est ce que Dossa a cherché à démontrer dans une étude prospective de 2009, intitulée « Réalcoolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage », qui comparait deux groupes de patients alcoolo-dépendants hospitalisés en unité spécialisée d'alcoologie pour un sevrage éthylique. Le premier groupe était composé de 29 patients qui s'étaient réalcoolisés durant l'hospitalisation et le deuxième groupe de 28 patients qui ne s'étaient pas réalcoolisés ; cette étude porte donc sur des effectifs assez limités.

Parmi plusieurs facteurs de risque de réalcoolisation précoce retrouvés, apparaissait l'absence de facteur motivationnel, c'est-à-dire que la demande d'hospitalisation avait été suscitée par un tiers ou par une hospitalisation sous contrainte. En effet, 38,9% des patients qui avaient pris eux-mêmes l'initiative de leur hospitalisation se sont réalcoolisés contre 56,4% de ceux dont l'hospitalisation a été suscitée par une tierce personne. 82% des patients hospitalisés sous contrainte judiciaire se sont réalcoolisés, contre 43% en hospitalisation libre. Enfin, parmi les patients ayant exprimé une forte motivation pour l'abstinence à l'entrée, 33% se sont réalcoolisés, contre 70,3% de ceux ayant exprimé une faible motivation ou une absence de motivation (35).

Roubini a, lui, évalué en 2003 l'intérêt de l'hospitalisation sous contrainte dans une population de patients alcooliques. 130 cas de patients admis en HDT ou HO (devenus respectivement Soins à la demande d'un Tiers (SDT) et Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) en juillet 2011) au centre hospitalier spécialisé de Rennes au cours de l'année 2000 ont été étudiés rétrospectivement. Les résultats ont montré que 18% de ces patients étaient abstinents à 18 mois et 49% ont été ré-hospitalisés dans les 3 premiers mois pour réalcoolisation (36).

En fait, tout l'enjeu de la prise en charge contrainte serait de faire émerger la motivation et de rendre le patient « acteur » des soins.

Le sevrage sous contrainte peut être, pour le patient, le passage du déni à l'acceptation et à la reconnaissance de la dépendance et de ses conséquences (34).

3.4.2 Sevrage en milieu carcéral : Une offre de soins insuffisante

La conférence de consensus de 1999 recommande la « recherche systématique d'une dépendance à l'alcool par interrogatoire dirigé et/ou utilisation du questionnaire DETA » (Annexe 6) chez tous les entrants en milieu carcéral (7).

Une note interministérielle du 9 Août 2001 prévoit entre autres, le repérage et la prise en charge de tous les détenus alcoolo-dépendants à leur arrivée (et plus largement la prise en charge de toutes les addictions) ainsi que l'assurance de soins adaptés (37).

Les chiffres de l'alcoolo-dépendance en milieu carcéral sont difficiles à estimer, les études de prévalence présentent des résultats assez disparates, en raison notamment d'importantes différences méthodologiques. Mais toutes s'accordent sur le fait que la proportion d'alcoolo-dépendants est nettement supérieure dans le milieu carcéral par rapport à la population générale, nécessitant ainsi une offre de soins en conséquence, comme en témoignent les études suivantes :

D'après une méta-analyse anglaise comportant 13 études, réalisée en 2006 par Fazel, le nombre de détenus présentant un abus ou une dépendance envers l'alcool varie entre 18 et 30% pour les hommes et entre 10 et 24% pour les femmes (38). Rappelons que dans la population française générale, 9% des français sont à risque chronique ou dépendants à l'alcool (3).

Les résultats des études françaises de prévalence se situent plutôt dans la fourchette haute, la plupart sont concordantes, avec une prévalence d'abus ou de dépendance en milieu pénitentiaire de l'ordre de 30%, comme le montrent les deux études épidémiologiques et multicentriques suivantes :

Une première réalisée en 2003 concerne la santé mentale des personnes détenues, interrogeant 23 établissements pénitentiaires français. Un abus ou une dépendance à l'alcool ont été diagnostiqués chez 30% des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois (39). Une seconde étude menée par la DREES en 2003, dans 134 maisons d'arrêt françaises, retrouvait une prévalence de 30,9% de consommateurs abusifs (40).

Enfin au niveau départemental, par exemple, la prison de Sequedin comptabilisait en 2008, 25% d'alcoolodépendants chez les hommes et 19% chez les femmes, à leur entrée en prison (41).

Face à ce constat, les deux études suivantes ont tenté d'évaluer l'offre de soin et la prise en charge des patients alcoolodépendants dans nos prisons françaises ; elles s'accordent à dire que malgré des progrès conséquents depuis plusieurs années, l'offre reste encore trop disparate, hétérogène et largement insuffisante :

En 2003, une enquête multicentrique interrogeait 157 établissements pénitentiaires français sur la base d'un questionnaire conçu par l'OFDT et concluait à une carence significative du dispositif de prise en charge ainsi qu'une disparité majeure de prise en charge selon les centres (42).

Une autre enquête également multicentrique intitulée « offre de soin en addictologie en milieu pénitentiaire », publiée en 2006 a examiné la prise en charge des patients alcoolo-dépendants dans 155 établissements français sur l'année 2004, puis en a comparé les résultats aux données d'une étude semblable réalisée en 1993. Les auteurs concluent à une profonde transformation de l'offre de soin entre 1993 et 2004, avec une hausse incontestable du nombre d'interventions, mais avec une offre de soin restant très inférieure aux besoins réels, avec seulement une chance sur quatre pour un détenu alcoolo-dépendant de rencontrer un addictologue (43).

Aucune étude prospective de suivi au long cours de patients sevrés en prison n'a été recensée dans la littérature.

3.4.3 Sevrages accidentels : plus de complications de sevrage ?

La prévalence de patients hospitalisés présentant un abus ou une dépendance à l'alcool est, comme dans le milieu carcéral, nettement supérieure à celle de la population générale. Une enquête transversale réalisée un jour donné de l'année 2000 dans un hôpital de l'AP-HP, retrouvait une consommation abusive d'alcool chez 24,7% des 90 patients hospitalisés ce jour-là, avec des disparités selon les différents services d'hospitalisation (diagnostic fait à l'aide du questionnaire DETA). Cette prévalence est comparable à celles retrouvées dans d'autres études, variant de 15 à 37%, selon la spécialité des services étudiés et les outils diagnostiques utilisés (44).

L'alcoolodépendance dans les services hospitaliers est sous diagnostiquée, entraînant des syndromes de sevrage et d'éventuelles complications de sevrage (crises convulsives généralisées, *delirium tremens*) (33).

Il n'existe pas d'étude récente de prévalence de sevrages compliqués ou de *delirium tremens*. Bien que les complications de sevrage se soient raréfiées dans les hôpitaux, elles sont toujours présentes, le taux de mortalité du DT est de l'ordre de 1% (45).

Si le devenir des patients après un sevrage accidentel dans l'urgence est peu documenté dans la littérature, plusieurs études rétrospectives, en revanche, semblent soulever l'hypothèse d'un lien entre sevrage non programmé et sevrage sévère ou complications de sevrage.

Citons deux études françaises. La première datant de 2008, avait pour objectif de déterminer des facteurs prédictifs de sevrage sévère ou compliqué chez des patients alcoolo-dépendants hospitalisés pour sevrage alcoolique, en se basant sur le score de Cushman selon les catégories suivantes : « sevrage sévère » pour les scores ≥ 8 points, « sevrage compliqué » pour les scores ≥ 12 points et *delirium tremens* pour les scores ≥ 15 points. 182 dossiers ont été étudiés, 118 patients avaient été admis via le centre ambulatoire de l'hôpital et 64 par le service des urgences du même hôpital. Parmi les patients issus des urgences, les scores de Cushman à l'admission et pendant les 3 premiers jours étaient significativement plus élevés, de même que le nombre de patients avec un score supérieur à 8 points ; soit un taux de sevrages sévères ou compliqués supérieur dans ce groupe. Les auteurs concluaient alors que l'entrée via un service d'urgence (donc concernant des sevrages non programmés ou accidentels) était un facteur prédictif de sevrage sévère ou compliqué (46).

Une seconde étude plus récente, de 2013, descriptive et rétrospective a analysé 39 dossiers de patients ayant présenté un *delirium tremens* au cours d'une hospitalisation. Les hospitalisations non programmées issues des urgences étaient très largement majoritaires (89,7%) et une partie des patients était probablement en sevrage d'alcool non médicalement assisté à leur admission, ce qui tend à conforter l'hypothèse que la préparation au sevrage protège des complications (47).

Les facteurs de risque de complications de sevrage ou de *delirium tremens* ont fait l'objet de nombreuses études. Mais ils ne sont pas clairement identifiés du fait d'un manque de reproductibilité des études et d'utilisation de méthodologies trop hétérogènes, conduisant à des conclusions divergentes. Thiercelin, en 2012 a

cherché à identifier, à partir d'une revue de la littérature, les facteurs de risque du *delirium tremens*. Vingt et un articles ont été sélectionnés, trois seulement étaient des études prospectives. Les facteurs de risque de *delirium tremens* les plus souvent identifiés étaient : les antécédents personnels de DT ou de crise comitiale généralisée, la présence d'une comorbidité aiguë somatique et en particulier infectieuse, la présence de symptômes de sevrage précoces et la prédisposition génétique.

D'autres facteurs sont, eux, discutés comme les caractéristiques sociodémographiques, l'effet « kindling » - hypothèse selon laquelle la répétition de sevrages augmenterait l'intensité des symptômes de sevrage et la fréquence des complications -, les modes de consommation, les modes d'hospitalisation et les dosages biologiques. Il manque à l'heure actuelle des études prospectives intégrant des échelles validées et des critères clinico-biologiques reproductibles pour être davantage significatives (45).

Ainsi dans cette méta-analyse, le sevrage en urgence ou non programmé apparaît comme un facteur de risque très probable de complication à type de DT, mais de façon insuffisamment significative et répétée pour pouvoir l'affirmer.

3.5 Sevrage et troubles psychiatriques

3.5.1 Définitions

Deux entités différentes sont à distinguer :

Les troubles psychiatriques induits par la prise de substance (troubles anxieux, dépressifs, suicides...): le trouble addictif était présent avant les troubles psychiatriques qui ont été induits par la prise de substance. Le DSM IV définit chaque trouble dans le chapitre qui lui correspond avec l'indication « introduit par une substance ». Ces troubles induits disparaissent généralement 4 à 6 semaines après l'arrêt de la substance.

Les comorbidités psychiatriques ou troubles co-occurrents (TCO) (troubles anxieux, thymiques, psychotiques, de la personnalité...) : ils correspondent à la coexistence de troubles psychiatriques et addictologiques, dont les diagnostics peuvent être portés indépendamment. La maladie psychiatrique était présente avant le trouble addictif et persiste quatre semaines après l'arrêt de la substance (48).

3.5.2 Prévalence

Les pathologies psychiatriques qu'elles soient induites ou co-occurentes, sont fortement représentées chez les alcoolo-dépendants.

Selon les différentes études de prévalence, de 41 à 65% des patients ayant un trouble lié à la consommation d'alcool présentent un jour un autre trouble psychiatrique. (Dépression, anxiété, troubles de la personnalité...)

De même, parmi les patients présentant un trouble psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité...), 50% présentent un jour des troubles liés à la consommation de substance psychoactive dont l'alcool (49).

Dans les services de psychiatrie, en Europe, 30 à 50% des patients admis présentent un trouble mental associé à un abus de substance (48).

Dans les services d'addictologie, la majorité des patients présentent des symptômes dépressifs à l'entrée dans le service. Ces états dépressifs sont majoritairement induits par l'alcoolo-dépendance et rapidement améliorés après le sevrage, comme le montre une étude portant sur 82 sujets alcoolo-dépendants : 67% d'entre eux présentaient des symptômes dépressifs à l'entrée dans le service, contre seulement 13% 7 à 10 jours après (50).

Malgré une forte prévalence, les TCO et les troubles induits ne sont pas suffisamment recherchés, en partie du fait d'un manque de formation à son évaluation. Ils sont de ce fait sous diagnostiqués.

Des échelles de dépistages addictologiques ont été validées également dans le trouble comorbide (ex : ASI, AUDIT). Il existe par ailleurs des auto-questionnaires de dépistage des mésusages conçus spécifiquement pour la population atteinte de troubles mentaux et donc plus adaptés (ex : DALI) (49).

3.5.3 Prise en charge

Concernant les troubles induits, ils régressent souvent dans les semaines suivant le sevrage, la prise en charge est donc principalement addictologique, ne nécessitant pas de traitement spécifique mais une surveillance accrue, y compris dans le long terme (48). Une prise en charge psychiatrique peut parfois être justifiée.

Concernant le TCO, plusieurs études ont démontré que ces patients présentaient des caractéristiques différentes. Ils sont plus fréquemment hospitalisés (particulièrement dans les services d'urgences), les rechutes sont plus fréquentes, le risque de chronicisation plus important, enfin la compliance est moindre. En fait l'association d'un trouble psychiatrique et d'une addiction entraîne une aggravation mutuelle des deux troubles (49).

Ces patients nécessitent des stratégies thérapeutiques spécifiques.

En raison d'un certain « clivage institutionnel » en France, les troubles psychiatriques et addictologiques sont majoritairement traités de façon indépendante, en fonction du type de service dans lequel le patient est pris en charge (Addictologie ou Psychiatrie). La prise en charge devrait être globale avec une collaboration étroite entre les deux équipes. Un système de prise en charge

« intégré » par une même équipe réunissant compétences addictologiques et psychiatriques semble plus adapté, car il permet de traiter les deux troubles en même temps, dans un même établissement avec une stratégie thérapeutique globale (49).

Il n'existe pas de consensus actuellement, manquent des études solides sur la prise en charge de ces patients particuliers.

3.6 Objectif : abstinence ou consommation contrôlée

Les deux conférences de consensus nationales de 1999 et 2001, se fondent sur un projet thérapeutique visant l'abstinence totale et définitive.

Cet objectif évolue ; en effet, il semblerait qu'une partie (même minime) des sujets alcoolo-dépendants serait en mesure de maintenir une consommation d'alcool, sans pour autant ne remplir aucun des critères de dépendance.

La consommation contrôlée est une demande courante de la part des patients, ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence. Heather, dans une étude de 2010 menée dans un centre ambulatoire en Angleterre a interrogé 742 patients, 45,7% d'entre eux souhaitent poursuivre une consommation contrôlée (51).

Du point de vue médical, cette pratique est également envisagée par les thérapeutes, comme le montre une étude de 2011, réalisée par Luquiens qui a interrogé 263 spécialistes en alcoologie français, membres de la SFA, à l'aide d'un questionnaire concernant la consommation contrôlée en alcool. Près de la moitié d'entre eux (48,6%) pense « acceptable » l'objectif de consommation contrôlée chez un patient alcoolo-dépendant et 61,9% d'entre eux affirment la pratiquer (52).

Depuis une dizaine d'années, plusieurs travaux scientifiques proposent des résultats qui semblent devoir faire reconsidérer l'objectif unique et systématique de l'abstinence pour tous (53).

Comme une vaste étude de cohorte américaine, intitulée NESARC débutée en 2001-2002, incluant 43 093 sujets majeurs, alcoolo-dépendants selon les critères du DSM-IV, répartis dans les 50 états américains, avec un suivi à 3 ans.

Deux études spécifiques ont été publiées par Dawson en s'intéressant à des sous-groupes de cette étude.

La première, publiée en 2005, transversale et rétrospective, a concerné 4 422 sujets parmi les 43 093 sujets inclus dans l'étude NESARC, dont le diagnostic d'alcoolo-dépendance datait d'au moins un an avant la réalisation du questionnaire d'inclusion. Parmi ces 4 422 inclus, près de la moitié, soit 2 109 individus (47,7%) n'avaient plus aucun critère diagnostique de dépendance à un an, alors que seuls 38,4% d'entre eux étaient abstinents (soit 18,2% du total), 36,8% étaient des consommateurs à faible risque (soit 17,7% du total) et 24,8% des consommateurs à risque (soit 11,8% du total). 27,3% du total étaient considérés en rémission partielle et 25% étaient toujours alcoolo-dépendants. Ainsi, cette étude montre que certains patients peuvent être en rémission, sans aucun critère de dépendance, tout en concevant une consommation contrôlée, du moins sur la période de l'étude qui était d'une année (54).

La seconde étude, publiée en 2007, s'est justement intéressée aux 2 109 sujets qui ne présentaient plus de critères d'alcoolo-dépendance en 2001-2002, à savoir les 3 groupes suivants : abstinents, consommateurs à faible risque et consommateurs à risque. Ils ont été à nouveau questionnés trois ans après afin d'apprécier à plus long terme leur évolution selon leur groupe. Des critères de dépendance sont réapparus chez 51% des consommateurs à risque, 27,2% des consommateurs à faible risque et

7,3% des abstinents (25,9% pour les 3 groupes confondus). Ainsi, les sujets abstinents sont de façon significative les plus stables et les moins sujets aux rechutes. Cependant, une partie non négligeable des consommateurs à risque (la moitié) et des consommateurs à faible risque (deux tiers) n'ont pas rechuté. Il paraît donc possible pour certains patients ayant une consommation contrôlée, de rester stables dans le temps, sans présenter une alcoolo-dépendance (55).

Des travaux sont en cours pour identifier quel profil de patient est le plus susceptible de réussir à contrôler sa consommation afin de proposer à chaque patient un objectif raisonnable et personnalisé.

4. Intérêt du travail de recherche

Dans ce contexte de recherche de validation scientifique des différentes approches thérapeutiques du sevrage alcoolique nous avons entrepris d'en évaluer trois. Ce travail a consisté en une étude prospective portant sur 242 patients alcoolo-dépendants ayant bénéficié soit d'un sevrage institutionnel, soit d'un sevrage institutionnel suivi d'une prise en charge en hôpital de jour, soit d'un sevrage ambulatoire.

Le critère de jugement principal est le taux de rechute à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin d'un sevrage.

Seules les prises en charge institutionnelles simples ou suivies d'un hôpital de jour seront comparées, le sevrage ambulatoire sera lui observé à part car, nous l'avons déjà évoqué, il ne s'agit pas du même type de patients et les comparer constituerait un biais méthodologique.

Les objectifs secondaires seront, à partir du questionnaire d'inclusion, de rechercher d'éventuels facteurs favorisant l'abstinence ou au contraire des facteurs de vulnérabilité de rechute.

Après avoir décrit en détail la méthodologie, nous développerons la partie « inclusion » de cette étude, dont les investigations sont toujours en cours. Les résultats définitifs feront l'objet d'un travail de thèse ultérieur.

II. MATERIELS ET METHODES

La méthodologie de cette étude a déjà été présentée lors d'un travail de thèse préliminaire (56) dont nous reprendrons ici les grandes lignes. Au cours de l'enquête, quelques modifications ont été nécessaires, nous les évoquerons également dans ce chapitre.

1. Type d'étude

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

2. Lieu de l'étude

Initialement, les inclusions devaient intéresser trois centres hospitaliers de la région Nord-Pas-de-Calais, à savoir ceux de Roubaix, Lille et Lens, chacun d'entre eux offrant un service hospitalier d'Addictologie, une unité de sevrage ambulatoire et une unité d'hospitalisation de jour.

Devant des effectifs d'inclusion trop faibles concernant le CH de Lens, nous avons été contraints de l'écartier de l'étude pour des raisons méthodologiques, afin de garder une certaine proportion entre les différents centres. Les inclusions se sont finalement déroulées dans les CH de Lille et Roubaix et donc uniquement dans le département du Nord.

3. Population étudiée

Notre étude s'intéresse à des patients alcoolo-dépendants résidant dans le département du Nord, pris en charge pour un sevrage éthylique.

Tous étaient volontaires, ils ont reçu une note d'information et signé un consentement éclairé. (Annexe 7)

Les critères d'inclusion des patients étaient :

- Age : 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,
- Consentement éclairé écrit.

Les critères d'exclusion des patients étaient :

- Critères psychiatriques : affection délirante
- 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)

4. Support de l'étude: le questionnaire

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

Nature des données recueillies dans le questionnaire :

Variables recueillies à l'inclusion	Variables recueillies lors du suivi (M1, M3, M6, M12)
<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Age, - Genre, - Statut matrimonial, - Catégorie socioprofessionnelle. <p><u>Données concernant les antécédents addictologiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommation quotidienne déclarée, - Age de la première consommation d'alcool, - Age de la première ivresse, - Age du début des consommations à problème, - Notion d'actes de violence liés à la consommation d'alcool et à quel âge, - Existence de complications liées à la consommation d'alcool, - Nombre de sevrages antérieurs, - Intoxication tabagique et quantité. <p><u>Données concernant le sevrage en cours :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Structure de prise en charge, - Type de sevrage, - Date de début de sevrage, - Initiative du sevrage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction générale de la préparation au sevrage, - Satisfaction générale du sevrage, - Consommation déclarée d'alcool, - Complications liées au sevrage - Suivi après le sevrage, - Participation mouvements d'anciens buveurs - Besoin par rapport à l'alcool

5. Etapes méthodologiques

Les questionnaires ont été envoyés aux services d'addictologie des deux Centres Hospitaliers concernés, un référent était défini dans chaque centre : Monsieur le Pr Olivier Cottencin pour Lille et Monsieur le Dr Urso Baiardo pour Roubaix.

Le questionnaire d'inclusion était rempli par un soignant du service ou par l'un des enquêteurs, avec le patient, dans les jours suivant le sevrage éthylique, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Chaque patient avait reçu préalablement une note d'information concernant l'étude et avait signé un consentement éclairé, recueilli par un médecin.

Les questionnaires d'inclusion étaient remplis en format papier puis soit envoyés à l'attention du Dr Urso Baiardo, Enquête Addictologie, Centre Hospitalier de Roubaix, 20 avenue Julien Lagache, 59100 Roubaix, soit récupérés directement dans les services concernés par les enquêteurs.

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

Seuls les quatre enquêteurs possédaient la correspondance entre l'identité de la personne et ce numéro d'ordre, afin de permettre l'anonymat.

Les questionnaires étaient recueillis au fur et à mesure par les enquêteurs et tous les patients étaient, par la suite, contactés par téléphone 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la prise en charge, afin de recueillir leur consommation quotidienne déclarée en verres standards d'alcool.

6. Objectifs et Critère de jugement principal :

L'objectif principal de cette étude est d'étudier 3 types de prises en charge du patient alcoolo-dépendant, à savoir l'hospitalisation conventionnelle, l'HC suivie d'une prise en charge en hôpital de jour et le sevrage ambulatoire, à travers l'analyse des consommations éthyliques quotidiennes (en unités standards) après leur sevrage, et ce pendant 1 an. Le critère principal de jugement est le taux de rechute à 12 mois.

Seuls les taux de rechute des prises en charge conventionnelles et en hôpital de jour seront comparés, le sevrage ambulatoire sera étudié indépendamment.

Les objectifs secondaires sont, à partir du questionnaire d'inclusion, de rechercher des facteurs prédictifs d'abstinence ou au contraire de vulnérabilité, pour les 3 groupes.

7. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance

Les différentes études concernant le sevrage institutionnel retrouvent des taux de rechute d'environ 65%, (entre 60% et 70%), notre hypothèse de départ est que le taux de rechute après une prise en charge en hôpital de jour est de 40%.

En se fixant un risque de 1^{ère} espèce à 5%, une puissance de 80%, il fallait recruter 60 patients dans les deux bras que nous allons comparer à savoir l'hospitalisation conventionnelle et l'hôpital de jour.

En considérant un taux de « perdus de vue » de 20%, il fallait recruter 75 patients par bras.

Ces estimations ont été réalisées avec l'aide de l'équipe de biostatisticiens de Lille.

Concernant le groupe ambulatoire, étudié indépendamment, tous les patients correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion pris en charge pendant la période d'inclusion ont été inclus.

8. Analyse statistique des données

Les variables continues ont été décrites soit en termes de moyenne et de déviation standard soit en termes de médiane et d'inter-quartiles range en fonction de la normalité de la distribution appréciée par le test du Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages.

Une analyse de variance a été utilisée pour comparer les variables continues entre les trois types de sevrage ; en cas d'écart à la normalité, le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé.

Le test du Chi-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives entre les trois types de sevrage ; lorsque les conditions du test du Chi-deux n'étaient pas vérifiées, le test exact de Fisher a été utilisé.

Des comparaisons post-hoc deux à deux (avec une correction de Bonferroni) ont été réalisées en cas de différence significative entre les trois types de sevrage ; le test de Student (ou sa version non-paramétrique, le test U de Mann-Whitney) a été utilisé pour comparer les variables continues, et le test du Chi-deux (ou exact de Fisher) a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Le test de Student (ou U de Mann-Whitney), et le test du Chi-deux (ou exact de Fisher) ont été également utilisés pour comparer des caractéristiques des sujets entre les deux centres (Lille et Roubaix) et entre les hommes et les femmes.

Toutes les statistiques ont été réalisées avec l'aide de l'équipe de biostatisticiens du CHRU de Lille.

L'analyse des résultats portera sur la consommation quotidienne déclarée d'alcool en verres standards à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après le sevrage.

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 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.

9. Accords

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)
- Du Comité de protection des personnes le 02 novembre 2010 (CPP). (Annexe 10)
- De la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 20 août 2012. (Annexe 11)

III. RESULTATS

1. Descriptif des patients inclus

Les inclusions se sont déroulées entre janvier 2013 et avril 2014. Nous avons inclus 242 patients au total, 100 ayant été pris en charge à Lille et 142 à Roubaix. Ils étaient répartis dans les trois groupes de la façon suivante : 102 dans le groupe HC, 77 dans le groupe HDJ et 63 dans le groupe ambulatoire.

1.1 Données sociodémographiques

Les principales données sociodémographiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Principales caractéristiques sociodémographiques des patients inclus

		TOTAL	HC	HDJ	AMBU	p
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63	
Centre d'inclusion n	Roubaix	142	57	39	46	
	Lille	100	45	38	17	
Genre %(n)	Homme	76,9(186)	86,3(88)	71,4(55) ^a	68,3(43) ^b	p=0,01
	Femme	23,1(56)	13,7(14)	28,6(22)	31,7(20)	
Moyenne d'âge	années ±DevStd	46,3 ±9,3	46,6 ±9,1	46,1 ±9,1	46 ±9,9	p=0,89
Statut Matrimonial %(n)	Célibataire / Divorcé(e)/Veuf(ve)	65,3(158)	72,5(74)	70,1(54)	47,6(30) ^{b c}	p =0,003
	Marié(e)/Pacsé(e)/Union libre	34,7(84)	27,5(28)	29,9(23)	52,4(33)	
Activité Revenus %(n)	Ouvrier/Employé	35,1(85)	34,3(35)	36,4(28)	34,9(22)	
	Cadre/Cadre Sup Libéral/Commerçant	10,7(26)	7,8(8)	10,4(8)	15,9(10)	
	Chômage/RSA	39,7(96)	38,2(39)	44,1(34)	36,5(23)	
	Retraite	8,7(21)	9,8(10)	5,2(4)	11,1(7)	
	Autres : Invalidité/AAH/Femme au foyer/Sans droits	5,8(14)	9,8(10)	3,9(3)	1,6(1)	p = 0,27

^a p < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HC et HDJ

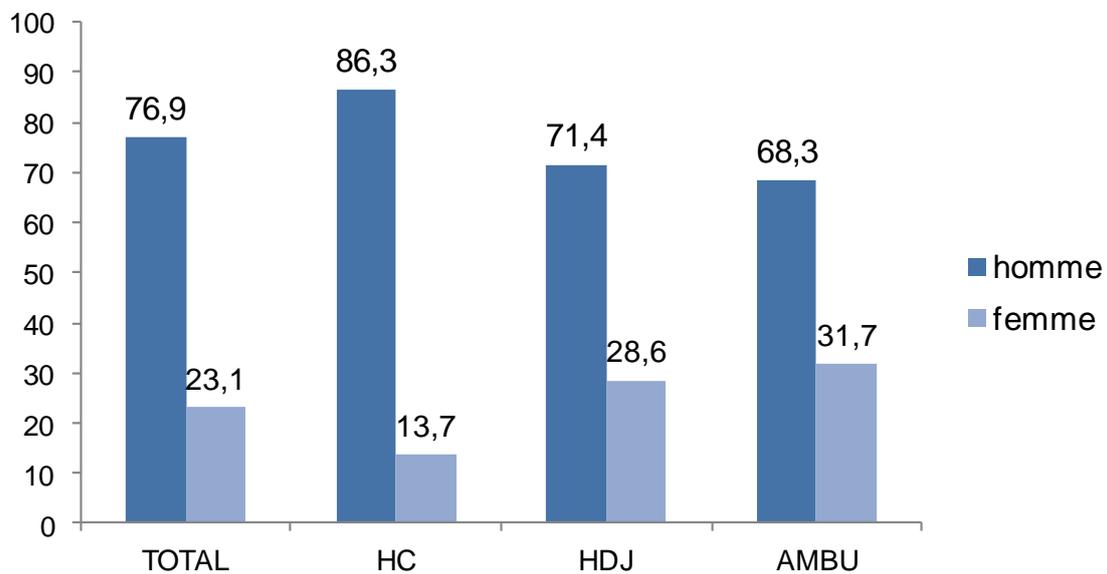
^b p < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HC et Ambulatoire

^c p < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HDJ et Ambulatoire

1.1.1 Genre

186 hommes et 56 femmes constituaient le groupe total, soit un sexe-ratio de 3,3 avec une différence significative ($p = 0,01$) selon les 3 groupes. Le groupe HC comportait une population masculine significativement plus importante que les 2 autres groupes avec un sexe-ratio de 6,2 alors que les ratios des groupes HDJ et Ambulatoire étaient proches (respectivement 2,4 et 2,1).

Figure 3 - Répartition des 3 groupes selon le genre (%)



1.1.2 Age

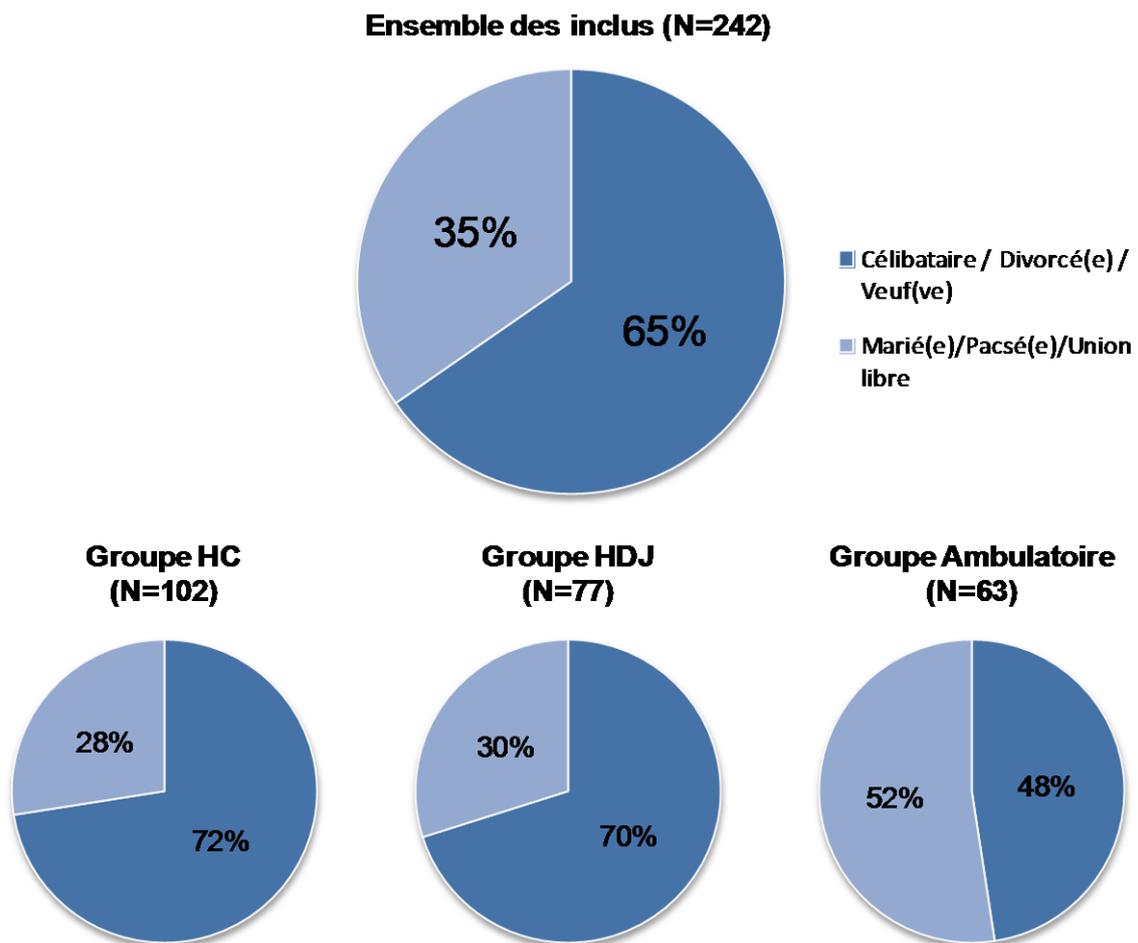
La moyenne d'âge était de 46,3 ans \pm 9,3, avec une médiane égale à 47, le minimum était de 25 ans et le maximum de 67 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

1.1.3 Statut matrimonial

La majorité des patients, soit 65%, vivaient seuls (célibataires, divorcés ou veufs) et 35% étaient en couple (Mariés, PACSES ou union libre), avec une différence significative entre les trois groupes ($p = 0,003$) : le groupe ambulatoire comportait de façon significative plus de patients en couple que les deux autres groupes (52% contre 28% pour l'HC et 30% pour l'HDJ).

Figure 4 - Répartition des 3 groupes selon le statut matrimonial



1.1.4 Catégorie socioprofessionnelle

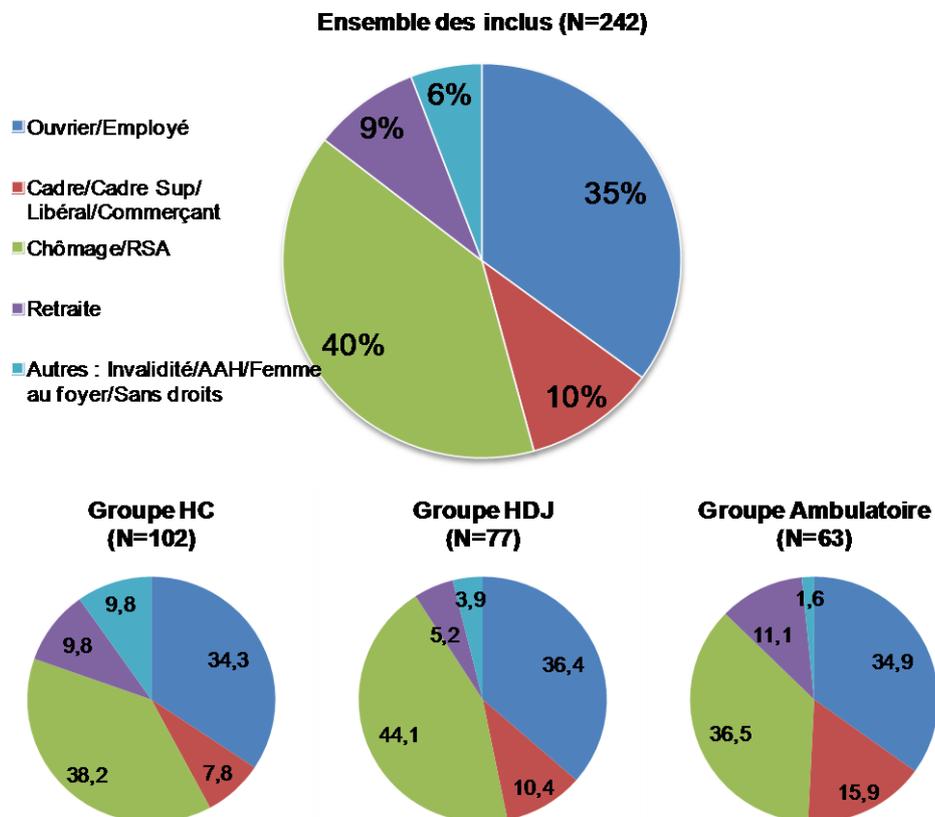
Les deux catégories les plus représentées étaient celle des patients au chômage ou percevant le RSA (40%) et celle des ouvriers ou employés (35%) ; elles constituaient 75% de notre population totale.

Pour les 25% restant, 11% étaient cadres, cadres supérieurs, commerçants ou exerçant une profession libérale, 9% étaient à la retraite et 5% constituaient d'autres catégories (invalidité, AAH, femme au foyer, sans droits).

Au total 46% des patients avaient une activité rémunérée au moment de l'inclusion.

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes concernant l'activité et les revenus.

Figure 5 - Statut socioprofessionnel en fonction des groupes



1.2 Données concernant les antécédents addictologiques

Les principales données addictologiques sont résumées dans le tableau 2.

L'âge moyen de la première consommation d'alcool était de 15,8 ans \pm 4,9, avec une médiane égale à 16 (valeurs extrêmes 2 - 38), il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

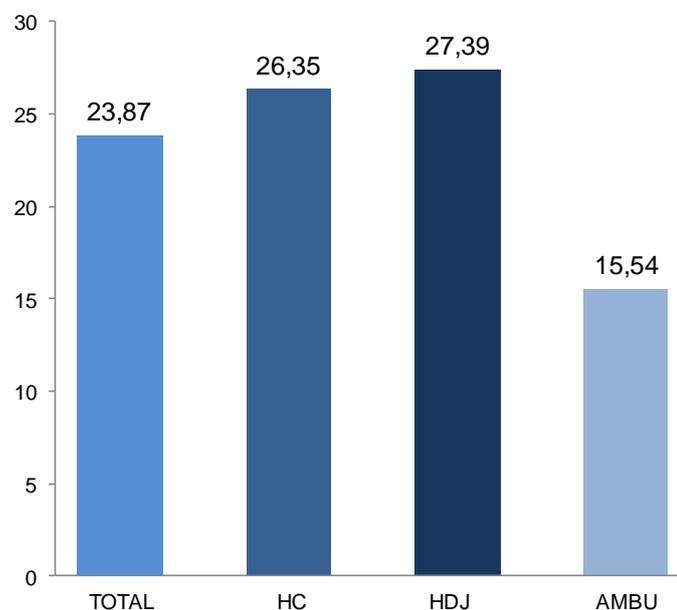
L'âge moyen de la première ivresse était de 19,3 ans \pm 7,3, avec une médiane égale à 18 (valeurs extrêmes 4 – 63), sans différence significative entre les 3 groupes.

Le début des consommations à problème se situe avant l'âge de 25 ans pour 36,4% d'entre eux, entre 26 et 35 ans pour 31%, entre 36 et 45 ans pour 19% et après 46 ans pour 13,6% d'entre eux. Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

La consommation quotidienne totale d'alcool avant le sevrage était en moyenne de 23,87 US avec une médiane égale à 20, le minimum était de 4 US/j et le maximum de 120 US/j.

Il existait une différence significative ($p = 0,00001$) entre les 3 groupes : les consommations quotidiennes étant significativement moindres dans le groupe ambulatoire (15,5 US/j) par rapport aux groupes HC (26,4 US/j) et HDJ (27,4 US/j).

Figure 6 - Consommation quotidienne d'alcool en fonction des groupes (en US)



Des actes de violence commis contre autrui ou contre eux-mêmes, lors d'une alcoolisation, ont été recensés chez un peu plus de la moitié des patients (51,5%), le taux était significativement plus important dans le groupe HC par rapport au groupe ambulatoire ; il n'y avait pas de différence significative en comparant les autres groupes entre eux. Concernant la moyenne d'âge de début des actes de violence qui était de 31 ans, il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes.

La grande majorité (83,5%) des patients étaient fumeurs, avec une différence significative ($p = 0,02$) entre les groupes. Il y avait moins de fumeurs dans le groupe ambulatoire par rapport au groupe HC mais pas par rapport au groupe HDJ. En revanche il n'y avait pas de différence concernant la consommation quotidienne de cigarettes entre les fumeurs des trois groupes.

Il s'agissait du premier sevrage pour près d'un tiers des patients, les deux tiers restants avaient donc déjà bénéficié d'au moins un sevrage auparavant. La moyenne était de 2,5 sevrages \pm 3,4 par patient, avec une médiane égale à 2 (valeurs extrêmes : 0 - 30). On retrouvait une différence significative entre les 3 groupes ($p = 0,0007$), la part de patients n'ayant jamais réalisé de sevrage antérieur était plus importante dans le groupe ambulatoire par rapport aux deux autres (44% contre 25% dans le groupe HDJ et 18% dans le groupe HC).

Conformément aux critères d'inclusion, la demande de sevrage émanait toujours du patient ; celui-ci pouvait également avoir été encouragé par d'autres intervenants, notamment la famille dans 15,3% des cas. Les autres intervenants comme le médecin traitant (6,2%), la justice (2,9%) ou la médecine du travail (1,7%) étaient largement minoritaires. Seule la famille a fait l'objet d'une analyse statistique, il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

Tableau 2 - Données concernant les antécédents addictologiques des inclus

		TOTAL	HC	HDJ	Ambulatoire	p
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63	
Age moyen de la 1ère consommation d'alcool <i>années ±DevStd</i>		15,8 ±4,9	16,6 ±5,6	15,4 ±4,3	15 ±4	<i>p=0,06</i>
Age moyen de la 1ère ivresse <i>années ±DevStd</i>		19,3 ±7,3	19,6 ±6,8	19,9 ±9,3	18 ±5	<i>p=0,29</i>
Consommation moyenne d'alcool avant sevrage <i>US/j</i>		23,9	26,4	27,4	15,5 ^{b c}	<i>p=0,00001</i>
Actes de violence liés à la consommation <i>%(n)</i>		51,5(122)	44(44)	49,3(37)	66,1(41) ^b	<i>p=0,02</i>
Age début des consommations à problème <i>%(n)</i>	> 25 ans	36,4(88)	37,3(38)	42,87(33)	27(17)	
	26-35 ans	31,0(75)	35,3(36)	23,4(18)	33,3(21)	
	36-45 ans	19,0(46)	15,7(16)	20,8(16)	22,2(14)	
	> 46 ans	13,6(33)	11,8(12)	13(10)	17,5(11)	<i>p=0,36</i>
Nombre moyen de sevrages antérieurs <i>%(n)</i>	0	26,9(65)	17,6(18)	24,7(19)	44,4(28) ^{b c}	
	≥1	73,1(177)	82,4(84)	75,3(58)	55,6(35)	<i>p=0,0007</i>
Tabagisme actif <i>%(n)</i>		83,5(202)	89,2(91)	84,4(65)	73,0(46) ^b	<i>p=0,02</i>

		TOTAL	HC	HDJ	Ambulatoire	<i>p=0,02</i>
Effectifs		N=202	N=91	N=65	N=46	
Quantité cigarettes/j - <i>%(n)</i>	1 à 10	41,1(83)	35,2(32)	43,1(28)	50(23)	
	10 à 20	11,4(23)	15,4(14)	9,2(6)	6,5(3)	
	>20	47,5(96)	49,4(45)	47,7(31)	43,5(20)	<i>p=0,35</i>

^a *p* < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HC et HDJ

^b *p* < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HC et Ambulatoire

^c *p* < 0.0168 pour la comparaison entre les groupes HDJ et Ambulatoire

Un peu plus de la moitié des patients (55%) avaient déjà présenté (ou présentaient au moment de l'inclusion) au moins une complication liée à l'alcool, avec une différence significative ($p = 0,0028$) entre les groupes. Les patients du groupe ambulatoire avaient moins de complications par rapport aux deux autres.

Tableau 3 - Antécédents de complications liées à l'alcool

		TOTAL	HC	HDJ	Ambu	p
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63	
Complications liées à l'alcool %(n)	Aucune	45,00(109)	38,2(39)	39,0(30)	63,5(40)	$p=0,0028$
	Une ou plus	55,0(133)	61,8(63)	61,0(47)	36,5(23) ^{b c}	

^a $p < 0.0168$ pour la comparaison entre les groupes HC et HDJ

^b $p < 0.0168$ pour la comparaison entre les groupes HC et Ambulatoire

^c $p < 0.0168$ pour la comparaison entre les groupes HDJ et Ambulatoire

Le tableau 4 illustre la répartition des complications. La complication la plus fréquente était de loin la dépression avec 62% des 133 patients qui présentaient une ou plusieurs complications (soit 34% de la totalité des inclus), avec une différence significative entre les trois groupes ($p = 0,03$) : le groupe ambulatoire comportait moins de patients avec des signes de dépression, à l'entrée dans le service, que les deux autres.

Tableau 4 - Répartition des différentes complications - en %(N)

	Sur la totalité des inclus	Sur les patients présentant une ou plusieurs complications
Effectifs	N=242	N=133
Ulcère gastrique %(n)	6,61(16)	12,3(16)
Hépatite alcoolique %(n)	5,8(14)	10,5(14)
Pancréatite %(n)	4,6(11)	8,3(11)
Cirrhose %(n)	6,6(16)	12,3(16)
Stéatose %(n)	4,6(11)	8,3(11)
Polynévrite des Mb inférieurs %(n)	11,2(27)	20,3(27)
Polynévrite des Mb supérieurs %(n)	1,7(4)	3,0(4)
Neuropathie optique %(n)	1,7(4)	3,01(4)
Cancers ORL %(n)	1,7(4)	3,01(4)
Dépression %(n)	33,9(82)	61,7(82)
Attaque de panique %(n)	6,2(15)	11,3(15)
Décompensation psychiatrique %(n)	2,9(7)	5,3(7)

2. Comparaison des deux centres d'inclusion

Après analyse, le profil des patients des deux centres d'inclusion de Lille et Roubaix était sensiblement le même à l'exception d'une unique différence significative concernant la catégorie socioprofessionnelle ($p = 0,0001$).

On retrouvait dans le centre de Lille une proportion plus importante d'ouvriers/employés, de cadres et de chômeurs et dans le centre Roubaix une proportion plus importante de retraités et de personnes percevant une pension d'invalidité, l'AAH ou le RSA.

Ce ne sont que des tendances, les effectifs des différentes catégories étant trop disparates, les analyses statistiques n'ont pu être plus précises, nous ne pouvons pas affirmer de façon significative sur quelles catégories portent la ou les différences.

3. Comparaison en fonction du genre

Le profil des femmes se distinguait, de façon significative, de celui des hommes sur la grande majorité de leurs caractéristiques (résumées dans le tableau 5) :

- Elles étaient plus souvent en couple, soit 48% des femmes contre 31% des hommes ($p = 0,0155$).
- Les non-fumeuses étaient plus représentées, soit 32% contre 12% chez les hommes ($p = 0,0003$). En revanche il n'y avait pas de différence significative concernant la consommation quotidienne de cigarettes entre les fumeurs et les fumeuses.

- Plus d'actes de violences ont été rapportés chez les femmes, soit 64% contre 48% chez les hommes ($p = 0,082$).
- Presque la moitié des femmes (43%) n'avaient jamais réalisé de sevrage auparavant, contre moins d'un tiers (22%) chez les hommes ($p = 0,0021$).
- Elles présentaient moins de complications liées à l'alcool, soit 41% d'entre elles contre 59% des hommes ($p = 0,0172$).
- L'âge moyen de la première consommation était plus tardif chez les femmes (17 ans contre 15 ans pour les hommes, $p = 0,0208$), de même que l'âge moyen de la première ivresse (22 ans contre 18 ans pour les hommes $p = 0,0032$). L'âge moyen des premiers actes de violence était également plus tardif chez les femmes (34 ans contre 27 ans pour les hommes, $p = 0,0271$).
- Enfin leur consommation quotidienne d'alcool était inférieure, avec une moyenne de 16,2 US/j contre 26,2 US/j pour les hommes ($p = 0,00000$).
- Il n'y avait pas de différence significative entre les genres concernant les catégories socioprofessionnelles et l'âge de début des consommations à problème.

Figure 7 - Répartition de l'âge en fonction du genre

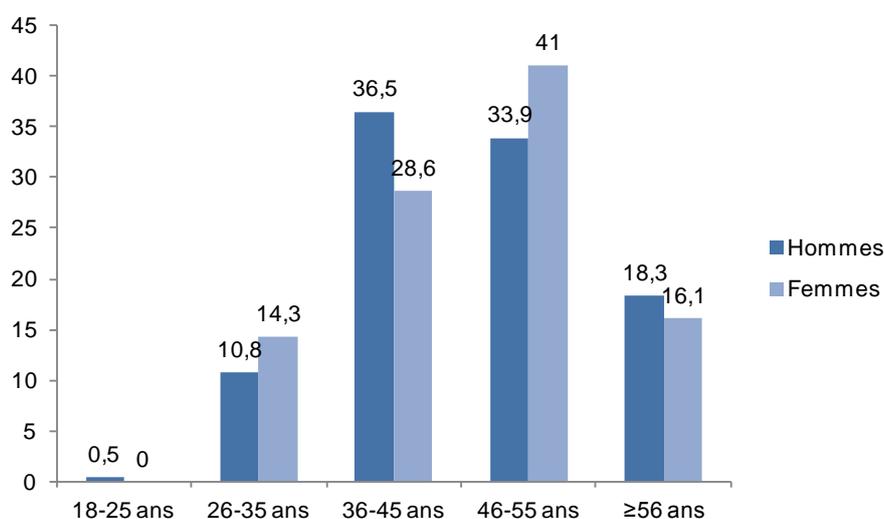


Tableau 5 - Principales données selon le genre

		Hommes	Femmes	p
Effectifs		N = 186	N = 56	
Centre d'inclusion <i>n</i>	Roubaix	105	81	
	Lille	37	19	
				<i>NS</i>
Moyenne d'âge <i>années ±DevStd</i>		46,4±9,4	46±9	<i>NS</i>
Statut Matrimonial <i>%(n)</i>	Célibataire / Divorcé(e)/Veuf(ve)	69,4(129)	51,8(29)	
	Marié(e)/Pacsé(e)/Union libre	60,7(57)	48,2(27)	
				<i>p=0,02</i>
Age moyen de la 1ère consommation d'alcool <i>années ±DevStd</i>		15,4±4,7	17,1±5,4	<i>p=0,02</i>
Age moyen de la 1ère ivresse <i>années ±DevStd</i>		18,3±6,2	22,5±9,6	<i>p=0,003</i>
Consommation moyenne d'alcool avant sevrage <i>US/j</i>		26,2	16,2	<i>p=0,000</i>
Actes de violence liés à la consommation <i>%(n)</i>		47,5(86)	64,3(36)	<i>p=0,03</i>
Nombre de sevrages antérieurs <i>%(n)</i>	0	22,0(41)	42,9(24)	
	≥1	78,0(145)	57,1(32)	
				<i>p=0,002</i>
Tabagisme actif <i>%(n)</i>		88,2(164)	67,8(38)	<i>p=0,0003</i>
Complications liées à l'alcool <i>%(n)</i>	Aucune	40,9(76)	59(33)	
	Une ou plus	59,1(110)	41,1(23)	
				<i>p=0,02</i>

IV. DISCUSSION

1. Limites de notre étude

Certains facteurs sont susceptibles d'influencer les résultats de notre étude.

1.1 Centre d'inclusion

Les 242 patients de cette étude ont uniquement été pris en charge dans des services spécialisés en Addictologie, de niveau II (CH de Roubaix) ou de niveau III (CHRU de Lille), ce qui peut avoir une influence sur l'efficacité.

Rappelons l'étude EVA de 1997 (14), qui retrouvait, parmi les facteurs prédictifs d'évolution favorable, l'hospitalisation dans un service addictologique.

1.2 Critères d'exclusion

Nous avons choisi, pour des raisons pratiques, d'exclure de notre étude les patients sans domicile fixe (difficultés pour procéder aux rappels téléphoniques) ainsi que les patients psychiatriques présentant une affection délirante (ne pouvant répondre au questionnaire d'inclusion).

Or, certaines études ont prouvé que ces deux critères pouvaient être des facteurs de risque de vulnérabilité. Rappelons l'étude de Gelsi (16) selon laquelle l'isolement social et l'absence de domicile fixe constitueraient un facteur de risque de rechute, ou les études de Soyka (21) et Bottlender (20) dans lesquelles les antécédents psychiatriques constitueraient également un facteur de vulnérabilité.

1.3 Rappels téléphoniques

Les rappels téléphoniques effectués à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an pourraient également influencer les résultats de cette étude dans la mesure où cette technique a montré une efficacité dans d'autres domaines, particulièrement dans le sevrage tabagique. Dans la dernière conférence de consensus de l'HAS datant d'octobre 2013 concernant le sevrage tabagique et l'aide au maintien de l'abstinence, l'accompagnement téléphonique fait partie des stratégies possibles et recommandées (57). Une ligne téléphonique a ainsi été développée conjointement par le ministère chargé de la santé et l'INPES (Tabac Info service).

Selon une vaste revue de la littérature récente (2013), les consultations téléphoniques ont une réelle efficacité dans le sevrage tabagique et dans le maintien de l'abstinence, avec une relation entre le nombre d'appels et la durée de l'abstinence. Cette méthode serait significativement efficace au-delà de 3 rappels (58).

Ainsi, les 4 rappels réalisés dans notre étude pourraient influencer à la hausse le taux d'abstinents retrouvé, même si l'efficacité des rappels téléphoniques en ce qui concerne le sevrage éthylique n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

2. Représentativité de notre cohorte

Notre étude se déroule dans deux centres d'inclusions du département du Nord, dont le profil sociodémographique n'est pas tout à fait représentatif des autres départements français.

En effet le Nord fait partie des départements les plus touchés par le chômage (12,9% en 2013 soit 3,1 points de plus que la moyenne nationale à 8,9%), par la précarité et par les politiques sociales (59).

En revanche, en ce qui concerne l'addictologie et, contrairement aux préjugés, le taux « d'usagers à risque chronique et dépendants » (population étudiée dans notre étude) n'est pas plus élevé dans cette région que pour le reste de la France. Selon le dernier baromètre de santé de l'INPES de 2010, sont concernés 9% des habitants du Nord-Pas-de-Calais pour une moyenne nationale à 8,9% (60).

Le Nord-Pas-de-Calais se distingue quand même des autres régions sur plusieurs points : (60)

Il fait partie des 4 régions françaises où la part « d'usagers quotidiens » (c'est-à-dire au moins une consommation par jour) est la plus importante : 13% contre 11% pour le reste de la France. Depuis 25 ans, on observe une diminution significative du nombre de consommateurs réguliers et quotidiens au niveau régional, plus marquée qu'au niveau national, cependant les chiffres restent supérieurs à la moyenne nationale.

Par ailleurs c'est une des régions où on trouve les taux les plus faibles « d'ivresses déclarées au cours de l'année » et les jeunes de la région paraissent moins consommateurs que ceux des autres régions (l'usage régulier à 17 ans - au moins 10 fois par mois - est de 8% dans le Nord-Pas-de-Calais, la moyenne nationale étant de 11%).

L'alcool le plus consommé est de loin la bière, avec des taux nettement supérieurs à la moyenne nationale.

3. Rappels des principaux résultats et discussion

3.1 Comparaison de nos trois cohortes

Après analyse de nos 3 groupes, le groupe ambulatoire semblait significativement se distinguer des deux autres :

Les patients du groupe ambulatoire étaient plus souvent en couple, leur consommation quotidienne totale d'alcool était inférieure, ils présentaient moins de complications liées à la consommation d'alcool et avaient réalisé moins de sevrages antérieurs.

Cette singularité du groupe ambulatoire semble cohérente avec les indications et les contre-indications du sevrage. En effet, nous l'avons déjà évoqué, le sevrage institutionnel est destiné aux patients les plus sévères (antécédents de sevrages sévères, isolement social, complications lourdes.....) alors que le sevrage ambulatoire permet à des patients ayant une bonne insertion sociale et professionnelle de la maintenir.

Nous aurions d'ailleurs pu nous attendre, pour les mêmes raisons, à une proportion de patients ayant une activité rémunérée plus importante dans le groupe ambulatoire par rapport aux deux autres, ce qui n'était pas le cas après analyse.

Les groupes HC et HDJ étaient, eux, similaires, ce qui semble également cohérent. En effet tous les patients du groupe HDJ de notre étude avaient réalisé leur sevrage en institution (ce qui n'est pas toujours le cas des hospitalisations de jour qui peuvent compléter et succéder à un sevrage ambulatoire), il semble donc logique qu'ils soient comparables.

La seule différence retrouvée entre ces deux groupes concernait le genre : le groupe HC comportait de façon significative une proportion masculine plus importante avec un sexe-ratio de 6,2 alors que celui de l'HDJ était de 2,4.

Cette différence sera à prendre en compte lors de l'analyse des résultats. Notre étude faisant apparaître une différence entre le profil des hommes et celui des femmes, ne pas tenir compte de cette différence entraînerait un biais statistique. D'autant plus que le genre féminin, selon plusieurs études (21) (61) (20), pourrait être un facteur favorable au maintien de l'abstinence.

Ainsi, l'analyse du profil des patients de nos trois cohortes confirme bien notre hypothèse de départ à savoir que le profil des patients du groupe ambulatoire se distinguerait des deux autres et que les groupes HC et HDJ seraient en grande partie similaires. Donc, comparer les trois groupes introduirait un biais méthodologique. Ceci nous conforte dans notre choix de départ qui était d'analyser le groupe ambulatoire seul et de ne comparer que les groupes HC et HDJ entre eux.

3.2 Un effet centre minime

Après analyse des profils des patients des 2 centres d'inclusion de Lille et Roubaix, les 2 groupes étaient comparables en tous points à l'exception de la catégorie socioprofessionnelle qui était significativement différente.

Il semblerait qu'à Lille il y avait une proportion plus importante de personnes ayant une activité rémunérée ou à la recherche d'un emploi (supériorité des ouvriers/employés, cadres, cadres supérieurs, libéraux, commerçants et chômeurs). Et à Roubaix on observait une proportion plus importante de personnes bénéficiant de prestations sociales (AAH, Invalidité, RSA) ainsi que davantage de retraités (sans impact sur la moyenne d'âge car elle est semblable dans les deux groupes : 46,5 ans à Roubaix et 46,1 à Lille).

Cependant ce ne sont que des tendances que nous ne pouvons confirmer de façon significative.

Il faudra prendre en compte ce léger effet centre lors de l'analyse des résultats.

Dans tous les cas, le taux de chômage que ce soit chez les patients inclus à Roubaix (18,3%) ou à Lille (28%) est nettement supérieur à la moyenne nationale de 8,9% ou même à celle du département de 12,9% (59).

4. Comparaison de nos données à la littérature

Le profil de nos cohortes a été comparé aux différentes études prospectives évoquées précédemment, ainsi qu'à l'enquête ESPERHA : enquête faite en 2010 sur 3000 patients hospitalisés un jour donné afin de décrire la situation médico-sociale des patients accueillis dans les structures addictologiques. 143 établissements français généraux et psychiatriques ayant déclaré une activité addictologique ont été tirés au sort et le profil de leurs patients a été analysé. La population étudiée dans cette enquête est proche de la nôtre, car elle réunit des patients pris en charge en hospitalisation et en ambulatoire (analysés ensemble et indépendamment, comme dans notre étude) (62). Les autres études sont souvent axées sur l'un ou l'autre de ces deux types de prise en charge. Les principales données sociodémographiques, addictologiques et méthodologiques des différentes études sont résumées dans le tableau 6.

4.1 Données sociodémographiques

Concernant la moyenne d'âge de notre étude, qui était de 46,3 ans, elle est en accord avec l'enquête Esperha (46,9 ans) (62) ainsi qu'avec les différentes études, qu'elles soient réalisées en milieu institutionnel (45,9 ans pour l'étude de Gelsi (16), 43,3 ans pour celle de Nalpas (15)), en ambulatoire (45 ans pour l'étude de Bottlender (20), 46 ans pour celle de Soyka (21)) ou en HDJ (47 ans pour l'étude de Pham (31)).

Le sexe-ratio de notre groupe total était de 3,3 ; ce ratio concordait avec ceux de l'enquête ESPEHRA : 2,8 (62), de l'étude EVA : 3,1 (14) ou encore de l'étude de Nalpas : 3,4 (15). Le sexe-ratio de notre cohorte HC qui lui est de 6,2 est donc nettement supérieur à ceux de ces trois études réalisées en institution. Dans l'enquête ESPEHRA (62), il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le genre.

Les études réalisées en ambulatoire (Soyka (21), Bottlender (20), Mangeot (28)) retrouvent de plus faibles ratios (respectivement 1,9 et 1,5 et 1,9), cette tendance se retrouve également dans notre étude car notre échantillon ambulatoire comporte un sexe-ratio de 2,1.

35% des patients de notre population totale vivaient en couple, résultat similaire à celui de l'enquête ESPEHRA qui en comptabilisait 36% (62).

Notre cohorte ambulatoire comportait une part de personnes en couple significativement plus importante (52%), ce qui est également le cas dans l'enquête ESPEHRA (43,3% des patients pris en charge en ambulatoire contre 32,5% pour le groupe des patients hospitalisés ($p = 0,04$)), et dans les études de Bottlender (20) et Mangeot (28) réalisées en ambulatoire (59% pour les deux).

Un peu moins de la moitié (46%) de nos patients avait une activité rémunérée au moment du sevrage, proportion retrouvée dans la littérature, avec 40% pour l'enquête ESPEHRA (62), 51,6% dans l'étude EVA (14) ou 57,3% dans l'étude de Nalpas (15). Dans l'étude de Bottlender (20) réalisée en ambulatoire, une part plus importante de patients avait un emploi, soit 74,5% ; cette supériorité n'a pas été retrouvée dans notre étude.

4.2 Données addictologiques

Comme pour les différentes études, la grande majorité (83%) de nos inclus étaient fumeurs, 79% dans l'enquête ESPERHA (62), 76,5% dans l'étude de Gelsi (16) ou 78% dans l'étude EVA (14).

73% de nos patients avaient déjà bénéficié d'au moins un sevrage dans le passé, avec une moyenne de 2,5 sevrages par patient. Dans l'enquête ESPERHA (62) 66% avaient déjà fait un sevrage auparavant avec une moyenne de 3,4 sevrages par patients. Comme dans notre étude il y avait une différence significative entre les deux groupes, les patients de leur groupe ambulatoire avaient moins d'antécédents de sevrages ($p < 0,0001$).

En ce qui concerne la consommation totale quotidienne d'alcool avant le sevrage, les moyennes des groupes HC et HDJ étaient respectivement de 26,4 et 27,4 US/j ce qui correspond aux moyennes des études réalisées en institution : 22,4 pour l'étude EVA (14) et 26 pour celle de Gelsi (16). Dans notre cohorte ambulatoire les chiffres étaient moindres avec une moyenne à 15,5 US/j, les études réalisées en ambulatoire retrouvent également des moyennes plus basses (19,3 US/j pour Bottlender (20), 17,7 US/j pour Soyka (21)).

L'âge moyen de la première consommation était rarement renseigné, dans l'étude de Soyka (21), elle était de 14,4 ans, ce qui correspond à notre moyenne de 15,8 ans. Même remarque pour l'âge moyen de la première ivresse, que l'on ne

retrouvait que dans une seule étude, l'étude EVA (14), dans laquelle il était de 21,3 ans, c'est-à-dire très proche de la moyenne de notre cohorte (19,3 ans).

34% des patients de notre étude avaient un antécédent de dépression ou présentaient un état dépressif à l'entrée dans le service. Ce chiffre est très variable selon les études, allant de 20 à 43% dans les études précédemment citées ; il est probablement sous-estimé en raison d'un manque d'évaluation à l'entrée des patients. En réalité, 80% des patients présenteraient des symptômes dépressifs à l'entrée et un tiers une dépression caractérisée (48).

Dans notre étude, les femmes apparaissaient comme plus violentes que les hommes en période d'alcoolisation (64% des femmes contre 48% des hommes). Ce chiffre surprenant nous incite à supposer que la question a peut-être été mal comprise par les patientes. Parlaient-elles de violences subies ? En effet selon une étude publiée en 2004 sur l'alcoolisation des femmes en France, les femmes présentant un mésusage d'alcool ont plus souvent été victimes d'actes de violence que les autres ; notre résultat pourrait s'expliquer par une mauvaise interprétation de la question par les patientes (63).

De façon générale la proportion de personnes ayant commis des actes de violence contre eux-mêmes ou contre autrui est importante dans notre étude, de l'ordre de la moitié ; cette notion ne figure pas dans les autres études. L'alcool est en effet la substance psychotrope considérée comme la plus fortement liée au comportement agressif, cependant la relation causale directe entre alcool et violence n'a pas été démontrée de façon significative (64).

Dans l'enquête VAMM menée sur 2 019 personnes recrutées dans la région parisienne et dans le Nord, 40% des sujets ayant participé à une bagarre avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient (64).

Pour 15,7% des patients de notre groupe total, la famille avait joué un certain rôle dans l'initiative du sevrage. Cette notion est rarement documentée dans les différentes études. L'enquête EVA (14) retrouve un taux du même ordre, de 22,9%. Dans cette même enquête, 42,8% des patients étaient adressés par leur médecin traitant, alors que l'on en retrouve que 5% dans notre étude.

4.3 Méthodologie

Le tableau 6 résume les grandes lignes de la méthodologie ainsi que quelques résultats des différentes études citées précédemment afin de préparer notre travail lors de l'analyse des résultats de notre étude. En effet ces études diffèrent par leurs méthodes et leurs analyses statistiques, ce qui influe sur les résultats finaux concernant les taux d'abstinence.

Voici quelques exemples pouvant influencer de façon significative sur les résultats :

L'étude EVA (14), contrairement à toutes les autres pour lesquelles le critère de jugement principal était l'abstinence avec une consommation d'alcool nulle, prenait en compte les patients abstinents et ceux ayant une consommation contrôlée.

Les analyses dans l'étude de Gelsi (16) ont, elles, été réalisées en « per protocole », (contrairement à toutes les autres qui sont en « intention de traiter ») c'est-à-dire que les perdus de vue n'ont pas été inclus dans les statistiques, ce qui peut influencer à la hausse les résultats (en supposant qu'il y a dans le groupe des perdus de vue une population plus importante de rechuteurs). Dans les études en « intention de traiter » tous les perdus de vue sont considérés comme ayant rechuté.

La durée de suivi (allant de 6 mois à 5 ans dans les études citées) a un impact certain sur les résultats.

Il faut également tenir compte du service d'inclusion, par exemple l'étude de Gelsi (16) se déroule uniquement dans un service d'hépatogastro-entérologie ce qui laisse présumer un taux plus important de patients avec une complication gastro-entérologique, possiblement grave et peut avoir une incidence sur le taux de décès par exemple (non renseigné dans cette étude).

Le taux de perdus de vue est très variable selon les études, de 12 à 47%. Dans notre étude, le taux fixé à 20% se situe dans la moyenne.

Le taux de décès, lui, varie de 1 à 8,5%. Il est difficile d'apprécier ce taux de façon précise, il est probablement sous-estimé en raison du grand nombre de perdus de vue.

Tableau 6 - Principales données selon la littérature

Favre, 1997	Nalpas, 2002	Gelsi, 2007	Bottlender, 2005	Soyka, 2009	Mangeot, 2011	Pham, 2013	Espehra, 2012	Notre étude
Nationalité								
France	France	France	Allemagne	Allemagne	France	France	France	France
Nombre d'inclus (N)								
1043	267	115	103	92	83	150	1881	242
Type d'étude (MonoC. = Monocentrique ; MultiC. = Multicentrique)								
Prospective	Prospective	Prospective	Prospective	Prospective	Rétrospective	Prospective	Descriptive 1 jour donné	Prospective
MultiC. (18 centres)	MultiC. (4 centres)	MonoC. Alpes- Maritimes	MonoC.	MonoC.	MonoC. Vienne	MonoC. Val de Marne	MultiC. (143 centres)	MultiC. (2 centres) Nord
Sevrage étudié								
HC	HC	HC	Ambulatoire	Ambulatoire	Ambulatoire	HDJ	HC/Ambul.	HC/HDJ/Ambul.
Type(s) de services concernés								
divers	Addictologique et psychiatrique	Hépto- Gastro- Entérologie	Ambulatoire addictologique	Ambulatoire addictologique	Cabinet Médecin Généraliste	service addictologique	toutes unités ayant une activité addictologique	services addictologiques
Statistiques (ITT = Intention de traiter ; PP = Per Protocole)								
ITT	ITT	PP	ITT	PP et ITT	NC	ITT	NC	ITT
Durée suivi								
5 ans	1 an	6 mois	3 ans	2 ans	1 an	3 ans	NC	1 an
Méthode de collecte des données du suivi								
Consultation	Consultation	Consultation ou Rappels téléphoniques	Consultation	Consultation	consultation	Consultation	NC	Rappels téléphoniques
Taux de perdus de vue (en %)								
46,8	25,8	36,5	12	27,2	46	NR	NC	En cours
Taux de Décès durant le suivi (en %)								
8,5	3	NR	3	0,97	NR	NR	NC	En cours
Taux d'abstinents à la fin du suivi (en %)								
28,5	28,5	54,8	43	58,2 en PP 43,8 en ITT	32	NR	NC	En cours
Critère de jugement principal retenu pour le calcul d'efficacité								
Abstinence ou consommation contrôlée occasionnelle	Abstinence	Abstinence	Abstinence	Abstinence	Abstinence	Amélioration	NC	Abstinence
Age moyen de la population incluse (en années)								
40,9	43,3	45,9	45	46	43	47	46,9	46,3
Sexe-ratio								
3,1	3,4	2,2	1,5	1,9	1,9	1,6	2,8	3,3
Consommation quotidienne d'alcool avant le sevrage (en US/j)								
22,4	26	81% > 10 UI/j	19,3	17,7(PP)	NR	NR	NR	23,87

NC : Non concerné

NR : Non renseigné

5. Résultats attendus

Conformément aux différents travaux déjà évoqués, le taux d'abstinents à 1 an, dans notre étude, devrait être de l'ordre du tiers. Nous espérons montrer grâce à cette étude qu'une prise en charge en hôpital de jour dans les suites du sevrage améliore le maintien de l'abstinence ; il s'agit de notre objectif principal.

L'objectif secondaire de cette étude est, à partir du questionnaire d'inclusion, de mettre en évidence des facteurs favorisant l'abstinence ou au contraire des facteurs de vulnérabilité de rechute. De nombreux travaux ont été réalisés à ce sujet, discordants pour la plupart, probablement en raison de différences méthodologiques. Il n'y a actuellement pas de consensus établi.

Les facteurs favorables au maintien de l'abstinence les plus souvent relatés dans la littérature sont les suivants :

- Sexe féminin (21) (61) (20)
- Age plus élevé (61) (14)
- Vie en couple, enfants, stabilité sociale (14) (61)
- Durée d'hospitalisation (14), centre de prise en charge (14) (15)

Les facteurs de vulnérabilité les plus souvent rencontrés sont les suivants :

- Antécédents psychiatriques (21) (20), de dépression (15)
- Isolement social, SDF (16)
- Polyconsommation, substitution (14) (16)
- Événements de vie négatifs précédant le sevrage (14) (20)
- Antécédents de sevrage : (14) (20) (21)

Le tableau 7 recense tous les paramètres analysés à l'inclusion et lors du suivi pour les mêmes études que précédemment.

Tableau 7 - Données recueillies dans les différentes études

		Favre	Nalpas	Gelsi	Bottlender	Soyka	Mangeot	Pham*	Espehra*	Notre étude
		1997	2002	2007	2005	2009	2011	2013	2012	
Données socio-démographiques	Age	X	x	x	x	x	x	x	x	x
	Genre	x	x	x	X	X	x	x	x	x
	Situation matrimoniale	X	x	x	x	x	x		x	x
	Enfants	X		x		x			x	
	Niveau d'études	x	x			x	x	x	x	
	Activité professionnelle	X	x	x	x	x	x	x	x	x
	Mutuelle		X							
Antécédents addictologiques, complications et comorbidités	Histoire consommations d'alcool	x	x	x	x	x	x			x
	Co-addictions	X		X	x			x	x	
	Traitement substitutif			x				x	x	
	Antécédents familiaux d'alcoolisme	x	x		x		x			
	Antécédents et nombres de sevrages antérieurs	X	x	x	x	X	x		x	x
	Complications liées à l'alcool	x	x	x		x			x	x
	Antécédents dépressifs	X	X			x			x	x
	Comorbidité psychiatriques	x	x		x	X			x	x
	Antécédents de tentative d'autolyse			x	x	x			x	
	Antécédents de violences liées aux consommations								x	x
	Période d'abstinence la plus longue				x					
Données concernant le sevrage et le suivi	Type d'orientation	x							x	x
	Evénements vie négatifs avant le sevrage	X			X					
	Type de service de prise en charge	X	X	x	x	x	x	x	x	x
	Durée d'hospitalisation	X	x	x	/	/	/	x	/	/
	Arrêt prématuré du suivi	x			X	x	x			x
	Ré-hospitalisation pendant le suivi		x				x			x
	Participation associations néphalistes	x	x		x		x			x
	Post-cure		x							
	Traitement du maintien abstinence	x		x	x	x				
	Modifications socio-démographiques durant le suivi	x	x					x		
Acteurs du suivi		x							x	

X = facteur ayant significativement une influence sur la durée de l'abstinence lors des analyses en multivarié.

x = facteur n'ayant significativement pas d'influence sur la durée de l'abstinence lors des analyses en multivarié.

V. CONCLUSION

L'analyse de la population que constitue notre étude est donc conforme à nos postulats de départ et est également en accord avec la littérature.

A savoir que les deux groupes que nous avons choisi de comparer (HC et HDJ) sont, de façon significative, comparables, à l'exception du sexe-ratio, différence qui sera prise en compte lors de l'analyse des résultats finaux.

Les deux centres d'inclusion sont également comparables, à l'exception de la catégorie socioprofessionnelle qui diffère ; cet « effet centre » sera également pris en compte pour les analyses statistiques.

Le suivi des patients par les rappels téléphoniques est en cours, les résultats sont attendus pour le début 2015.

Nous espérons montrer qu'une prise en charge en hôpital de jour dans les suites du sevrage favorise le maintien de l'abstinence. En effet il permet un suivi personnalisé, par un projet thérapeutique individualisé, propre à chaque patient, en fonction de ses besoins afin de l'aider à moyen et long terme.

Notre étude apporte ainsi une réponse à la préoccupation permanente de validation scientifique des différentes prises en charge, en addictologie comme dans tous les domaines et au désir de diversification des réponses thérapeutiques.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Moller L. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France, Editorial. BEH. 2013;16-17-18:161-2.
2. Fenoglio P, Parel V, Kopp P. Le cout social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en France en 2000. Actualité et dossiers en santé publique. juin 2006:69-74.
3. Beck F, Guignard R, Richard J-B. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre de santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en pupoluation adulte. Tendances. juin 2011;76:6p.
4. Batel P. L'alcool au seuil de la réduction des riques. SWAPS. 2011;62(1er trimestre):2-5.
5. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. La documentation française; 2008.
6. Mission Interministerielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. 2013.
7. Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Maison de la chimie - Paris: 17 mars 1999.
8. Paille F. Evaluation pratique de la consommation d'alcool, classifications et définitions des conduites d'alcoolisation. Gastroenterol Clin Biol. 2002;26:B141-B8.
9. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation, lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères? Alcoologie et Addictologie. 2001;23 (4 suppl.):1S-76S.
10. American Psychiatric Association. DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Discorders, (5th. ed.). Washington: DC : American psychiatric Publishing; 2013.
11. Couzigou P, Ledinghien V. Le sevrage du malade alcoolodépendant (syndrome de sevrage alcoolique-traitement préventif et curatif). Gastroenterol Clin Biol. 2002;26:B163-B8.
12. Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. 24 Mai 2011.
13. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, Chiffres clés 4ème édition. janvier 2012:8p.

14. Favre J-D, Gillet C. Devenir des patients alcoolodépendants. Résultats à 5 ans et facteurs pronostiques. *Alcoologie*. sept 1997;19 (3suppl.):313-30.
15. Nalpas B, Pierre B, Ledent T, 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.
16. Gelsi E, Vanbiervliet G, Cherikh F, et al. Factors predictive of alcohol abstinence after resident detoxification among alcoholics followed in a hospital outpatient center. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007;31:595-9.
17. Despres C, Demagny L, Bungener M. Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolodépendant : Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie et Addictologie*. 2011;33(4):333-44.
18. Nalpas B, Combescure C, Pierre B, et al. Financial costs of alcoholism treatment programs : a longitudinal and comparative evaluation among four specialized centers. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. janvier 2003;27(1):51-6.
19. Projet COMPAQH, Pratique clinique : Modalités du sevrage institutionnel du patient alcoolo-dépendant à la phase initiale : SYNTHÈSE DES RESULTATS, Version 2. INSERM: 2010.
20. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment : Predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005;80:83-9.
21. Soyka M, Schmidt P. Outpatient alcoholism treatment-24-month outcome and predictors of outcome. *substance Abuse treatment prevention, and policy*. 2009;4.
22. Balester-Mouret S. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des troubles de l'alcoolisation. *la revue du praticien* 2011;61:1381-5.
23. 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.
24. Pettinati H-M, Meyers K, Evans B-D, et al. Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting : do patients benefit at what cost. *Am J Addict*. 1999;8(3):220-33.
25. Allan C, Smith I, Mellin M. Detoxification from alcohol : A comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. *Alcohol&Alcoholism*. 2000;35 (1):66-9.
26. Nalpas B, Lemaitre R, Dalbiès P-A, et al. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. Une enquête en région Languedoc-Roussillon. *La Presse Médicale*,. 2003;32:391-9.

27. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier J-M. Le problème "alcool" en médecine générale, 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. *Médecine*. 2006;2(7):320-4.
28. Mangeot I. Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool. Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale. [thèse d'exercice en médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2011.
29. Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Cité des sciences et de l'industrie - Paris: 7 et 8 mars 2001.
30. Circulaire DHOS/O2 n° 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
31. Pham B, Lahmek P, Meunier N, et al. Suivi de 150 patients pendant 3 ans dans un hôpital de jour en addictologie. *Le flyer*. février 2013;50:21-5.
32. Brousse G, Sautereau M, Lehugeur L, et al. Alcool et soins sous contrainte. *Psychiatrie*. 2010;141(37-901-A-30):1-12.
33. Société Française d'Alcoologie. Référentiel de bonnes pratiques cliniques : Sevrages non programmés, Accidents de sevrage.2006.
34. Emeriaud P, Gallois P. Alcool : la cure de sevrage, mythes et réalités. *médecine*. octobre 2005:22-5.
35. Dossa M, Guibert S, Perault L, et al. Réalcoolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage. *Alcoologie et Addictologie*. 2009;31(3):247-50.
36. Roubini A, Drapier M, Millet B. L'hospitalisation des alcooliques sans leur consentement : A propos de 130 cas. *Alcoologie et Addictologie*. 2003;25(2):113-6.
37. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 Aout 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.
38. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners : a systematic review. *Addiction*. 2006;101:181-91.
39. Rouillon F, Duburcq A, Fagnani F, et al. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. *Rapport définitif*. 2004.
40. Mouquet M-C. La santé des personnes en prison en 2003. Etudes et résultats, drees. mars 2005 (386):1-12.

41. Richard J, Lizak S, Protais E et al. Prise en charge des patients alcoolo-dépendants lors de leur incarcération. Diagnostic des pratiques actuelles à la maison d'arrêt de Sequedin et améliorations possibles. [En ligne]. Lille ; 2008. Disponible: http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/juillet%20a%20dec%202011/congres%20Lille%202011/J_RICHARD.pdf.
42. Obradovic I. Addictions en milieu carcéral : Enquête sur le prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003. Tendances. janvier 2005;41.
43. Dumas A, Michaud P. L'offre de soins en alcoologie en milieu pénitentiaire : Etude auprès des établissements français. alcoologie et Addictologie. 2006;28(4).
44. Acquaviva E, Beaujouan L, Nuss Ph, et al. Prévalence de l'abus d'alcool dans un hôpital de l'AP-HP. Alcoologie et Addictologie. 2003;25(3):201-7.
45. Thiercelin N, Rabiah-Lechevallier Z, Rusch E, et al. Facteurs de risque de *delirium tremens* : revue de la littérature. La revue de Médecine interne. 2012;33:18-22.
46. Mennecier D, Thomas M, Arvers P. Facteurs prédictifs d'un sevrage sévère ou compliqué chez les malades alcoolodépendants hospitalisés. Gastroenterol Clin Biol. 2008;32:792-7.
47. Thiercelin N, Andrianirina B, plat A. *Delirium tremens* : étude rétrospective de 39 observations. La revue de Médecine interne. 2013;34:73-7.
48. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. L'Encéphale. 2009;suppl 7:S264-S8.
49. Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic: Elsevier Masson; 2013.
50. Lejoyeux M. Troubles psychiatriques. Alcoologie et Addictologie. 2001;23(2):311-8.
51. Heather N, Adamson S-J, Raistrick D, et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems : Baseline differences between abstinence and non-abstinence groups. Alcohol and Alcoholism. 2010;45(2):128-35.
52. Luquiens A, Reynaud M, Aubin H-J. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence ? A survey of french alcohol specialists. Alcohol and Alcoholism. 2011;46(5):586-91.
53. Rolland B, Laprevote V, Geoffroy P-A, et al. Astinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. La Presse Médicale,. janvier 2013;42(1):19-25.

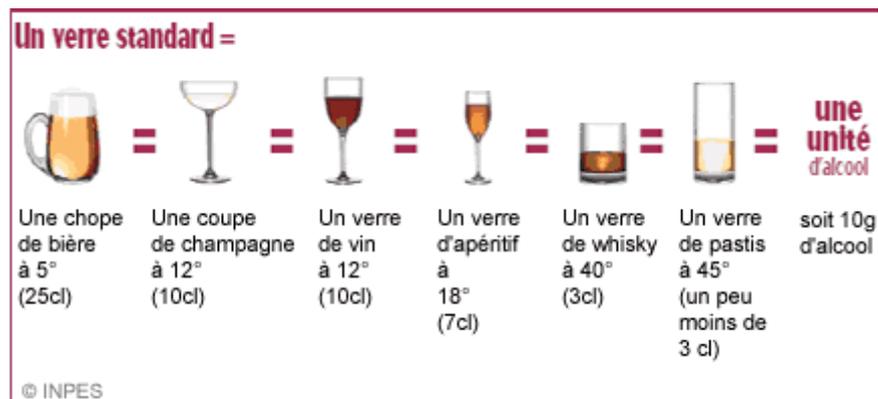
54. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS. Recovery from DSM-IV alcohol dependence : united states, 2001-2002. *Addiction*. 2005;100:281-92.
55. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence : A 3-year follow-up. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. 2007;31(12):2036-45.
56. Rousseau L-H. Evaluation de la consommation 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 d'exercice en médecine]. Lille: Université du droit et de la santé - lille 2; 2013.
57. HAS. Recommandations de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. octobre 2013.
58. Stead L, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 (8).
59. INSEE. Insee Nord-Pas-de-Calais > Présentation > En résumé. [En ligne]. France: INSEE; 24 juin 2010. Disponible: <http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>.
60. Beck F, Guignard R, Léon C, Richard J-B. Atlas des usages de substance psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre de santé de l'Inpes. 2010.
61. Weisner C, Ray G, Mertens J, et al. Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;71:281-94.
62. Palle C, Canarelli T, Bonnet N, et al. Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital : Résultats de l'enquête 2010 sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction (ESPERHA). *Tendances*. 2012 (82).
63. Beck F, Brossard C. L'alcoolisation des femmes en France. *Alcoologie et Addictologie*. 2004;26(1):21-9.
64. Bègue L. Consultes agressives et alcoolisation. *Economie et Statistique*. 2011;448-449.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1

Verre standard ou Unité internationale d'Alcool : équivalences

Le terme de verre désigne le « **verre standard** » ou Unité Internationale d'Alcool (UIA) qui est la quantité « normalisée » pour chaque catégorie dans les lieux de consommation publics.



ANNEXE 2

Situations devant faire baisser les seuils de consommation définis par l'OMS

1) En cas de situation à risque :

- conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
- poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc.

2) En cas de risque personnel :

- consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psycho-actifs qui potentialisent, souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool ;
- pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
- modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l'état psychologique, etc. ... ;
- situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc.).

NB : cette liste ne doit pas être considérée comme limitative.

Source : 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.

ANNEXE 3

Critères CIM 10 et DSM-IV de l'alcool-dépendance

Syndrome de dépendance selon les critères de la CIM 10 (1992)

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été 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 ou niveaux d'utilisation) ;

3-Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne 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 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 de ses effets ;

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

Dépendance à une substance selon les critères du DSM-IV (1994) :

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

1 - Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

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

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

- Syndrome de sevrage caractéristique,
- 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 prévu ;

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- Les 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.

Spécifier si :

- avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage.
- sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage.

ANNEXE 4

Echelles de Cushman et CIWA-Ar

Echelle de Cushman:

Encadré 1. – Échelle de Cushman.

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

Score et intensité

0-7 : minime

8-14 : moyenne

15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

Echelle CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised):

Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.

- 0 Ni nausée, ni vomissement
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

Tremblements : Evaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.

- 0 Pas de tremblement
- 1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts
- 4 Modérés, lorsque les bras sont tendus
- 7 Sévères, même avec les bras non tendus

Sueurs paroxystiques : Observer.

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueur à peine perceptible, paumes moites
- 4 Front perlé de sueur
- 7 Sueurs profuses

Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.

- 0 Pas d'anxiété. Détendu.
- 1 Légèrement anxieux
- 4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété
- 7 Equivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës.

Agitation : Observer.

- 0 Activité normale
- 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale
- 4 S'agite et gigote, modérément
- 7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

Troubles des perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements
- 2 Peu de troubles cités ci-dessus
- 3 Troubles cités ci-dessus modérés
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Troubles des perceptions auditives : Demander : « Etes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils plus stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun son troublant
- 1 Sons très peu stridents ou effrayants
- 2 Sons peu stridents ou effrayants
- 3 Sons modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Troubles de perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Troubles très peu sensibles
- 2 Peu sensibles
- 3 Modérément sensibles
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étoupe ? » Ne pas évaluer les étourdissements, ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.

- 0 Céphalée absente
- 1 Très légère
- 2 Légère
- 3 Modérée
- 4 Modérément sévère
- 5 Sévère
- 6 Très sévère
- 7 Extrêmement sévère

Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 Orienté(e) et peut faire des additions en série
- 1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date
- 2 Erreur sur la date de moins de 2 jours
- 3 Erreur sur la date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

ANNEXE 5

Modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant, selon le texte des recommandations de l'HAS (1999) :

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (« sevrage institutionnel »), avec un personnel sensibilisé et formé à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool.

Le sevrage ambulatoire est à envisager en priorité, en respectant ses contre-indications.

Lorsque le sevrage est institutionnel, les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques.

1. La prise en charge psychosociale

Elle a trois fonctions essentielles :

- L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante. Cette prise en charge joue un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments.
- La mise en place ou le renforcement d'une relation psychothérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage pour permettre au malade d'associer bien-être et abstinence.

- Un travail de revalorisation de l'image de soi et de restauration narcissique de la personne, essentiel. En fonction des sujets, cette démarche comprend une psychothérapie individuelle, des psychothérapies de groupe, des thérapies familiales ou de couple, des thérapies comportementales.
- L'accompagnement social, qui complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

2. Traitement médicamenteux

La prescription médicamenteuse ne doit pas occulter l'importance fondamentale de la prise en charge psychologique et sociale.

La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique lors d'un sevrage ambulatoire

En institution, deux attitudes sont possibles, soit la prescription systématique, soit la délivrance en fonction du tableau clinique initial et de son évolution. La surveillance clinique peut utiliser une des échelles de gravité du syndrome de sevrage (échelle CIWA-R ou score de Cushman).

- Les psychotropes

Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique ; elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du DT. Les BZD à demi-vie longue comme le diazépam préviennent mieux les crises comitiales.

La voie orale doit être préférentiellement utilisée. La voie parentérale est réservée aux formes sévères mais impose des conditions de soins attentifs.

Trois schémas de prescription sont possibles :

- la prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : diazépam un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction en quatre à sept jours et arrêt, ou 6 comprimés à 10 mg de diazépam le premier jour et diminution d'un comprimé par jour jusqu'à arrêt ; **cette stratégie est recommandée en ambulatoire.**

- la prescription personnalisée guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes nécessitant l'intervention régulière de l'équipe soignante. Elle permet de réduire significativement la dose nécessaire et la durée du traitement en gardant la même efficacité,

- l'utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue : 20 mg de diazépam toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à sédation et arrêt dès le premier jour. L'élimination progressive de la molécule permet une couverture prolongée sans risque d'accumulation.

D'autres BZD que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam, et 15 mg de chlorazépate.

La prescription de BZD au-delà d'une semaine ne se justifie qu'en cas de dépendance aux BZD associée à la dépendance alcoolique.

Les traitements associés :

– Les bêtabloquants et la clonidine diminuent les signes d'hyperactivité adrénergique de sevrage mais n'apportent pas de protection vis-à-vis des crises comitiales. Ils ne doivent pas être utilisés seuls.

– La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.

– L'hydratation : les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation qui peut être nocive. Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.

– La thiamine (vitamine B1). Il est nécessaire d'administrer à titre préventif de la thiamine, à tout patient débutant un sevrage, en général per os, ou par voie parentérale en cas de signes cliniques de carence. La posologie proposée est 500 mg par jour.

– Pyridoxine. La prescription de pyridoxine (vitamine B6) a un support physiopathologique (carence pouvant favoriser les crises convulsives) mais ne doit pas être prolongée. En cas de prescription simultanée de B1 et de B6, il est conseillé d'associer la vitamine PP en tant que cofacteur.

– Il n'y a pas d'indication de la vitamine B12.

– La prescription d'acide folique est à discuter chez la femme enceinte pour diminuer les risques de malformation fœtale.

ANNEXE 6

Questionnaire DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation : Deux réponses positives ou plus font suspecter un problème avec l'alcool.

ANNEXE 7

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 :

CONFIDENTIEL

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

Je soussigné(e)

Me, 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 recherche.

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 8

Questionnaire de suivi des patients sevrés



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.



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 :

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, rappel a M3, M6, 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 (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

Avis favorable du CCTIRS du 20 octobre 2011



Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE 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

Avis favorable de la CNIL du 20 Août 2012



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.

RÉCÉPISSÉ

DR. URSO BAIARDO
HOPITAL LA FRATERNITE
20 AVENUE JULIEN LAGACHE
59100 ROUBAIX

DÉCLARATION DE DEMANDE DE
RECHERCHE

Numéro de déclaration

912028 v 1

du 19-02-2013

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE	N° SIREN ou SIRET : 265906719 00017
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 2 AVENUE OSCAR LAMBRET	Tél. : 03 20 44 41 45
Code postal : 59000	Fax. : 03 20 44 57 11
Ville : LILLE	

Traitement déclaré

Finalité : EVALUATION DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL APRES UN SEVRAGE ETHYLIQUE HOSPITALIER OU AMBULATOIRE ETUDE OBSERVATIONNELLE PORTANT SUR 195 PATIENTS 15 JOURS 30 JOURS 3 MOIS 6 MOIS ET UN AN APRES LA FIN DU SEVRAGE OU APRES LA SORTIE DE L'HOPITAL DE JOUR

Motif de la modification : Nouveau responsable scientifique de la recherche ; suppression du rappel téléphonique à 15 jours

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 19 février 2013
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE 11

Avis du CPP du 02 novembre 2010

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**

AUTEUR : Nom : FRANC

Prénom : Marion

Date de Soutenance : le 25 juin 2014

Titre de la Thèse : Inclusion et analyse de la population recrutée pour l'étude intitulée : Devenir des patients après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire, étude observationnelle portant sur 242 patients, 1 mois, 3mois, 6 mois et un an après la fin du sevrage.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Thèse pour l'exercice de Docteur en Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Sevrage, Hospitalisation conventionnelle, Hôpital de jour, Ambulatoire

Résumé :

Titre de la thèse : Inclusion et analyse de la population recrutée pour l'étude intitulée : Devenir des patients après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire, étude observationnelle portant sur 242 patients, 1 mois, 3mois, 6 mois et un an après la fin du sevrage.

Contexte : Il y a en France environ 2 millions d'alcoolodépendants. Il existe aujourd'hui deux modalités de sevrage en alcool : en institution ou en ambulatoire. Une prise en charge en hôpital de jour dans les suites du sevrage permettrait un accompagnement adapté à chaque patient et une consolidation du maintien de l'abstinence mais il manque d'études pour permettre des recommandations précises à ce sujet.

Méthode : Dans ce contexte, nous réalisons une étude prospective, observationnelle, comparative de traitement, dont l'objectif principal est d'analyser trois types de sevrages : en ambulatoire, en hospitalisation conventionnelle (HC) et en HC complétée d'une prise en charge en hôpital de jour (HDJ). Le critère de jugement principal est le taux de rechute à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après le sevrage, le suivi se fera par des rappels téléphoniques. Lors des analyses, seuls les résultats des sevrages en HC et HDJ seront comparés, le sevrage ambulatoire sera analysé indépendamment. L'objectif secondaire est, à l'aide d'un questionnaire d'inclusion complet, d'individualiser des facteurs de risques de rechute ou au contraire favorisant le maintien de l'abstinence.

Résultats : La phase d'inclusion est terminée, 242 patients ayant réalisé un sevrage entre janvier 2013 et avril 2014 ont été inclus (102 dans le groupe HC, 77 dans le groupe HDJ et 63 dans le groupe ambulatoire) dans deux services addictologiques du CHR de Lille et du CH de Roubaix. La moyenne d'âge était de 46,3 ans \pm 9,3 ans, le sexe-ratio est de 3,3, plus de la moitié des patients vivaient seuls (65%), leur consommation d'alcool quotidienne moyenne était de 23,87 US/j et on retrouvait une grande majorité de fumeurs (83,5%). Après analyse, les deux groupes que nous allons comparer (HC et HDJ) sont semblables de façon significative (sauf pour le sexe-ratio qui est plus important en HC $p=0,0142$), le groupe ambulatoire (dont l'efficacité ne sera pas comparé aux deux autres groupes) se distingue fortement sur la plus part des critères. Il y a un effet centre minime (différence significative sur la catégorie socioprofessionnelle en Lille et Roubaix). Le profil de nos cohortes correspond à ceux décrits dans la littérature.

Conclusion : Les investigations de cette étude sont en cours, nous espérons montrer qu'une prise en charge en hôpital de jour favorise le maintien de l'abstinence dans le temps.

Composition du Jury :

Président : Monsieur de Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Thierry LEDENT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO