



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Résultats intermédiaires à 6 mois pour l'étude intitulée : Devenir des patients après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire, étude observationnelle portant sur 242 patients à 1 mois, 3 mois, 6 mois et un an après la fin du sevrage.

Présentée et soutenue publiquement le 14 janvier 2015 à 18h
Au Pôle Recherche
Par MEURANT REMI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO

Travail du service de bio-statistique de Lille

Table des matières

Table des abréviations.....	1
Table des annexes	2
I. Introduction	3
1. Cadre légal des Hôpitaux de jour.....	4
1.1 Code de la santé publique - Article D6124-301-1 (2)	4
1.2 Code de la santé publique - Article D6124-303 (3).....	5
2. Cadre légal encadrant l’Hôpital de jour en addictologie.....	6
2.1 CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l’organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. (4).....	6
2.2 Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. (5)	9
3. Dotation et répartition des structures en addictologie :	16
3.1 La dotation du Nord Pas de Calais.....	16
3.2 Comparaison sur le plan national :.....	18
4. Hôpital de jour en addictologie : revue de la littérature.....	20
4.1 A partir de la base de données Sudoc.....	20
4.2 A partir de la base de données de la Société Française d’Alcoologie.	21

4.3 A partir de la base de données du Collège Professionnel des Acteurs d'Addictologie Hospitalière (COPAAH).....	22
4.4 A partir de la base de données de la Fédération addiction.....	23
4.5 A partir de la base de données de l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie.....	24
4.6 A partir de la base de données Google Scholar.....	31
4.7 A partir de base de données Medline.....	32
5. Intérêt du travail de recherche	33
II. Matériels et méthodes.....	34
1. Définition de l'étude	34
2. Population de l'étude	35
3. Données recueillies.....	35
4. Circulation des données.....	38
5. Méthodologie du suivi.....	39
6. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance	40
7. Analyse statistique des données	41
8. Accords	42
III. Résultats	43
1. Description de la population à l'inclusion.....	43
2. Résumé des données des analyses descriptives à	45
1 et 3 mois.....	45
3. Analyse descriptive des données à 6 mois.....	47
3.1 Suivi des patients à 6 mois.....	48
3.2 Rechuteurs à 6 mois	51
3.3 Non rechuteurs à 6 mois	52

3.4 Evolution des groupes de patients entre le 1 ^{er} et le 6 ^e mois	55
3.4 Participation à des réunions d'anciens buveurs à 6 mois.....	56
3.5 Besoin de soins à 6 mois	57
4. Analyse comparative des groupes HC et HDJ à 6 mois.....	58
4.1 Comparaison du suivi à 6 mois	59
4.2 Comparaison de la rechute	59
4.3 Comparaison de l'abstinence	62
5. Evolution des patients entre le 1^e et le 6^e mois de suivi	64
5.1 Evolution des patients rechuteurs	64
5.2 Evolution des patients abstinents.....	65
5.3 Evolution des patients consommateurs non rechuteurs.....	67
6. Facteurs de risque de rechute à 6 mois	68
6.1 Facteurs de risque de rechute en analyse univariée.....	68
6.2 Facteurs de risque de rechute en analyse multivariée	73
7 Facteurs d'abstinence à 6 mois	76
7.1 Recherche de facteurs d'abstinence en analyse univariée	76
7.2 Facteurs d'abstinence en analyse multivariée.....	79
IV. Discussion.....	81
1 Les limites de l'étude	81
1.1 Limites quant à la méthodologie.....	81
1.2 Limites quant à l'élaboration du questionnaire	83
2 Représentativité de la cohorte de l'étude.....	85
3. Critères de jugement principaux, discussion et comparaison à la littérature	86
3.1 Résultats à 6 mois et discussion	86
3.2 Résultats à 3 et 6 mois, évolution et discussion.....	89

3.3 Comparaison de nos résultats à la littérature	91
4. Critères de jugement secondaires, discussion et comparaison à la littérature.....	99
4.1 Facteurs de rechute : résultats à 3 et 6 mois, comparaison et discussion	99
4.2 Facteurs de rechute : Comparaison à la littérature	101
4.3 Facteurs d'abstinence : résultats à 3 et 6 mois, comparaison et discussion	105
4.4 Facteurs d'abstinence : Comparaison à la littérature	106
V. Conclusion.....	109
VI. Références bibliographiques.....	112
VII. Annexes	115

TABLE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASI : Addiction Severity Index

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

CHRU : Centre Hospitalier Régionale Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COPAAH : Collège Professionnel des Acteurs d'Addictologie Hospitalière

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

HDJ : Hôpital De Jour

HC : Hospitalisation Conventiennelle

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NIDA : Institut National Américain sur l'Abus des Drogues

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

SDF : Sans Domicile Fixe

SFA : Société Française d'Alcoologie

SSR : Service de Suite et de Rééducation

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

US : Unité Standard

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Note d'information et formulaire de consentement

ANNEXE 2 : Critères CIM 10 et DSM-IV de l'alcoolodépendant

ANNEXE 3 : Questionnaire d'inclusion des patients sevrés

ANNEXE 4 : Questionnaire de suivi des patients sevrés

ANNEXE 5 : Signification du codage du dossier Excel

ANNEXE 6 : Avis favorable du CPP Novembre 2010

ANNEXE 7 : Avis favorable du CCTIRS du 20 Octobre 2011

ANNEXE 8 : Avis favorable de la CNIL du 20 Août 2012

INTRODUCTION

Pour améliorer la qualité et la sécurité des soins sur le thème du sevrage du patient alcoolo-dépendant, la haute autorité de santé a publié en septembre 2013 un recueil d'indicateurs (1).

Ce recueil regroupe six indicateurs : le contexte du sevrage, le suivi du patient dans les 24 premières heures du syndrome de sevrage, l'hydratation dans les 24 premières heures du syndrome de sevrage, l'information sur l'arrêt du tabac, le suivi du traitement par benzodiazépines et les modalités de prise en charge post-sevrage.

La haute autorité de santé recommande donc de prévoir dès le début de la prise en charge du sevrage du patient alcoolo-dépendant un projet complet adapté à chaque patient assurant notamment une prise en charge post-sevrage.

L'hôpital de jour en addictologie est l'une des possibilités de prises en charge de suivi de post-sevrage.

Nous exposerons dans cette introduction le cadre légal des hôpitaux de jour en France, puis présenterons à travers les différentes circulaires la filière hospitalière en addictologie en s'attardant plus spécifiquement sur l'hôpital de jour en addictologie.

Enfin nous détaillerons la dotation en addictologie de notre région, sa répartition sur le territoire et nous ferons une comparaison sur le plan national.

Une dernière partie sera consacrée à une revue de la littérature concernant l'hôpital de jour.

1. Cadre légal des Hôpitaux de jour.

Le code de santé publique regroupe les textes de loi encadrant le fonctionnement des établissements et services de santé français.

Dans la sous rubrique du code de santé publique « structures de soins alternatives à l'hospitalisation », on retrouve les différents articles qui définissent le fonctionnement et l'organisation d'un service d'hospitalisation de jour.

1.1 Code de la santé publique - Article D6124-301-1 (2)

Cet article définit que les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit doivent être en mesure de réaliser des actes thérapeutiques, une prise en charge à visée diagnostique, des traitements médicaux séquentiels, des traitements de réadaptation fonctionnelle ou une surveillance médicale.

Ce qui les distingue des prestations délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

Les prestations dispensées sont d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant donc pas d'hébergement.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent aux prestations dispensées lors d'une hospitalisation à temps complet.

Les structures d'hospitalisation à temps partiel doivent être facilement identifiables par les usagers et font l'objet d'une organisation spécifique, disposant de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel.

1.2 Code de la santé publique - Article D6124-303 (3)

Cet article définit que le nombre et la qualification de l'équipe médicale et paramédicale exerçant dans les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit doivent être adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activités ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Il est écrit que pendant les heures d'ouverture, doit être assurée au sein de la structure, une présence minimale et permanente :

- d'un médecin qualifié.
- d'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat.

2. Cadre légal encadrant l'Hôpital de jour en addictologie.

Le dispositif d'organisation des soins d'addictologie est précisé par le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 ; à cela s'ajoutent deux circulaires encadrant les principes applicables à l'organisation de l'offre de soin en addictologie qui définissent l'organisation et le fonctionnement des structures d'addictologie et plus spécifiquement celle de l'hospitalisation de jour.

2.1 CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. (4)

2.1.1 La filière hospitalière de prise en charge des addictions : Définitions.

Le dispositif de filière hospitalière doit assurer une coordination des soins tout au long du parcours des patients et doit préparer le projet thérapeutique individualisé après la sortie, avec les intervenants médico-sociaux et libéraux.

Il est composé des structures suivantes :

- Consultations.
- Equipe de liaison et de soins en addictologie.
- Hôpital de jour.
- Lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples.
- Lits d'hospitalisation complète pour les sevrages résidentiels complexes.
- Accès aux soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

2.1.2 La gradation en 3 niveaux de la filière de soins hospitalière :

2.1.2.1 Le niveau I : niveau de proximité.

Il a pour mission d'assurer des réponses de proximité et les sevrages simples.

Il comporte :

- des consultations hospitalières d'addictologie.
- des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.
- des services d'hospitalisation pour des sevrages simples.

En principe, tous les établissements de santé dotés d'une structure d'accueil des urgences, les centres de lutte contre le cancer et les maternités, doivent mettre en place une offre de soins de niveau I.

2.1.2.2 Le niveau II : niveau de recours.

Il s'agit d'un niveau spécifique à l'addictologie avec des structures et un personnel formé à l'addictologie. Ce niveau doit pouvoir prendre en charge tous les problèmes posés par les patients, du sevrage simple au sevrage complexe (complications somatiques, psychiatriques et/ou comorbidités associées).

Il assure les missions dévolues aux structures de niveau I.

A cela s'ajoute la possibilité :

- d'hospitalisation de jour qui permet un accompagnement médical, psychologique et social identique à celui proposé lors d'une hospitalisation complète dans un service d'addictologie mais en maintenant le patient dans son environnement. Il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation en temps plein ou un relais de celle-ci.

- d'hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes.
- de soins de suite et de réadaptation orientés en addictologie.

2.1.2.3 Le niveau III : Centre d'addictologie universitaire régional.

Il doit être doté des mêmes moyens que les structures de niveau I et II.

Le centre régional doit assurer une fonction de coordination de l'offre de soins en addictologie en travaillant avec les deux autres niveaux et les réseaux de soins.

Le niveau 3 est le niveau de référence régional addictologique qui assure la coordination de l'enseignement, de la formation et de la recherche.

Enfin il assure également une fonction d'interface entre la clinique et la recherche fondamentale.

Composition d'une filière de soins Hospitalière en addictologie.	
Niveau 1	Consultations hospitalières.
	Equipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.
	Services d'hospitalisation pour sevrages simples.
Niveau 2	Hôpital de jour
	Services d'hospitalisation pour sevrages simples et complexes.
	Soins de suite et réadaptation
Niveau 3	Structure d'hospitalisation de jour et complète.
	Coordination de l'offre de soins en addictologie.
	Coordination de l'enseignement, la recherche et la formation.
	Interface entre la clinique et la recherche fondamentale.

2.2 Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie. (5)

Cette circulaire vise à préciser les rôles et l'articulation de chaque composant de la filière hospitalière en addictologie.

Cette filière hospitalière a pour but de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale et graduée, de proximité et, si nécessaire d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

Sur son territoire d'implantation, une filière doit proposer des soins couvrant l'intégrité des parcours possibles, c'est-à-dire :

- Assurer des évaluations cliniques et psychosociales à visée diagnostique, thérapeutique et de réinsertion.
- Organiser une orientation rapide du patient en fonction de ses besoins, au sein du dispositif hospitalier, du dispositif médico-social ou de ville, en lien avec des réseaux de santé quand ils existent.
- Offrir un dispositif de soins de consultations, d'hôpital de jour, d'hospitalisation complète programmée ou non programmée et des services de soins de suite et réadaptation.
- Accompagner et orienter les patients à leur sortie d'hospitalisation pour diminuer le risque de réadmission.

A cela s'ajoute une mission de diffusion de la culture addictologique et la formation des personnels.

Les filières de soins addictologiques doivent s'inscrire dans une dynamique d'organisation territoriale, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins, ceci ayant pour but une amélioration de la prise en charge des patients.

Pour cela, un état des lieux des filières hospitalières en addictologie a lieu chaque année au 31 décembre sous la forme d'un questionnaire d'enquête.

Cette circulaire définit les différentes composantes de l'organisation de la filière hospitalière en addictologie sous forme de référentiels d'organisation des soins.

On retrouve six référentiels d'organisation des soins.

2.2.1 Référentiel d'organisation des soins pour la filière hospitalière de soins addictologiques.

Il définit les quatre principales missions de la filière hospitalière de soins, à savoir l'hospitalisation des personnes présentant une ou plusieurs conduites addictives ; l'organisation de consultations d'évaluation, de repérage, d'organisation et de prise en charge ; l'organisation de la liaison auprès des patients et des équipes soignantes et enfin la participation à la formation et à la recherche en addictologie.

Le tout est organisé au sein des différents niveaux de structure, vus précédemment dans la CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007.

2.2.2 Référentiel d'organisation pour le court séjour addictologique.

Il s'agit d'une structure d'hospitalisation complète des patients ayant une conduite addictive sévère ou des complications somatiques ou psychiques graves. Il permet une prise en charge aigue de l'ensemble des problèmes du patient assurant des sevrages simples comme complexes.

Il s'agit de l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière hospitalière en addictologie.

Ses missions sont l'évaluation de la conduite addictive ainsi que les complications ; assurer le sevrage en sécurité puis établir un projet de soin global et personnalisé et enfin organiser la sortie en lieu de vie adapté, en articulation avec les autres partenaires du dispositif en addictologie.

2.2.3 Référentiel d'organisation pour l'équipe de liaison et de soins en addictologie.

Les équipes de liaison et de soins en addictologie ont de nombreuses missions.

Elles interviennent dans l'ensemble des services de l'établissement et notamment aux urgences pour former, assister et conseiller les soignants sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive. Elles ont un rôle important de lien entre les acteurs intra et extrahospitaliers améliorant la prise en charge et le suivi du patient.

Ces équipes doivent être présentes dans tout établissement de santé disposant d'une structure d'urgence. Elles sont donc la composante des structures hospitalières de niveau 1,2 et 3

2.2.4 Référentiel d'organisation pour les consultations hospitalières en addictologie.

Elles représentent l'interface entre le dispositif hospitalier, ambulatoire et la médecine de ville. La consultation hospitalière est une importante porte d'entrée aux soins pour les patients ayant une ou des conduites addictives.

Les consultations hospitalières en addictologie sont chargées d'accueillir, d'évaluer, de traiter et d'orienter toute personne ayant une conduite addictive sollicitant une aide spécialisée en milieu hospitalier.

Mais elles doivent aussi participer à la recherche clinique en addictologie et à la formation des personnels de santé en addictologie.

De même que pour les équipes de liaison, elles doivent être présentes dans tout établissement doté d'un service d'urgence, on les retrouve donc également au sein des structures d'addictologie de niveau 1,2 et 3.

2.2.5 Référentiel d'organisation pour l'hospitalisation de jour en addictologie.

2.2.5.1 Définition :

L'hôpital de jour en addictologie assure une prise en charge ambulatoire des patients ayant une ou des conduites addictives avec ou sans complications nécessitant un cadre de soins spécifique mais tout en maintenant le lien environnemental, préservant ainsi l'insertion sociale et familiale.

Son champ de compétences s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit).

2.2.5.2 Missions :

L'hôpital de jour assure l'évaluation addictologique des patients nécessitant des soins complexes pour proposer une prise en charge adaptée, cela passe par la réalisation de bilans et l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés réactualisés.

Il assure le sevrage en alcool, tabac ou autres substances addictives ainsi que des soins addictologiques spécifiques et diversifiés pour les patients ayant une dépendance sévère et/ou une comorbidité somatique ou psychique.

Suite à un sevrage en hospitalisation complète, le patient peut y être accompagné afin d'assurer une meilleure transition lors du retour dans le lieu de vie.

Il accompagne aussi à moyen et long terme des patients à problématiques multiples et sévères, psychopathologiques, somatiques et sociales.

Il a un rôle important dans la gestion des crises des patients connus, lors d'une reprise de consommation ou de difficultés psychiques.

L'hôpital de jour en addictologie participe au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées.

Enfin il participe à la recherche et à la formation en addictologie des personnels des établissements de santé.

2.2.5.3 Place dans la filière de soins addictologiques :

L'hôpital de jour accueille au sein de la filière hospitalière des patients nécessitant des soins complexes, réalise ou poursuit un traitement sur un mode intensif tout en maintenant le lien avec l'environnement de vie.

Les modes d'entrée en hôpital de jour addictologique sont variables : suite à un court séjour addictologique, suite à une consultation hospitalière, adressés par le médecin traitant, adressés par un CSAPA, un service hospitalier ou encore par le service des urgences après évaluation de l'équipe de liaison.

La sortie doit être bien préparée en collaboration avec le patient, les acteurs de la prise en charge addictologique en cours, les partenaires médico-sociaux et les professionnels libéraux de la santé.

2.2.5.4 Implantation :

On peut retrouver une unité d'hôpital de jour en addictologie dans tout établissement de santé disposant d'une structure addictologique de recours de niveau 2 ou 3.

2.2.5.5 Fonctionnement :

Il est recommandé que l'hôpital de jour dispose de 6 à 15 places et qu'il fonctionne 5 jours sur 7 de 9 heures à 17 heures.

Il doit être formé d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un praticien qualifié, d'infirmiers, de psychologues, d'un cadre de santé, d'assistantes sociales et d'aide-soignantes.

Selon les orientations de l'unité, d'autres intervenants plus spécifiques peuvent être nécessaires comme un diététicien, un kinésithérapeute, un éducateur, un psychomotricien.

Tous les intervenants doivent avoir bénéficié d'une formation spécifique en addictologie.

L'unité doit disposer d'un salon d'accueil et de séjour, d'une salle à manger, d'une salle de soins, de salles de thérapie collective et de bureaux de consultations.

La localisation proche de la structure interne d'addictologie de rattachement permet de faire bénéficier les patients de moyens humains et matériels.

2.2.6 Référentiel d'organisation pour les services de soins de suite et de réadaptation des personnes ayant une ou des conduites addictives.

L'objectif de cette structure est de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des patients ayant une conduite addictive et de promouvoir leur réadaptation.

Les services de soins de suite et de réadaptation assurent l'hospitalisation de patients en mésusage sévère le plus souvent dépendants après un sevrage.

Ils ont pour mission la consolidation de l'abstinence et la prévention de la rechute ; En plus du suivi médical, ils assurent une aide psychothérapeutique individuelle et collective et un programme socio-éducatif pour favoriser la réadaptation à la vie sociale.

3. Dotation et répartition des structures en addictologie :

3.1 La dotation du Nord-Pas-de-Calais.

En 2014, d'après les chiffres de l'agence régionale de santé (ARS), le Nord-Pas-de-Calais dispose de 30 établissements de soins tout niveau confondu (niveau I,II,III) ayant des structures spécifiquement dédiées à l'addictologie (6).

Les structures d'addictologie peuvent être rattachées à trois types d'activité ; Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ; Psychiatrique et Soins de suite et réadaptation (SSR).

On retrouve 19 structures de soins dans le département du Nord et 11 dans le département du Pas-de-Calais.

Il existe un établissement de niveau III situé au CHRU de Lille, 21 établissements de niveau II et 8 de niveau I.

Ils sont répartis sur le territoire de la manière suivante :

- 5 niveaux I dans le Nord : Maubeuge, Lomme, Douai, Dunkerque, Cambrai.
- 3 niveaux I dans le Pas de Calais : Montreuil, Béthune, Calais.
- 13 niveaux II dans le Nord : Le Cateau Cambrésis, Zuydcoote, Somain, Auberchicourt, Hazebrouck, Saint André, Lille, Tourcoing, Roubaix, Avesnes, Felleries Liessies, Saint Amand, Valenciennes.
- 8 niveaux II dans le Pas-de-Calais : Maroeuil, Longuenesse, Saint Omer, Saint Venant, Boulogne sur mer, Carvin, Hénin Beaumont, Lens.
- 1 niveau III situé dans le Nord à Lille.

Tous ces établissements ont, en fonction de leur niveau, différents types d'activité d'addictologie définis par la CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 et la circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008.

Il y a donc pour les établissements de niveau II et III, une activité possible d'hôpital de jour (HDJ).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, sur les 22 établissements de niveaux II et III, 12 ont une activité d'hospitalisation de jour.

On dénombre 8 unités d'HDJ dans le département du Nord :

- Le CH du Cateau Cambrésis dispose de 10 places en activité MCO.
- Le CH de Somain dispose de 10 places en activité MCO.
- L'EPSM de Lommelet dispose de 10 places en activité psychiatrie.
- Le CHRU de Lille dispose de 10 places en activité MCO.
- La clinique de la Mitterie dispose de 10 places en activité MCO.
- Le CH de Roubaix dispose de 10 places en activités MCO.
- Le CH d'Avesnes dispose de 5 places en activités MCO.
- Le CH de Saint Amand dispose de 10 places en activité psychiatrie.

Et 4 unités d'HDJ dans le département du Pas de Calais :

- Le CH de Saint Omer dispose de 12 places en activité MCO.
- L'EPSM de Saint Venant dispose de 2 places en psychiatrie.
- Le CH de Boulogne dispose de 5 places en activité MCO.
- Le CH d'Hénin Beaumont dispose de 10 places en activité MCO.

Au total en 2014, on compte 104 places disponibles d'hospitalisation de jour en addictologie dans la région Nord-Pas-de-Calais, réparties au sein de 12 établissements de soins.

3.2 Comparaison sur le plan national :

Pour avoir un point de comparaison avec le reste de la France sur le nombre d'établissements disposant de places d'hospitalisation de jour, il faut se référer aux chiffres de 2012 sur l'enquête de suivi du dispositif de prise en charge des addictions fournis par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). (7)

Selon les chiffres de cette enquête, en 2012 la France comptait 76 établissements dotés d'une unité d'hospitalisation de jour en addictologie dont 12 étaient situés dans la région du Nord Pas de Calais.

En 2012, le Nord-Pas-de-Calais avec ses 12 Unités d'hospitalisation de jour en addictologie, était donc la région de France ayant le plus grand nombre de structures d'accueil à temps partiel en addictologie.

Si cela est rapporté à la population de la région, le Nord Pas de Calais reste toujours la région la mieux dotée de France en unité d'HDJ.

En effet, le Nord-Pas-de-Calais compte une unité d'HDJ en addictologie pour 337 679 habitants, alors qu'en Ile-de-France, il s'agit d'une unité pour 1 088 942 habitants.

Répartition classée de manière croissante du nombre d'hôpital de jour pour l'année 2012 en fonction des régions avec leur population respective.

Région de France	Nombre d'HDJ.	Population de la région (8).	Nombre d'habitants pour une unité d'HDJ.
Bourgogne	1	1 643 931	1 643 931
Languedoc Roussillon	1	2 727 286	2 727 286
Lorraine	1	2 350 657	2 350 657
Picardie	1	1 924 737	1 924 737
Champagne Ardennes	1	1 333 497	1 333 497
Haute Normandie	2	1 848 102	924 051
Centre	2	2 572 931	1 286 465
Outre-mer	2	1 883 308	941 654
Limousin	2	741 047	370 523
Rhône Alpes	2	6 393 470	3 196 735
Auvergne	3	1 355 630	451 876
Aquitaine	3	3 303 392	1 101 130
Midi Pyrénées	3	2 946 507	982 169
Basse Normandie	4	1 479 242	369 810
Alsace	4	1 861 020	465 255
Pays de la Loire	6	3 658 351	609 725
PACA	6	4 937 445	822 907
Bretagne	9	3 259 659	362 184
Ile de France	11	11 978 363	1 088 942
Nord-Pas-de-Calais	12	4 052 156	337 679

4. Hôpital de jour en addictologie : revue de la littérature.

Il a été recherché d'une part des travaux concernant le fonctionnement et l'évaluation de l'hôpital de jour et d'autre part des travaux de comparaison avec d'autres structures de soins.

Les recherches ont été effectuées à partir des différentes bases de données scientifiques disponibles.

4.1 A partir de la base de données Sudoc.

Le catalogue du Système Universitaire de Documentation (Sudoc) est le catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche.

A partir du mot clé « hôpital de jour » combiné à l'ensemble des mots clés suivant : « Addictologie, addiction, alcool, alcoologie, drogue, sevrage, dépendance, alcoolodépendance, abstinence, rechute ». Seuls deux travaux de thèse ont été retrouvés.

Le premier réalisé par Marion Franc en juin 2014 concerne l'inclusion et l'analyse de la population du travail de thèse qui suit (9).

Le deuxième réalisé par Claire Andreotti en 2012 est intitulé « Qu'attendent les médecins généralistes d'un hôpital de jour d'addictologie ? » (10)

Ce travail évalue les attentes des médecins généralistes concernant l'ouverture en septembre 2012 d'une unité d'hospitalisation de jour en addictologie au sein du centre hospitalier d'Hénin Beaumont.

132 médecins généralistes du secteur d'Hénin Beaumont ont répondu à un questionnaire. Il en résulte que les généralistes connaissent la structure d'hôpital de jour en addictologie et qu'ils en attendent une aide, dans l'évaluation addictologique globale, le dépistage des comorbidités psychiatriques, le soutien psychiatrique, les conseils diététiques, l'évaluation cognitive et lors des situations de crises.

Près de 80% des généralistes estiment que la mission première de l'hôpital de jour est celle du sevrage. 75% d'entre eux orienteraient leurs patients présentant une dépendance à l'alcool. Seulement 43% y voient un lieu de prévention des addictions. Le but de ce travail était de comparer les attentes des généralistes avec les possibilités de l'hôpital de jour pour concrétiser un travail en réseau de soins entre la ville et l'hôpital.

4.2 A partir de la base de données de la Société Française d'Alcoologie.

Sur le site internet de la société française d'alcoologie dans la rubrique « Revue alcoologie et addictologie » dans la sous rubrique recherche bibliographique avec les mots clés « hôpital de jour, hospitalisation de jour ».

Il n'apparaît qu'une seule référence :

Bénard JY. L'hospitalisation (temps plein et hospitalisation de jour) et les soins de suite et de réadaptation : 2^{ème} conférence de consensus de la SFA, mars 2001. (11)

Cette conférence répond à différentes questions dont notamment, la question de l'organisation de l'accompagnement des sujets dépendants. L'hôpital de jour apparaît comme l'un des moyens d'accompagnement dans le texte de la conférence de consensus.

Cependant il y est écrit : « l'hôpital de jour permet un appui institutionnel tout en conservant une certaine autonomie, mais on ne peut faire de recommandation précise dans ce domaine. »

4.3 A partir de la base de données du Collège Professionnel des Acteurs d'Addictologie Hospitalière (COPA AH).

Le groupe de travail sur l'hôpital de jour du Collège Professionnel des Acteurs d'Addictologie Hospitalière a présenté en décembre 2011 un document de travail sur l'hôpital de jour en addictologie. Ce document est une proposition de référentiel de prise en charge des patients. (12)

Il a été réalisé à partir d'un questionnaire analysant le fonctionnement de 9 hôpitaux de jour d'addictologie français.

On y redonne une définition de l'hôpital de jour. Il s'agit d'une structure alternative à l'hospitalisation complète, réalisant une prise en charge spécialisée des patients dont le lien avec leur environnement social est maintenu.

Les intérêts d'un hôpital de jour sont sa grande souplesse dans l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé et adaptable ou court du séjour.

Il permet de préserver l'insertion sociale et familiale des patients en évitant les hospitalisations à temps plein. Il permet de maintenir la confrontation du patient avec les produits d'addiction, tout en étant encadré. Enfin sur le plan économique, les hôpitaux de jour sont des structures moins onéreuses.

Les patients peuvent intégrer l'hôpital de jour afin d'y effectuer un sevrage, réaliser une évaluation dans l'optique d'un sevrage ultérieur, au décours d'un sevrage intra-hospitalier, ou encore lors de la gestion de crises pour les patients déjà connus du service.

Selon les structures interrogées, il peut exister des contre-indications à intégrer l'hôpital de jour. Il en est reporté trois : l'éloignement géographique, un état somatique ou psychique incompatible et l'incapacité à respecter les règles de vie d'un hôpital de jour.

Les patients y sont accueillis en semaine pour une durée de quelques semaines à plusieurs mois.

L'offre thérapeutique doit être la plus diversifiée possible proposant une prise en charge quotidienne à visée thérapeutique ou d'évaluation, une distribution des traitements, des thérapies de groupes (motivationnels, psychothérapiques, psychoéducatifs, rééducatifs).

Enfin le suivi doit être assuré lors de synthèses pluridisciplinaires et de consultations de suivi médical.

4.4 A partir de la base de données de la Fédération addiction.

La recherche sur cette base de données n'a pas permis de trouver de documents sur le sujet.

4.5 A partir de la base de données de l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie.

Cette base de ressources consultable sur internet dispose d'un portail documentaire avec une base bibliographique internationale.

Avec l'utilisation des mêmes mots clés cités précédemment en français puis traduits en anglais, plusieurs articles concernant l'hôpital de jour ont été trouvés.

L'étude Alterman (13) réalisée en 1993 par l'université de médecine de Pennsylvanie, compare la prise en charge pendant 1 mois en hôpital de jour versus hospitalisation conventionnelle de patients alcoolo-dépendants au sein d'une population masculine d'anciens combattants. Les prises en charge étaient évaluées par le « Treatment Services Review » qui se basait sur la quantité de traitement dont bénéficiaient les patients dans 7 domaines différents (médical, psychologique, problèmes liés à d'alcool, la drogue, l'emploi, la justice, et la famille).

Il y avait 57 patients en hôpital de jour et 39 en hospitalisation conventionnelle, tous alcoolo-dépendants. Les deux groupes étaient significativement comparables sauf pour l'âge, les problèmes médicaux et l'emploi. Le groupe d'hôpital de jour était plus âgé et avait plus de problèmes médicaux, mais moins de problèmes concernant l'emploi par rapport au groupe d'hospitalisation conventionnelle.

Une analyse de variance multivariée a été réalisée sur les 7 domaines de traitements proposés, celle-ci était significative ($F=7,23$; $p=0,0001$). Ce qui explique que les domaines de traitement sont différents entre les deux groupes. Le groupe hôpital de jour a reçu de manière significative plus de soins concernant l'alcool et les drogues alors que le groupe hospitalisation conventionnelle a reçu plus de soins concernant

les problèmes médicaux, liés à l'emploi et la famille. Les domaines de traitement concernant la psychiatrie et la justice n'étaient pas significativement différents.

L'étude Weithmann et al. (14) publiée en 2005 est un essai clinique randomisé visant à comparer la prise en charge de patients alcoolo-dépendants en hospitalisation conventionnelle versus hospitalisation de jour. Cet essai a été réalisé en Allemagne au sein du centre de psychiatrie « Weissenau ».

Ce travail est important car il s'agit de la seule étude européenne retrouvée dans la littérature sur le sujet et donc se rapproche le plus de la prise en charge en France.

207 patients ont été recrutés, 98 ont refusé d'y participer le plus souvent par manque de temps. Au final, 109 patients ont été inclus pour cette étude, 54 dans le groupe hospitalisation conventionnelle (groupe HC) et 55 dans le groupe hospitalisation de jour (groupe HDJ). Concernant les caractéristiques des patients, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes, et pas non plus de différence significative avec la population généralement prise en charge dans cet établissement sauf pour les femmes qui étaient sous représentées dans l'échantillon de l'étude.

Tous les patients bénéficiaient d'un sevrage initial en hospitalisation conventionnelle puis étaient randomisés dans le groupe HDJ ou HC.

La prise en charge par la suite était assurée dans les mêmes locaux et par la même équipe thérapeutique pour les deux groupes. A la différence que le groupe HDJ rentrait au domicile le soir et les week-ends. La durée de la prise en charge était d'environ 4 semaines.

La prise en charge des groupes HDJ et HC a été évaluée à 3, 6, 9 et 12 mois après la sortie, lors d'entretiens à domicile par la méthode « time line follow-back » qui évaluait le pourcentage de jours d'abstinence, la quantité d'alcool bue par jour de

consommation (en unité standard, 1US =12 g d'alcool pur), le nombre de rechutes au cours de la prise en charge initiale, l'arrêt précoce du traitement, le nombre de jours de ré hospitalisation et l'abstinence continue tout au long du suivi.

S'il manquait une donnée, le patient était exclu de l'analyse statistique de cette donnée.

Par conséquent, les résultats du pourcentage de jours d'abstinence étaient faits sur 100 patients et la quantité d'alcool bue par jour de consommation sur 91 patients, le reste des données ont été calculées sur les 109 patients initialement inclus.

Le pourcentage de jours d'abstinence et la quantité d'alcool bue par jour de consommation étaient très proche dans les deux groupes HC et HDJ, sans différence significative. Si bien que les auteurs ont publié la moyenne des deux groupes.

Le pourcentage de jours d'abstinence était de 78% à 3 mois ; 68% à 6 mois ; 68,1% à 9 mois et 70% à 1 an. Il y avait une différence significative entre le pourcentage de jour d'abstinence avant prise en charge (28%) et après prise en charge et ce tout au long du suivi (78%, 68%, 68,1% et 70%).

La quantité d'alcool bue par jour de consommation était aussi significativement plus haute avant la prise en charge (11,3 US) qu'après, avec en moyenne 4,6 US à 3 mois ; 5,6 US à 6 mois ; 4,9 US et 4,3 US à 1 an.

La rechute pendant la prise en charge initiale était arrivée chez 7,4% des patients du groupe HC et 14,5% des patients du groupe HDJ. L'arrêt prématuré du suivi concernait 11,1% des patients du groupe HC et 18,2% du groupe HDJ.

A 1 an, 18,5% des patients du groupe HC et 21,8% du groupe HDJ avaient été abstinents continus c'est-à-dire tout au long du suivi.

Après 1 an de suivi, le nombre de jour moyen de ré hospitalisation était de 47,8 jours pour le groupe HC et 32,1 jours pour le groupe HDJ.

Au final, les deux prises en charge, hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour ont un effet significatif sur l'amélioration des patients, sans différence significative entre elles. Cependant l'hôpital de jour compte plus d'abstinents continus et moins de jours de ré hospitalisation, pour un coût entre l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation de jour en faveur de ce dernier.

Une autre étude réalisée par la même équipe, Weithmann et al. (15) date de 2007.

Ce travail examinait si la réduction des coûts lors de la prise en charge initiale des patients alcoolo-dépendants en hôpital de jour par rapport à la prise en charge lors d'une hospitalisation conventionnelle était neutralisée par une augmentation de la fréquence de ré hospitalisations l'année qui suit la prise en charge initiale.

On y apprend que la prise en charge initiale du patient en hôpital de jour coûte 24% moins cher que la prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Que l'ensemble des coûts supplémentaires de ré hospitalisation l'année du suivi est supérieur aux coûts initiaux de prise en charge, mais aucune différence significative n'émerge entre les deux types de prise en charge.

Environ 75% des coûts de prise en charge supplémentaires sont causés par seulement 25% des patients.

L'étude conclut donc que non seulement l'hôpital de jour diminue les coûts initiaux de prise en charge mais en plus qu'il ne compte pas plus cher en termes de prise en charge supplémentaire l'année qui suit.

L'étude Witbrodt et Al. (16) publiée en 2007 par un vaste groupe de travail de l'université de Californie et soutenue par l'institut national américain sur l'abus des drogues (NIDA) a été réalisée sur plusieurs années.

Ce travail porte sur l'analyse de 733 patients, dont l'âge moyen était de 41 ans, il y avait 36 % de femmes et 35 % des sujets étaient mariés ou en couple. Les problèmes d'alcool concernaient 66% de la population, dont 30% dépendants aussi à des produits stupéfiants. 30% des sujets n'étaient dépendants qu'aux produits stupéfiants et les 4% restant n'étaient pas diagnostiqués.

A partir de cette population, 4 groupes de patients avaient été formés pour la prise en charge de leurs problèmes d'addiction.

Un groupe de 154 patients randomisés en hôpital de jour (groupe r-HDJ). Un groupe de 139 patients randomisés en traitement résidentiel communautaire (groupe r-RC).

Un groupe de 321 patients qui avaient refusé la randomisation et avaient directement choisi d'être en hôpital de jour (groupe nr-HDJ), et un groupe de 82 patients qui avaient directement été orientés par les médecins en traitement résidentiel communautaire pour raisons médicales (groupe nr-RC).

La prise en charge de l'ensemble des patients était réalisée au sein de 5 structures d'hospitalisation de jour et de 7 structures résidentielles communautaires.

Le critère principal de jugement était l'abstinence à 6 et 12 mois.

Il a été comparé les groupes r-HDJ et r-RC afin d'évaluer l'hôpital de jour par rapport au traitement résidentiel communautaire et les groupes nr-HDJ et r-HDJ afin d'évaluer s'il y avait une différence entre le choix ou non d'être en hôpital de jour.

L'hypothèse est que le taux d'abstinence serait plus élevé pour la prise en charge en résidence communautaire par rapport à la prise en charge en hôpital de jour.

L'ensemble des prises en charge et des activités réalisées au sein des différentes structures étaient les mêmes. La prise en charge se caractérisait par deux types de

traitements, d'une part un traitement « formel » délivré par les structures et d'autre part un traitement « informel » (facultatif) passant notamment par le travail « d'un programme en 12 étapes » défini par le mouvement des alcooliques anonymes.

Le suivi des groupes était réalisé par rappels téléphoniques à 6 et 12 mois, ils étaient évalués en utilisant le score de L'ASI (Addiction Severity Index) qui évalue sur les 30 derniers jours 7 domaines (alcool, drogues, médecine, psychiatrie, emploi, justice, famille et social). Ce score est compris entre 0 et 1, plus il est proche de 1 plus le domaine est considéré comme étant sévère.

L'abstinence était définie par l'absence de toute consommation d'alcool ou de drogue dans les 30 derniers jours précédant l'échéance du suivi.

Il était aussi évalué le nombre de jours de participation au traitement formel et informel pour trois périodes (0-2 mois ; 2-6 mois et 6-12 mois).

Tout ceci afin d'évaluer s'il y avait un rapport entre l'abstinence et le nombre de jours ou le type de traitement suivi.

Les différents groupes étaient comparables de manière significative sur le plan démographique.

Le taux de suivi à 6 et 12 mois n'était pas différent de manière significative entre l'ensemble des groupes. Pour le groupe r-HDJ, il était de 83% à 6 mois et 77% à 12 mois. Il était de 77% à 6 mois et 80% à 12 mois pour le groupe r-RC, enfin pour le groupe nr-HDJ de 80% à 6 mois et 74% à 12 mois.

Le taux d'abstinence a été ajusté aux pourcentages de perdus de vue.

Il était pour le groupe r-HDJ de 53,9% à 6 mois et de 47,4% à 12 mois, pour le groupe r-RC de 52,5% à 6 mois et 50,4% à 12 mois et enfin de 51,4% à 6 mois et 43,6% à 12 mois pour le groupe nr-HDJ. Aucun groupe n'était significativement plus abstinent qu'un autre à 6 comme à 12 mois.

Par contre, il a été démontré que l'abstinence a un lien significatif avec le nombre de jours de traitement formel suivi entre 0 et 2 mois (OD=1,04 ; IC [1,02-1,07] p=0,04) et le nombre de jour de traitement informel (le programme en 12 étapes) tout au long des 12 mois de suivi (OD=1,02 ; IC [1,01-1,03] p=0,02).

En outre, cette étude met l'accent sur l'importance de la participation au traitement formel au début (entre 0 et 2 mois) puis l'importance du traitement informel par la suite. La prise en charge en résidence communautaire n'était pas significativement supérieure à celle de l'hôpital de jour, les taux d'abstinence étaient comparables dans l'ensemble des groupes.

L'étude Pham (17) a suivi en France 150 patients entre novembre 2007 et novembre 2010 afin d'évaluer l'impact d'un projet de soin en hôpital de jour d'addictologie sur le maintien de l'abstinence, l'aide à l'autonomisation et à la réinsertion socioprofessionnelle.

Il y avait 57 femmes et 93 hommes pour une moyenne d'âge de 47 ans, 115 patients étaient entrés en hôpital de jour suite à un sevrage hospitalier et 35 après un suivi en consultation. Il s'agissait de consolider l'abstinence vis-à-vis de l'alcool pour 126 patients. La durée moyenne de prise en charge des patients était de 4 mois et demi.

Lors de la sortie, les patients étaient classés en 3 types de projets : travail, autres activités (associatives, culturelles) et évolutions difficiles (rechute, perdus de vue).

49,3% des patients avaient repris une activité professionnelle, 24,1% faisaient partie du groupe « autres activités » et 26,6% étaient considérés comme « des évolutions difficiles ». Cette étude considère donc 73,4% des patients comme « des bonnes évolutions ».

Le groupe travail était âgé en moyenne de 45 ans avec un suivi en moyenne de 5,4 mois. Le groupe « autres activités » était âgé en moyenne de 51 ans avec un suivi de 5,3 mois. Enfin le groupe d'évolutions difficiles avait 44 ans en moyenne pour un suivi de moins de 2 mois.

L'étude Pham conclut que suivre des patients en hôpital de jour permet une consolidation de l'abstinence et une reconstruction personnelle dans la durée.

4.6 A partir de la base de données Google Scholar.

L'utilisation des mots clés en français et en anglais n'ont permis de trouver qu'une seule étude intéressant le sujet.

Il s'agit de l'étude Pallincourt (18) intitulée : Hôpital de jour, outil de substitution dans l'alcoolodépendance. Cette étude se base sur l'activité d'hôpital de jour de la clinique psychiatrique des Frères Alexiens en Belgique.

Dans un premier temps, il y est mis en avant l'efficacité de l'hôpital de jour.

D'une part en suivant l'évolution de 20 patients alcoolodépendants entre 2006 et 2008. Au bout de 2 ans, 13 patients étaient toujours suivis en hôpital de jour avec 9 abstinentes, 2 rechuteurs brefs (moins de 3 semaines) et 2 rechuteurs plus longs. Sur les 7 patients qui n'étaient plus suivis en hôpital de jour, 3 l'étaient en ambulatoire, 1 était en hébergement psychiatrique de durée indéterminée et les 3 restants étaient décédés. Avant de fréquenter l'hôpital de jour, les 13 patients toujours suivis comptaient 34 hospitalisations dans le service conventionnel d'addictologie. Les auteurs concluent donc à l'efficacité de ce service dans la réduction de la durée et de la fréquence des hospitalisations mais cela au prix d'un suivi au long cours en hôpital de jour.

D'autre part l'efficacité de l'hôpital de jour est démontrée en soumettant un questionnaire à 25 patients de l'hôpital de jour évaluant de manière quantitative ce service. Les différents éléments thérapeutiques y étaient jugés de 1 à 7. La moyenne des notes était de 4,6 démontrant une certaine efficacité de l'hôpital de jour perçue par les patients alcoolo-dépendants.

Enfin cette étude met en avant 3 sous-groupes de patients fréquentant l'hôpital de jour. « Postcure », ce sont des patients qui font suite à un sevrage en hôpital conventionnel afin de renforcer l'abstinence. « Soutien social », ce sont des patients suivis à long terme (jusque 4 ans) cherchant essentiellement un soutien social et moral. « Autres problèmes principaux », ce sont des patients dont le problème principal est d'ordre psychiatrique et dont découlent les problèmes d'alcoolo-dépendance. Ce sont des patients fragiles avec de nombreuses rechutes dépressives comme éthyliques.

A partir de questionnaires de personnalité, les auteurs ont essayé d'évaluer la vulnérabilité psychologique de ces sous-groupes. Mais il n'a pas été mis en évidence de différence entre les sous-groupes. Il s'agit globalement de patients fragiles, anxieux, pessimistes, inhibés face à l'adversité et timides.

Selon les auteurs, l'hôpital de jour peut devenir l'objet d'une nouvelle dépendance, plus exactement un objet d'attachement, remplissant une fonction de sécurisation.

4.7 A partir de base de données Medline.

La base de données Medline n'a pas permis de trouver d'éléments supplémentaires que ceux fournis par la base bibliographique de l'observatoire français des drogues et de la toxicomanie. Par contre, la base Medline a permis l'accès à la majeure partie de ces articles.

5. Intérêt du travail de recherche

Cette étude porte sur 242 patients alcoolo-dépendants ayant bénéficié soit d'un sevrage institutionnel seul, soit d'un sevrage institutionnel suivi d'une prise en charge en hôpital de jour, soit d'un sevrage ambulatoire.

Les critères de jugement principaux de l'étude sont le taux de suivi, d'abstinence et de rechute à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage.

Ces critères ont été comparés uniquement pour les groupes de patients ayant réalisé un sevrage institutionnel seul et ceux ayant réalisé un sevrage institutionnel suivi d'une prise en charge en hôpital de jour.

Le groupe de patients, ayant fait un sevrage ambulatoire sera étudié de manière observationnelle, les patients n'étant pas comparables avec les deux autres groupes.

Les objectifs secondaires de l'étude sont la recherche de facteurs de risques de rechute à partir des données recueillies lors de l'inclusion.

D'éventuels facteurs favorisant l'abstinence ont également été recherchés.

MATERIELS ET METHODES

La méthodologie de cette étude a déjà été décrite lors de travaux de thèses précédents (19)(9)(20) dont nous reprendrons les grandes lignes. Nous développerons aussi les modifications apportées au cours de cette enquête.

1. Définition de l'étude

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

Elle porte sur 242 patients volontaires inclus entre janvier 2013 et février 2014 ayant réalisés un sevrage alcoolique. L'ensemble des patients participants à l'étude avait reçu une note d'informations et signé un consentement éclairé. (Annexe 1)

Elle a été réalisée au sein du service d'addictologie du Professeur Cottencin à Fontan Il au CHRU de Lille et au sein du service d'addictologie du Docteur Urso au Centre Hospitalier de Roubaix ; ainsi qu'au Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Le Pari de Lille.

2. Population de l'étude

Les patients inclus dans l'étude étaient tous des patients alcoolo-dépendants résidant dans la Métropole Lilloise, ayant réalisé un sevrage alcoolique.

Les critères d'inclusion étaient :

- Lieu de résidence situé à moins de 50 km du centre de recrutement,
- Age égal ou supérieur à 18 ans,
- Dépendance à l'alcool selon le CIM 10 et le DSM IV (Annexe 2)
- Consentement éclairé écrit.
- Les critères d'exclusion étaient :
- Critères psychiatriques : affection délirante.
- Critères socio-environnementaux : absence d'environnement social stabilisé (SDF, CHRS non addictologique),
- Demande de prise en charge n'émanant pas du patient lui-même (famille, milieu professionnel, milieu judiciaire).

3. Données recueillies

Lors de l'inclusion des patients, un questionnaire a été rempli. (Annexe 3)

Les patients étaient suivis sur une période d'un an, ce suivi consistait en des rappels téléphoniques effectués à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la date du début de sevrage alcoolique. Lors de ces rappels, les données étaient recueillies sur un questionnaire de suivi. (Annexe 4)

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"> -Genre, -Age, -Catégorie socioprofessionnelle, -Statut matrimonial. <p><u>Données concernant les antécédents addictologiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Age de la première consommation d'alcool, -Age de la première ivresse, -Age du début des consommations à problème, -Notion d'actes de violences liés à la consommation d'alcool et à quel âge, -Nombre de sevrages antérieurs, -Intoxication tabagique et quantité, -Consommation quotidienne déclarée, -Existence de complications liées à la consommation d'alcool. <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"> -Suivi après le sevrage, -Intervenants du suivi, -Participation à des réunions d'anciens buveurs, -Consommation déclarée d'alcool, -Notion de consommation occasionnelle, -Besoin de soin par rapport à l'alcool.

Au cours de l'enquête, une notion supplémentaire a été définie : celle de la consommation sans rechute.

En effet, à partir de la consommation déclarée d'alcool, il a été défini trois catégories de patients :

- « Les abstinents » définis par une consommation d'alcool quotidienne nulle.
- « Les rechuteurs » définis selon les critères de l'OMS (consommation d'alcool quotidienne supérieure à 3 verres par jour pour les hommes, supérieure à 2 verres par jours pour les femmes).
- « Les consommateurs non rechuteurs » regroupant trois sous catégories :
 - « Les consommateurs contrôlés » définis par une consommation d'alcool inférieure à 3 verres par jour pour les hommes, inférieure à 2 verres par jour pour les femmes, avec un jour dans la semaine sans boisson alcoolisée et pas plus de 4 verres pour les occasions.
 - « Les consommateurs occasionnels » définis par une consommation d'alcool inférieure aux critères de l'OMS pour des occasions spéciales.
 - « Les faux pas » définis par une consommation d'alcool non répétée dans le temps de plus de 6 verres en une seule occasion.

4. Circulation des données.

Chaque service d'addictologie avait reçu les questionnaires d'inclusion.

Un référent était nommé dans chaque centre : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin pour Lille, Monsieur le Docteur Urso pour Roubaix.

Les questionnaires d'inclusion étaient complétés soit par un enquêteur soit par un soignant du service, toujours en présence du patient. Ce questionnaire était rempli dans les jours qui suivaient le sevrage alcoolique, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Pour chaque patient, un médecin avait donné une information concernant l'étude et avait recueilli le consentement éclairé et signé par le patient.

Pour le respect de l'anonymat, chaque questionnaire était codé de la manière suivante : première lettre du centre de recrutement suivi des deux premières lettres du nom de famille du patient, suivi de la première lettre de son prénom puis du numéro d'ordre de recrutement. Ainsi, seuls les enquêteurs avaient accès à la correspondance entre ce code et l'identité du patient.

Les enquêteurs étaient chargés de récupérer les questionnaires au fur et à mesure. Ils se chargeaient ensuite des rappels téléphoniques afin de recueillir les données de suivi.

5. Méthodologie du suivi

Etant donné que les rappels téléphoniques étaient réalisés par plusieurs enquêteurs et afin d'éviter des erreurs dans le recueil des données, ces rappels étaient soumis à certaines règles:

Ils étaient effectués en numéro masqué. Si le patient ne répondait pas, un message était laissé lui indiquant le jour du prochain rappel.

S'il répondait, l'enquêteur devait suivre les étapes suivantes :

- Présentation de l'enquêteur,
- S'assurer de la disponibilité du patient et si ce n'était pas le cas, proposer un horaire alternatif,
- Résumé rapide de l'étude,
- Rappel au patient de l'avancée de son suivi (M1, M3, M6, M12),
- Remplir le questionnaire de suivi à partir des informations fournies par le patient,
- Informer sur la période du prochain rappel,
- Lors du dernier rappel, une information était donnée au patient sur la fin de l'étude avec remerciements pour sa participation.

Ce protocole a permis d'uniformiser les recueils de données et de réduire ainsi le nombre de perdus de vue. Un patient était considéré comme perdu de vue après 10 tentatives d'appels à des heures et des jours différents. Si le numéro effectué était non attribué, des recherches étaient réalisées dans la base de données des structures de recrutement afin de récupérer un nouveau numéro de téléphone ou d'éventuelles informations sur le suivi du patient.

6. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance

Dans la littérature, les études concernant le sevrage éthylique retrouvent un taux de rechute à 12 mois entre 60% et 70%.

Pour cette étude, le taux de rechute, tout type de sevrages confondus, estimé est de 65%. Notre hypothèse de départ est que le taux de rechute après une prise en charge institutionnelle suivie d'un 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 chaque bras que nous allons comparer à savoir l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation conventionnelle suivie d'un hôpital de jour.

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

Dans le bras « hospitalisation conventionnelle » 102 patients avaient été recrutés et dans le bras « hospitalisation conventionnelle suivie d'un hôpital de jour » 77 patients avaient été recrutés.

L'ensemble des estimations nécessaires à cette étude ont été réalisées avec l'aide de l'équipe de biostatisticiens de Lille.

Pour le groupe ambulatoire, 63 patients avaient été recrutés, mais l'analyse n'étant qu'observationnelle, il n'y avait pas d'effectif minimum à recruter.

7. Analyse statistique des données

Pour l'analyse statistique, l'ensemble des données recueillies lors de l'inclusion et lors des rappels téléphoniques à 1 mois, 3 mois et 6 mois ont été intégrées dans un tableur Excel.

Chaque donnée recueillie a bénéficié d'un codage numérique. (Annexe 5)

Un plan des analyses statistiques souhaitées avait été établi au préalable.

Les variables qualitatives ont été décrites avec fréquence et pourcentage.

Les variables numériques ont été décrites en moyenne, déviation standard, minimum-maximum.

Les comparaisons de fréquence ont été faites par un test du Chi-deux.

La comparaison du paramètre ordinal « âge du début de la consommation à problème » a été testée par le Chi-deux de Mantel-Haenszel.

Les comparaisons de groupe selon une variable numérique ont été réalisées par le test de Student ou par le test de U de Mann-Whitney dans le cas d'une distribution asymétrique.

L'ensemble des données recueillies lors de l'inclusion a déjà fait l'objet d'un travail de thèse (10). Il a été conclu que le groupe hospitalisation conventionnelle (groupe HC) et le groupe Hospitalisation de jour (groupe HDJ) étaient comparables de manière significative à l'exception du sexe ratio, qui était de 6,2 pour le groupe HC et de 2,4 pour le groupe HDJ.

Les études comparatives entre le groupe HC et le groupe HDJ en terme de suivi, de rechute et d'abstinence ont donc été ajustées à la variable genre.

Une « p value » inférieure à 0,05 donnait un test significatif.

Une « p value » comprise entre 0,05 et 0,09 donnait une tendance.

Pour la recherche de facteurs de risque de rechute et de facteurs liés à l'abstinence, ceux-ci ont été étudiés de manière univariée dans un 1^{er} temps. Un ajustement sur la cohorte a été affecté pour cette analyse, du fait qu'on observera qu'il y a une différence sur la rechute et l'abstinence.

Puis les variables significatives avec une « p value » inférieure à 0,2 ont été inclus dans un modèle multivarié de régression logistique pas à pas avec une méthode de sélection type « backward » permettant une analyse multivariée.

L'ensemble des statistiques ont été réalisées par l'équipe de biostatisticiens du CHRU de Lille grâce au logiciel Statistical Analysis System version 9.3.

8. Accords

Cette étude a reçu l'avis favorable :

- du Comité de Protection des Personnes (CPP) en novembre 2010. (Annexe 6)
- du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) en octobre 2011 (Annexe 7)
- de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en Août 2012. (Annexe 8)

RESULTATS

1. Description de la population à l'inclusion

L'ensemble des données recueillies lors de l'inclusion ont déjà fait l'objet d'un travail de thèse (9). Ces données seront reprises sous la forme d'un tableau global récapitulatif.

L'ensemble de ces données analysées statistiquement, ont permis de conclure que le groupe hospitalisation conventionnelle (groupe HC) et le groupe Hospitalisation de jour (groupe HDJ) étaient comparables de manière significative.

A l'exception du sexe ratio, qui était de 6,2 pour le groupe HC et de 2,4 pour le groupe HDJ.

Par contre, le groupe ambulatoire n'était pas significativement comparable avec les groupes HC et HDJ, ce qui était attendu.

Tableau 1. Données d'inclusion.

Effectifs		TOTAL N=242	HC N=102	HDJ N=77	AMBU N=63	p
Centre d'inclusion <i>n</i>	Roubaix	142	57	39	45	
	Lille	100	45	38	17	
Genre <i>%(n)</i>	Homme	76,9 (186)	86,3 (88)	71,4 (55)	68,3 (43)	p=0,01
	Femme	23,1 (56)	13,7 (14)	28,6 (22)	31,7 (20)	
Moyenne d'âge <i>années +/- Dev Std</i>		46,3 ±9,3	46,6 ±9,1	46,1 ±9,1	46 ±9,9	p=0,89
Statut matrimonial <i>%(n)</i>	Célibataire/ divorcé / Veuf(ve)	65,3 (158)	72,5 (74)	70,1 (54)	47,6 (30)	p=0,003
	marié / pacsé / union libre	34,7 (84)	27,5(28)	29,9(23)	52,4(33)	
Activités professionnelles <i>%(n)</i>	ouvrier / employé	35,1 (85)	34,3 (35)	36,4 (28)	34,9 (22)	
	cadre / cadre sup / liberaux / commerçants	10,7(26)	7,8(8)	10,4(8)	15,9(10)	
	chômage / invalidité / AAH / sans droits / RSA/ Retraité/ Femme au foyer	54,2 (131)	57,8 (59)	53,2 (51)	49,2 (31)	
Age moyen de la 1ère consommation d'alcool <i>années +/- Dev Std</i>		15,8 ±4,9	16,6 ±5,6	15,4 ±4,3	15 ±4	p=0,06
Age moyen de la 1ère ivresse <i>années +/- Dev Std</i>		19,3 ±7,3	19,6 ±6,8	19,9 ±9,3	18 ±5	p=0,29
Consommation moyenne d'alcool avant sevrage <i>US/jour +/- Dev Std</i>		23,9 ±17	26,7 ±18,5	27 ±18,2	15,5 ±8	p=0,00001
Actes de violence liés à la consommation <i>%(n)</i>		51,5 (122)	44 (44)	49,3 (37)	66,1 (41)	p=0,02
Age début des consommations à problème <i>%(n)</i>	<25ans	36,4 (88)	37,2(38)	42,8 (33)	27 (17)	p=0,36
	26-35ans	31 (75)	35,3 (36)	23,4 (18)	33,3 (21)	
	36-45ans	19 (46)	15,7 (16)	20,8 (16)	22,2 (14)	
	>46ans	13,6 (33)	11,8 (12)	13 (10)	17,5 (11)	
Nombre moyen de sevrages antérieurs <i>n +/- Dev Std</i>		2,5 ±3,4	3,12 ±4,29	2,77 ±2,77	1,19 ±1,89	p=0,0007
Tabagisme actif <i>%(n)</i>		83,5 (202)	89,2 (91)	84,4 (65)	73 (46)	p=0,02
Complications liées à l'alcool <i>%(n)</i>		55 (133)	61,8 (63)	61 (47)	36,5 (23)	p=0,0028
Dépression <i>%(n)</i>		33,9 (82)	35,3 (36)	42,9 (33)	20,6 (13)	
Accompagnement dans l'indication du sevrage <i>%(n)</i>		26,4 (64)	11,5 (28)	6,2 (15)	8,7 (21)	

2. Résumé des données des analyses descriptives à 1 et 3 mois

L'ensemble des données à 1 et 3 mois font l'objet d'un travail de thèse distinct. (20)

Il sera repris tout au long de ce travail les principaux tableaux et résultats, afin d'apprécier l'évolution des paramètres étudiés.

Tableau 2. Données descriptives à 1 mois.

		TOTAL N=242	HC N=102	HDJ N=77	AMBU N=63
Effectifs					
Perdus de vue %(n)		2,9 (7)	4,9 (5)	0 (0)	3,2 (2)
Absence de suivi %(n)		7,8 (19)	14,7 (15)	2,6 (2)	3,2 (2)
Suivi %(n)		89,3 (216)	80,4 (82)	97,4 (75)	93,6 (59)
Intervenants suivi %(n)	IDE ville	15,3 (33)	0 (0)	2,7 (2)	52,5 (31)
	Hopital consult	36,1 (78)	56,1 (46)	30,7 (23)	15,2 (9)
	Hopital HDJ	27,3 (59)	8,5 (7)	69,3 (52)	0,0 (0)
	Médecin traitant	36,1 (78)	42,7 (35)	28,0 (21)	37,3 (22)
	CSAPA	23,1 (50)	20,7 (17)	13,3 (10)	39 (23)
	Psychiatre	2,3 (5)	3,6 (3)	2,7 (2)	0,0 (0)
	Psychologue	10,2 (22)	14,6 (12)	10,7 (8)	3,4 (2)
Rechute %(n)		22,1 (52)	30,9 (30)	16,9 (13)	14,8 (9)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs <i>US/jour ± Dev Std</i>		20,0 ± 17,7	21,1 ± 14,5	21 ± 27,4	15,3 ± 9,4
Non rechuteurs %(n)	Abstinent	69,4 (163)	59,8 (58)	74,0 (57)	78,7 (48)
	consommateur contrôlé	3,8 (9)	3,1 (3)	3,9 (3)	4,9 (3)
	consommateur occasionnel	3,0 (7)	4,1 (4)	2,6 (2)	1,6 (1)
	Faux pas	1,7 (4)	2,1 (2)	2,6 (2)	0,0 (0)
Participation réunion anciens buveurs %(n)		16,6 (39)	15,5 (15)	18,2 (14)	16,4 (10)
Besoin de soins %(n)		84,3 (198)	80,4 (78)	88,3 (68)	85,2 (52)

Tableau 3. Données descriptives à 3 mois.

		TOTAL N=242	HC N=102	HDJ N=77	AMBU N=63
Effectifs					
Perdus de vue %<i>(n)</i>		6,6 (16)	7,8 (8)	2,6 (2)	9,5 (6)
Absence de suivi %<i>(n)</i>		16,9 (41)	26,5 (27)	10,4 (8)	9,5 (6)
Suivi %<i>(n)</i>		76,5 (185)	65,7 (67)	87 (67)	81,0 (51)
Intervenants suivi %<i>(n)</i>	IDE ville	4,3 (8)	0,0 (0)	1,5 (1)	13,7 (7)
	Hopital consult	55,7 (103)	68,6 (46)	53,7 (36)	41,2 (21)
	Hopital HDJ	14,0 (26)	4,5 (3)	34,3 (23)	0,0 (0)
	Médecin traitant	29,2 (54)	28,4 (19)	28,4 (19)	31,4 (16)
	CSAPA	28,6 (53)	25,4 (17)	14,9 (10)	51 (26)
	Psychiatre	3,2 (6)	3,0 (2)	4,5 (3)	2,0 (1)
	Psychologue	7,0 (13)	6,0 (4)	9,0 (6)	5,9 (3)
Rechute %<i>(n)</i>		34,5 (78)	48,9 (46)	28,0 (21)	19,3 (11)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs <i>US/jour ± Dev Std</i>		20,7 ± 16,1	21,5 ± 14,6	22,3 ± 21,7	14,2 ± 6,6
Non rechuteurs %<i>(n)</i>	Abstinent	50,4 (114)	39,3 (37)	54,6 (41)	63,1 (36)
	consommateur contrôlé	7,1 (16)	3,2 (3)	6,7 (5)	14,0 (8)
	consommateur occasionnel	3,6 (8)	4,3 (4)	4,0 (3)	1,7 (1)
	Faux pas	4,4 (10)	4,3 (4)	6,7 (5)	1,7 (1)
Participation réunion anciens buveurs %<i>(n)</i>		9,3 (21)	7,4 (7)	10,7 (8)	10,5 (6)
Besoin de soins %<i>(n)</i>		77,0 (174)	77,7 (73)	82,7 (62)	68,4 (39)

3. Analyse descriptive des données à 6 mois

Les données descriptives recueillies au 6^e mois sont résumées dans le tableau 4.

Tableau 4. Données descriptives à 6 mois.

		TOTAL	HC	HDJ	AMBU
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63
Perdus de vue %(n)		9,1 (22)	8,8 (9)	6,5 (5)	12,7 (8)
Absence de suivi %(n)		16,5 (40)	24,5 (25)	11,7 (9)	9,5 (6)
Suivi %(n)		74,4 (180)	66,7 (68)	81,8 (63)	77,8 (49)
Intervenants suivi %(n)					
	IDE ville	0,6 (1)	0 (0)	0,6 (1)	0 (0)
	Hopital consult	64 (115)	72 (49)	66,7 (42)	49 (24)
	Hopital HDJ	10,6 (19)	5,9 (4)	20,6 (13)	4,1 (2)
	Médecin traitant	17,8 (32)	20,6 (14)	19,1 (12)	12,2 (6)
	CSAPA	25 (45)	22,1 (15)	12,7 (8)	44,9 (22)
	Psychiatre	2,8 (5)	0 (0)	7,9 (5)	0 (0)
	Psychologue	7,8 (14)	5,9 (4)	7,9 (5)	10,2 (5)
Rechute %(n)		44 (97)	47,3 (44)	45,8 (33)	36,6 (20)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs		20,3 ± 17,4	24,5 ± 16,5	17,5 ± 20,1	15,6 ± 12,4
	<i>US/jour ± Dev Std</i>				
Non rechuteurs %(n)					
	Abstinent	40 (88)	39,8 (37)	37,5 (27)	43,6 (24)
	consommateur contrôlé	6,4 (14)	4,3 (4)	6,9 (5)	9 (5)
	consommateur occasionnel	7,3 (16)	7,5 (7)	6,9 (5)	7,2 (4)
	Faux pas	2,3 (5)	1,1 (1)	2,9 (2)	3,6 (2)
Participation réunion anciens buveurs %(n)		10,9 (24)	9,7 (9)	13,9 (10)	9,1 (5)
Besoin de soins %(n)		71,4 (157)	69,9 (65)	79,2 (57)	63,6 (35)

3.1 Suivi des patients à 6 mois

A 6 mois, le suivi global des patients était de 74,4 % soit 180 patients des 242 initialement inclus. Il y avait 16,5% (40 patients) qui n'étaient plus suivis et 9,1% (22 patients) de perdus de vue.

Le groupe le plus suivi était le groupe HDJ (81,8%) suivi du groupe ambulatoire (77,8%) puis du groupe HC (66,7%).

Le taux de patients qui n'étaient plus suivis était de 24,5% dans le groupe HC ; 11,7% pour le groupe HDJ et 9,5% pour le groupe ambulatoire.

Enfin le groupe ayant le moins de perdus de vue était le groupe HDJ (6,5%) suivi de près par le groupe HC (8,8%) puis du groupe ambulatoire (12,7%).

Figure 1. Suivi des patients à 6 mois.

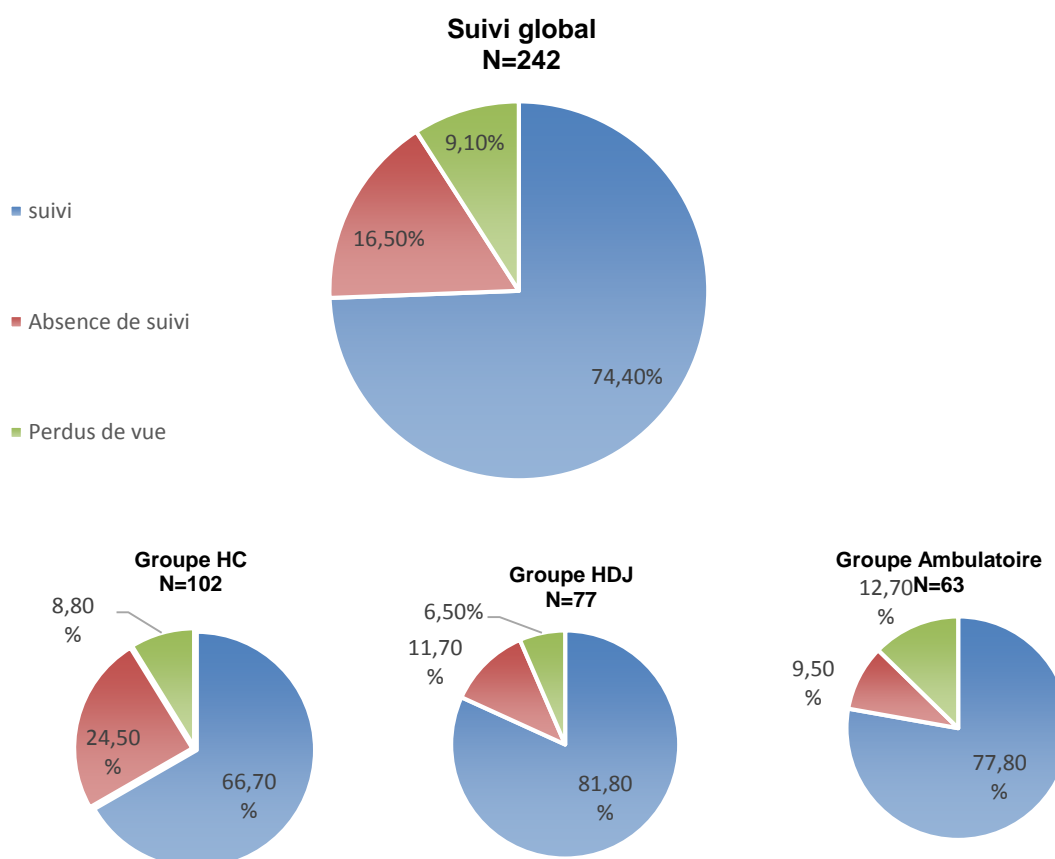
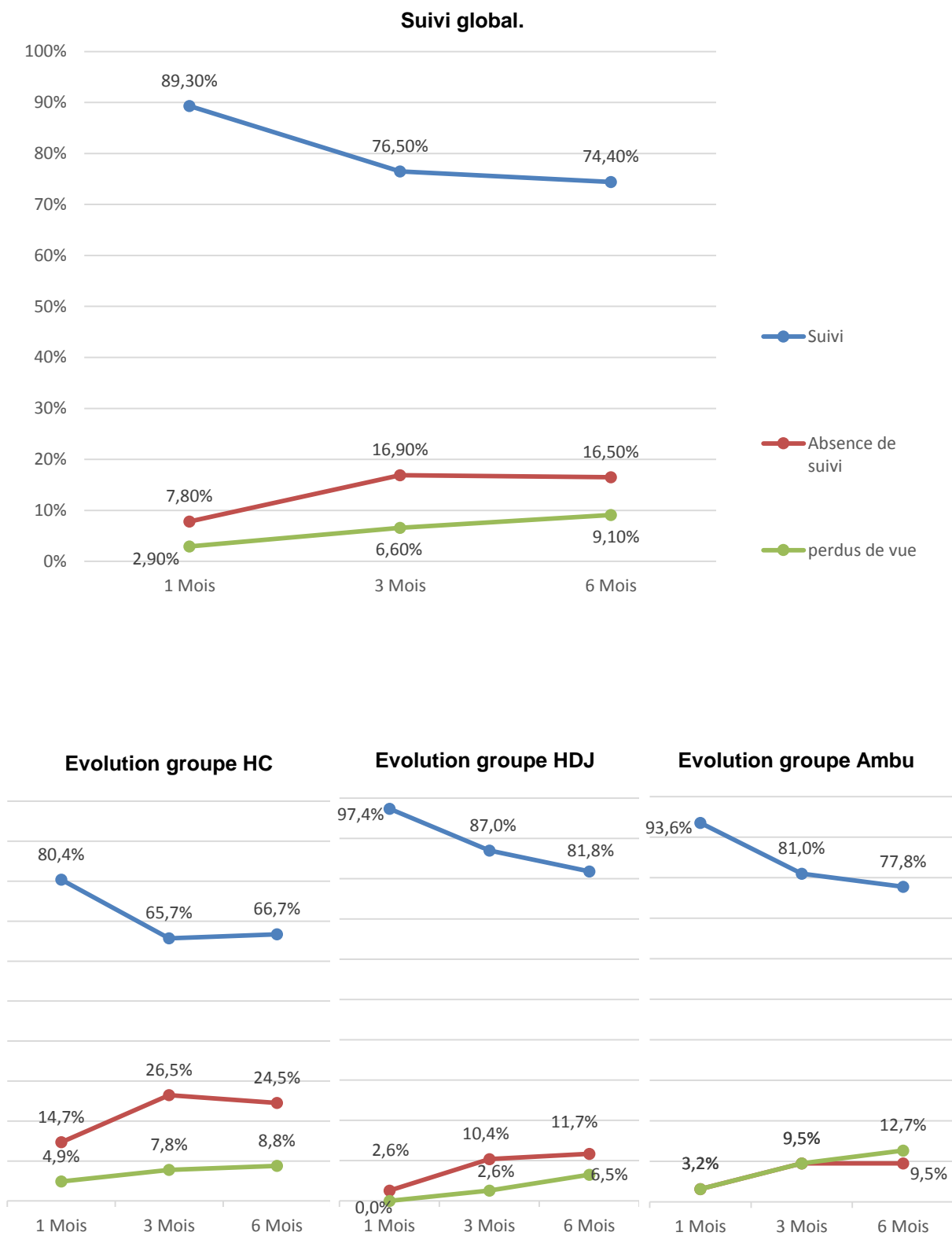


Figure 2. Evolution du suivi entre le 1^e et le 6^e mois.

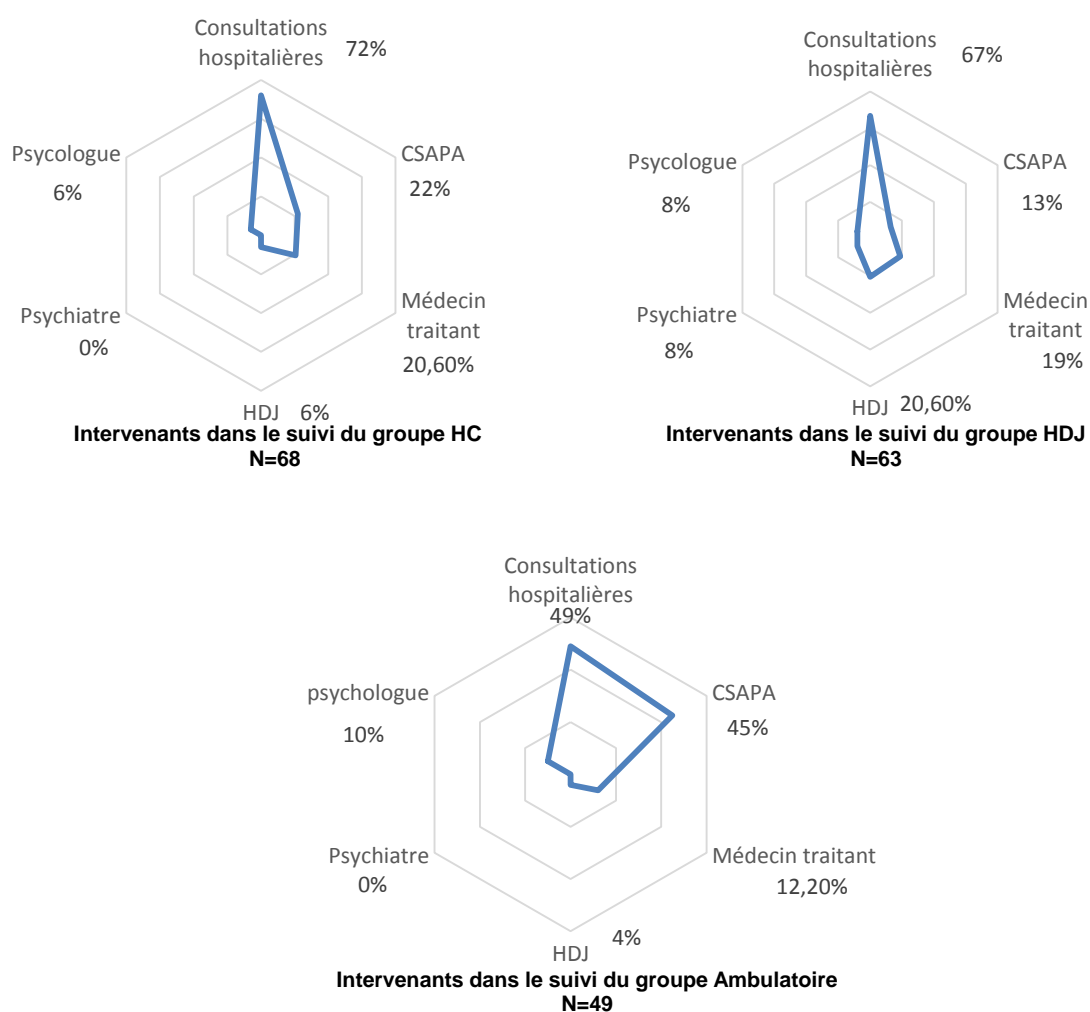


A 6 mois, dans le groupe HC sur les patients encore suivis, 72% d'entre eux l'étaient lors de consultations hospitalières ; 22,1% l'étaient par le CSAPA ; 20,6% par leur médecin traitant ; 5,9% par un psychologue et 5,9% en HDJ.

Dans le groupe HDJ, 66,7% des sujets encore suivis l'étaient lors de consultations hospitalières ; 20,6% des patients étaient toujours suivis en HDJ ; 19% par leur médecin traitant ; 12,7% par le CSAPA ; 16% par un psychiatre ou un psychologue.

Enfin dans le groupe ambulatoire, 49% des patients étaient suivis lors de consultations hospitalières ; 45% par le CSAPA ; 12% par leur médecin traitant ; 10% par un psychiatre et 4% en HDJ.

Figure 3. Intervenants du suivi à 6 mois.



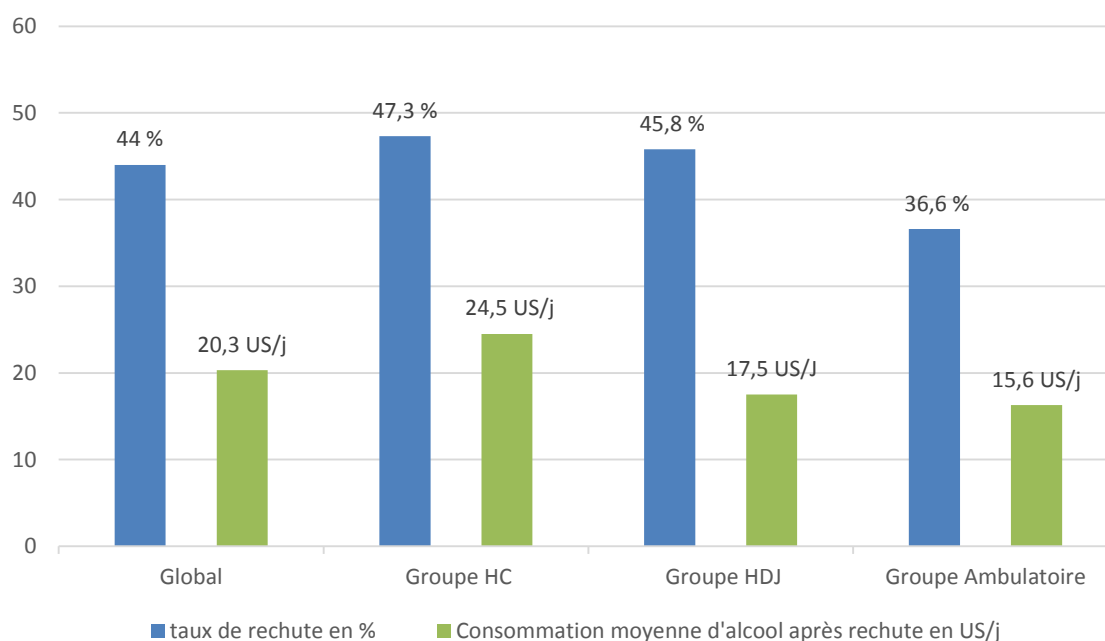
3.2 Rechuteurs à 6 mois

Le taux de rechute global était de 44% à 6 mois soit 97 patients des 220 patients qui avaient répondu au questionnaire de suivi.

Le groupe comportant le plus de rechutes était le groupe HC (47,3%) suivi du groupe HDJ (45,8%) puis du groupe ambulatoire (36,6%).

Chez les patients rechuteurs du groupe HC, la consommation moyenne d'alcool après rechute était de 24,5 US/j ; 17,5 US/j pour le groupe HDJ et 15,6 US/j pour le groupe ambulatoire.

Figure 4. Taux de rechute et consommation moyenne d'alcool à 6 mois.



3.3 Non rechuteurs à 6 mois

Le groupe non rechuteurs a été défini dans la partie matériel et méthode. Il regroupe les abstinents et les consommateurs non rechuteurs (consommateurs contrôlés, consommateurs occasionnels et faux pas).

3.3.1 Les abstinents

Le taux global d'abstinents à 6 mois était de 40% soit 88 patients des 220 patients qui avaient répondu au questionnaire de suivi.

Le groupe comprenant le plus d'abstinents était le groupe ambulatoire (43,6%), suivi du groupe HC (39,8%) et enfin du groupe HDJ (37,5%).

3.3.2 Les consommateurs non rechuteurs

3.3.2.1 Les consommateurs contrôlés

A 6 mois ; 6,4% des patients ayant répondu au questionnaire de suivi (14 sujets) déclaraient être des consommateurs contrôlés. Ils étaient 9% dans le groupe ambulatoire ; 6,9% dans le groupe HDJ et 4,3% dans le groupe HC.

3.3.2.2 Les consommateurs occasionnels

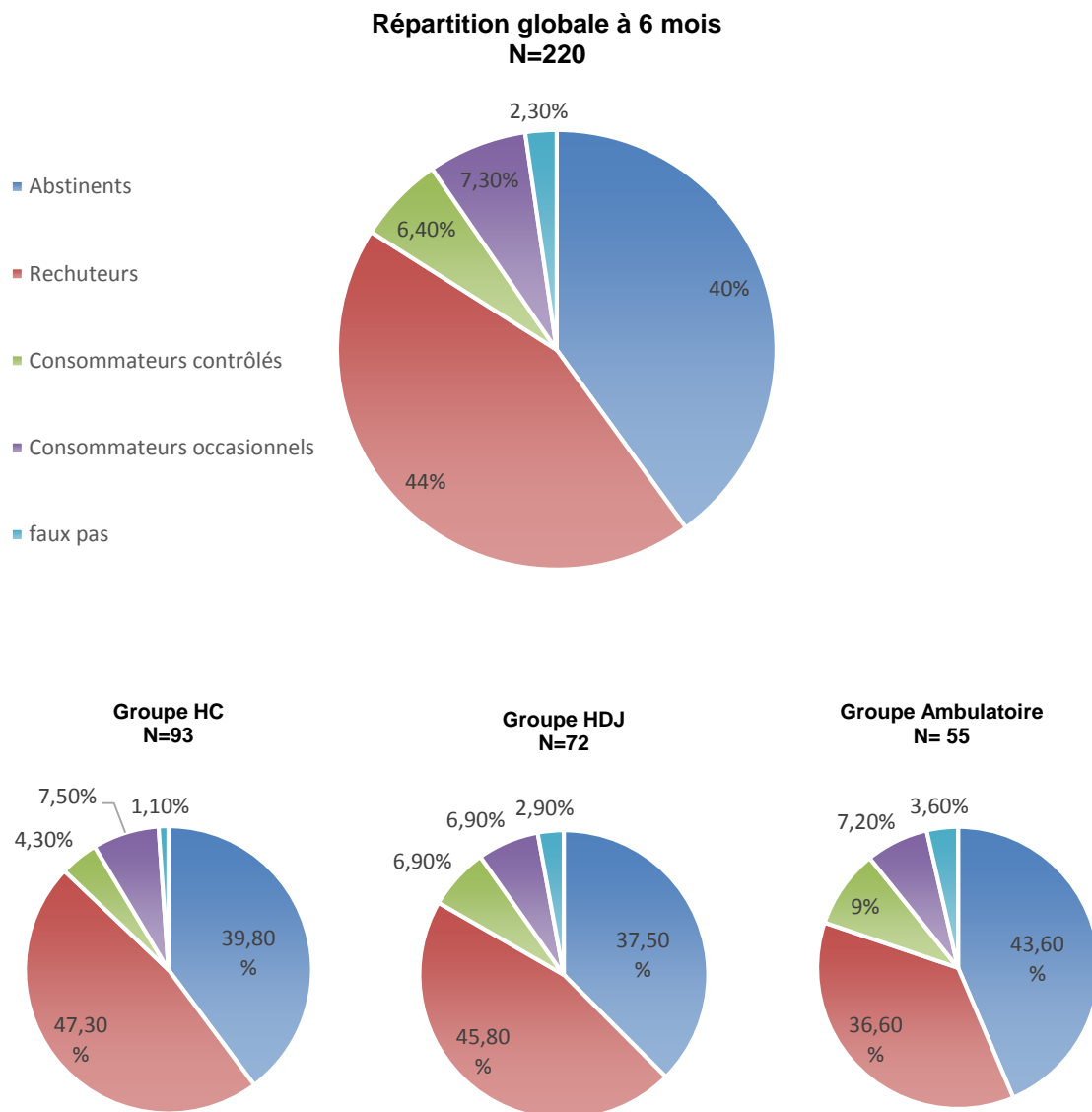
A 6 mois ; 7,3% des patients soit 16 personnes déclaraient être des consommateurs occasionnels de boissons alcoolisées. Répartis de manière uniforme dans les 3 groupes (7,5% en HC ; 7,2% en ambulatoire et 6,9% en HDJ).

3.3.2.3 Les faux pas

Les patients ayant fait un faux pas sont peu nombreux, avec un taux global de 2,3% à 6 mois, (3,6% en ambulatoire ; 2,9% en HDJ et 1,1% en HC).

Au total, le groupe des consommateurs non rechuteurs regroupe tout de même 16% des patients ayant répondu au questionnaire de suivi, soit 35 sujets. Le groupe ambulatoire comportait le plus de consommateurs non rechuteurs avec 19,8% ; suivi du groupe HDJ (16,7%) puis du groupe HC (12,9%).

Figure 5. Répartition des patients ayant répondu au questionnaire de suivi à 6 mois.



3.4 Evolution des groupes de patients entre le 1^{er} et le 6^e mois

Résumé de l'évolution entre le 1^{er} et le 6^e mois de suivi des patients rechuteurs, abstinentes et des consommateurs non rechuteurs en fonction des trois groupes (HC, HDJ et Ambulatoire).

Figure 6. Evolution du taux de rechute entre le 1^{er} et le 6^e mois

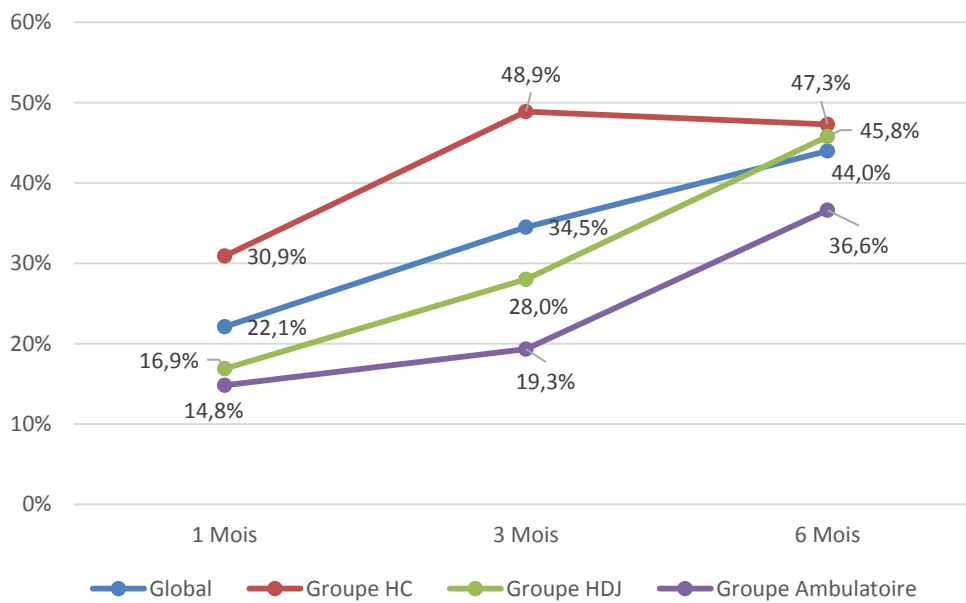


Figure 7. Evolution du taux d'abstinence entre le 1^{er} et le 6^e mois.

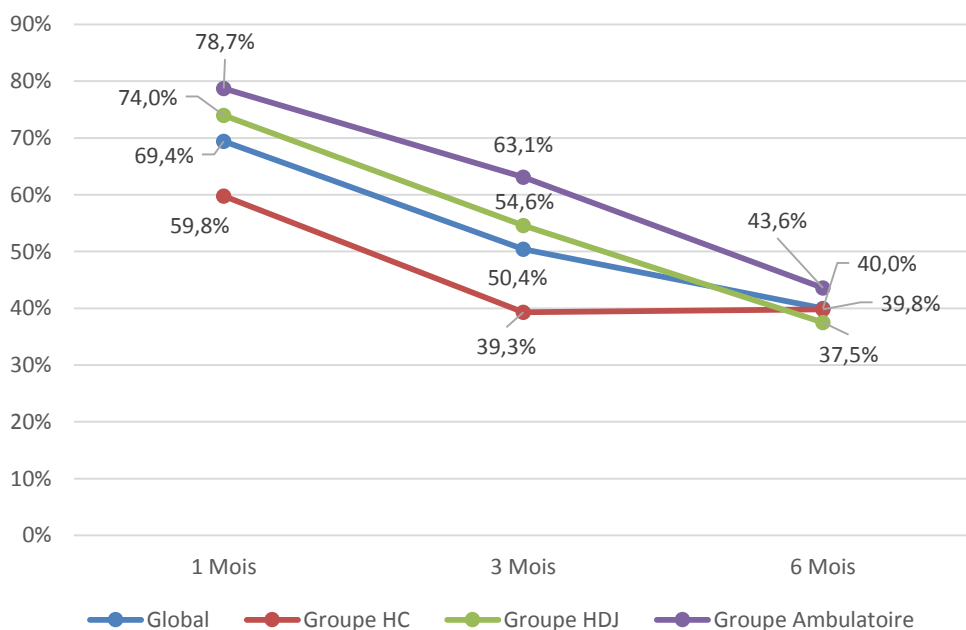
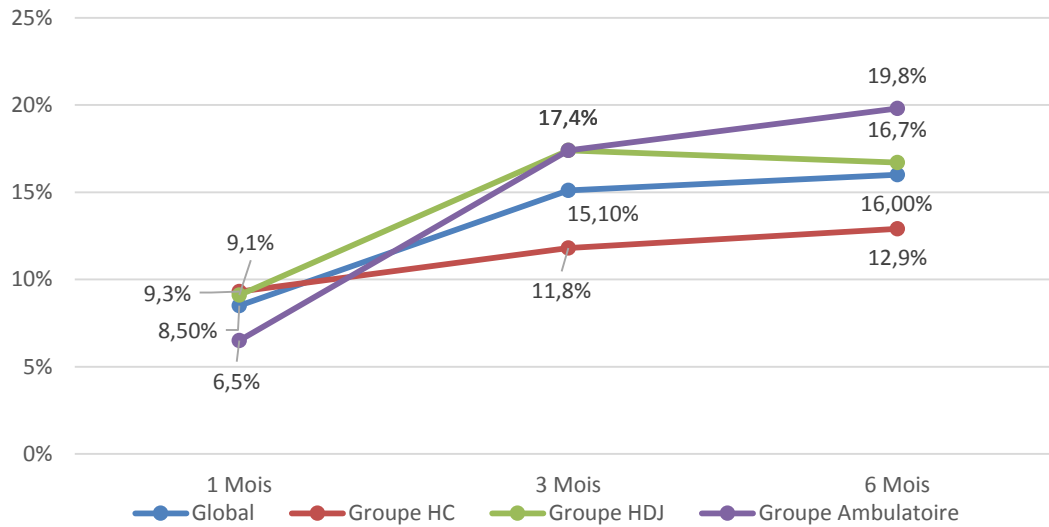


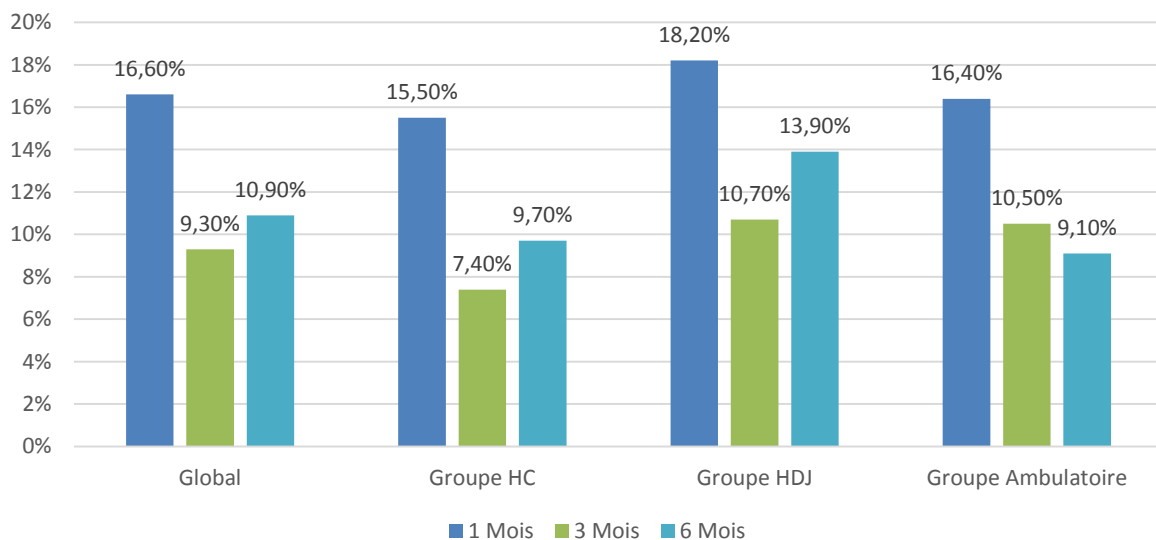
Figure 8. Evolution du taux de consommateurs non rechuteurs entre le 1^{er} et 6^e mois.



3.4 Participation à des réunions d'anciens buveurs à 6 mois

Le taux global de participation à des réunions d'anciens buveurs à 6 mois était de 10,9% soit 24 patients. Le groupe y participant le plus était le groupe HDJ (13,9%) suivi du groupe HC (9,7%) puis du groupe ambulatoire (9,1%).

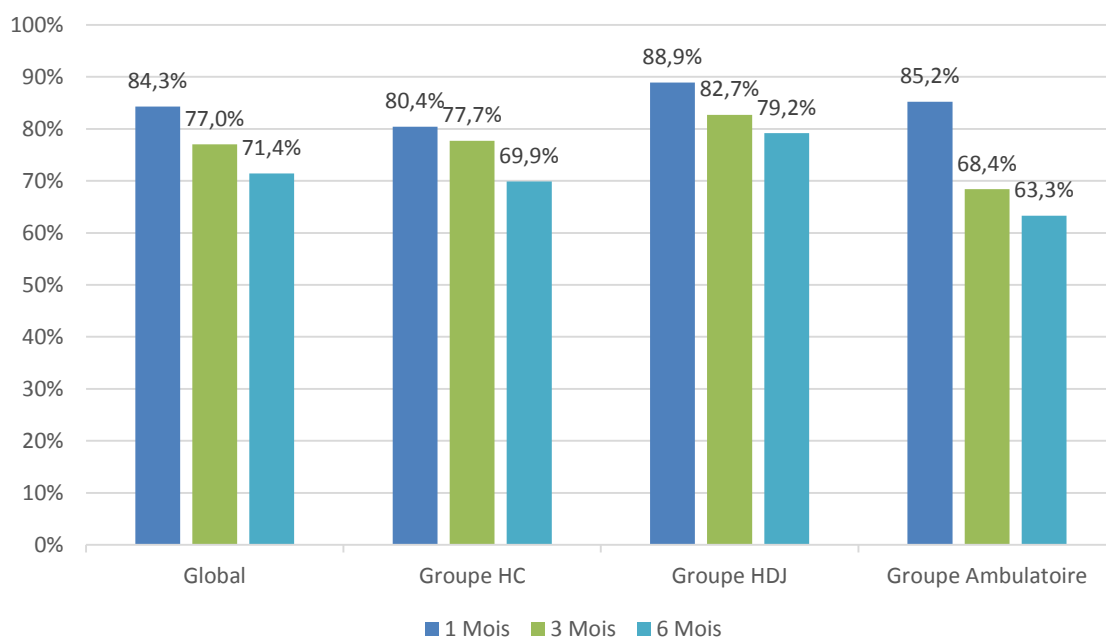
Figure 9. Participation aux réunions d'anciens buveurs au 1^{er}, 3^e et 6^e mois.



3.5 Besoin de soins à 6 mois

Le taux global des patients déclarant à 6 mois toujours ressentir un besoin de soin par rapport à l'alcool était de 71,4% soit 157 patients. Ce besoin était le plus important au sein du groupe HDJ avec 79,2 % des patients, suivi du groupe HC (69,9%) et du groupe Ambulatoire (63,6%).

Figure 10. Besoin de soins par rapport à l'alcool au 1^{er}, 3^e et 6^e mois.



4. Analyse comparative des groupes HC et HDJ à 6 mois

Pour l'analyse comparative des groupes HC et HDJ, les patients perdus de vue ont été considérés comme rechuteurs et non suivi.

Au cours du suivi, trois patients de Roubaix sont décédés, ces informations ont été rapportées par l'équipe du service d'addictologie de Roubaix. N'ayant pas d'informations sur les perdus de vue du service d'addictologie de Lille, il a été décidé de considérer les sujets décédés comme perdus de vue.

L'effectif de patients rechuteurs a donc été augmenté pour l'analyse comparative des groupes.

A cela s'ajoute l'ajustement au genre de la « p value » des groupes HC et HDJ, afin que le genre ne puisse être un biais à la significativité des facteurs comparés dans les deux groupes.

Les résultats du groupe ambulatoire seront rappelés dans les mêmes conditions que les groupes HC et HDJ, en incluant les perdus de vue comme rechuteurs. Rappelons cependant que le groupe ambulatoire n'est pas comparable aux deux autres groupes de par sa population qui est différente.

Tableau 5. Données pour l'analyse comparatives à 6 mois.

	TOTAL	HC	HDJ	AMBU
Effectifs	N=242	N=102	N=77	N=63
Suivi %(n)	74,4 (180)	66,7 (68)	81,8 (63)	77,8 (49)
Rechuteurs %(n)	49,2 (119)	52,0 (53)	49,3 (38)	44,4 (28)
Abstinent % (n)	36,4 (88)	36,3 (37)	35,1 (27)	38,1 (24)
Consommateurs non rechuteurs % (n)	14,5 (35)	11,7 (12)	15,6 (12)	17,5 (11)

4.1 Comparaison du suivi à 6 mois

Après analyse statistique, à 6 mois avec 81,8% le taux de suivi des patients du groupe HDJ était significativement ($p=0,0235$) supérieur à celui du groupe HC (66,7%), cela était confirmé lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,0313$).

Le taux de suivi du groupe Ambulatoire était de 77,8% ; le groupe HDJ était donc le mieux suivi des trois groupes.

Tableau 6. Comparaison du suivi à 6 mois et rappel des chiffres à 1 et 3 mois.

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p *	Groupe Ambu
Effectifs	N=102	N=77			N=63
Suivi M6 %(n)	66,7 (68)	81,8 (63)	$p=0,0235$	$p^*=0,0313$	77,8 (49)
Suivi M3 %(n)	65,7 (67)	87,0 (67)	$p=0,0011$	$p^*=0,0011$	81,0 (51)
Suivi M1 %(n)	80,4 (82)	97,4 (75)	$p=0,0006$	$p^*=0,0012$	93,6 (59)

p^* ajusté au genre.

4.2 Comparaison de la rechute

Le taux de rechute à 6 mois a été analysé de deux façons distinctes.

D'une part en taux de rechute à l'instant « T » 6 mois, c'est-à-dire le taux de rechuteurs au moment du rappel téléphonique du 6^e mois.

Et d'autre part en taux de rechute cumulé à 6 mois, c'est-à-dire que si un patient avait rechuté au moins une fois lors de l'un des rappels téléphoniques alors il était considéré comme rechuteurs pour le reste du suivi.

4.2.1 Comparaison du taux de rechute à l'instant « T » 6 mois

A 6 mois, il y avait plus de rechuteurs dans le groupe HC (52%) par rapport au groupe HDJ (49,3%).

Mais le taux de rechute à l'instant « T » 6 mois du groupe HC n'était pas significativement ($p=0,7295$) supérieur à celui du groupe HDJ, cela était confirmé lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,6713$).

Le taux de rechute du groupe ambulatoire à l'instant « T » 6 mois était de 44,4%. C'était donc le taux de rechute le plus bas.

4.2.2 Comparaison du taux de rechute cumulé à 6 mois

Pour cette analyse, il y avait là aussi plus de rechuteurs dans le groupe HC (65,7%) par rapport au groupe HDJ (54,5%).

Cependant le taux de rechute cumulé à 6 mois du groupe HC n'était pas significativement ($p=0,1305$) supérieur à celui du groupe HDJ, cela était confirmé lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,1358$).

Concernant le groupe ambulatoire, en cumulé le taux de rechute était de 55,5%. Il était cette fois plus important que celui du groupe HDJ, mais restait moins élevé que celui du groupe HC.

Tableau 7. Comparaison de la rechute à 6 mois et rappel des chiffres à 1 et 3 mois.

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p*	Groupe Ambu
Effectifs	N=100	N=77			N=63
Rechute instant "T" 6 mois %(n)	52 (53)	49,3 (38)	p=0,7295	p*=0,6713	44,4 (28)
Rechute cumulée à 6 mois %(n)	65,7 (67)	54,5 (42)	p=0,1305	p*=0,1358	55,5 (35)
Rechute instant "T" 3 mois %(n)	52,9 (54)	29,9 (23)	p=0,002	p*=0,0033	27,0 (17)
Rechute cumulée à 3 mois %(n)	56,9 (58)	33,8 (26)	p=0,0022	p*=0,0032	35,0 (22)
Rechute à 1 mois %(n)	34,1 (35)	16,9 (13)	p=0,0092	p*=0,0125	17,5 (11)

p* ajusté au genre.

Au total à 6 mois, que l'on considère un taux de rechute à l'instant « T » 6 mois ou un taux de rechute cumulé à 6 mois, la rechute du groupe HC n'était pas significativement supérieure à celle du groupe HDJ.

Mais il y avait plus de rechuteurs dans les deux types d'analyses au sein du groupe HC par rapport au groupe HDJ.

4.3 Comparaison de l'abstinence

Le taux d'abstinence a lui aussi été analysé de deux façons différentes.

D'une part en taux d'abstinence à l'instant « T » 6 mois, c'est-à-dire le taux d'abstinents lors du moment du rappel téléphonique du 6^e mois.

Et d'autre part en taux d'abstinents cumulé à 6 mois, c'est-à-dire en ne prenant en compte que les patients qui étaient abstinents lors des rappels téléphoniques du 1^{er}, du 3^e et du 6^e mois.

4.3.1 Comparaison du taux d'abstinence à l'instant « T » 6 mois

A 6 mois, il y avait plus de patients abstinents dans le groupe HC (36,6%) par rapport au groupe HDJ (35,1%).

Mais le taux d'abstinents à l'instant « T » 6 mois du groupe HC n'était pas significativement ($p=0,8672$) supérieur à celui du groupe HDJ, ce qui était confirmé lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,8779$).

Le taux d'abstinence du groupe ambulatoire était le plus élevé des trois avec 38,1%.

4.3.2 Comparaison du taux d'abstinence cumulé à 6 mois

Par contre, lors de l'analyse en cumulé, il y avait plus d'abstinents dans le groupe HDJ (29,9%) par rapport au groupe HC (25,5%).

Cependant le taux d'abstinents cumulé à 6 mois du groupe HDJ n'était pas significativement ($p=0,5153$) supérieur à celui du groupe HC, cela était confirmé lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,5519$).

Le taux cumulé du groupe ambulatoire était de 28,6%, cela était inférieur au groupe HDJ, mais supérieur au groupe HC.

Tableau 8. Comparaison de l'abstinence à 6 mois et rappels des chiffres à 1 et 3 mois.

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p *	Groupe Ambu
Effectifs	N=100	N=77			N=63
Abstinence à l'instant "T" 6 mois %(n)	36,3 (37)	35,1 (27)	p=0,8672	p*=0,8779	38,1 (24)
Abstinence cumulée à 6 mois %(n)	25,5 (26)	29,9 (23)	p=0,5153	p*=0,5519	28,6 (18)
Abstinence instant "T" 3 mois %(n)	36,3 (37)	53,3 (41)	p=0,0234	p*=0,0401	57,1 (36)
Abstinence cumulée à 3 mois %(n)	32,4 (33)	46,8 (36)	p=0,05	p*=0,0711	55,5 (35)
Abstinence à 1 mois %(n)	56,9 (58)	74,0 (57)	p=0,0177	p*=0,0207	76,2 (48)

p * ajusté au genre

Au total, le taux d'abstinence diffère lorsqu'on utilise le taux à l'instant «T » 6 mois, et le taux cumulé à 6 mois.

En effet pour le taux à l'instant « T » 6 mois, c'est le groupe HC qui regroupe le plus d'abstinents alors que pour le taux cumulé à 6 mois, c'est le groupe HDJ qui regroupe le plus d'abstinents.

Cependant aucune des deux analyses n'était significativement supérieure à l'autre.

5. Evolution des patients entre le 1^e et le 6^e mois de suivi

Une analyse a été faite afin d'apprécier ce que sont devenus les patients rechuteurs, abstinents et consommateurs non rechuteurs des groupes HC et HDJ entre le 1^e et le 6^e mois de suivi.

5.1 Evolution des patients rechuteurs

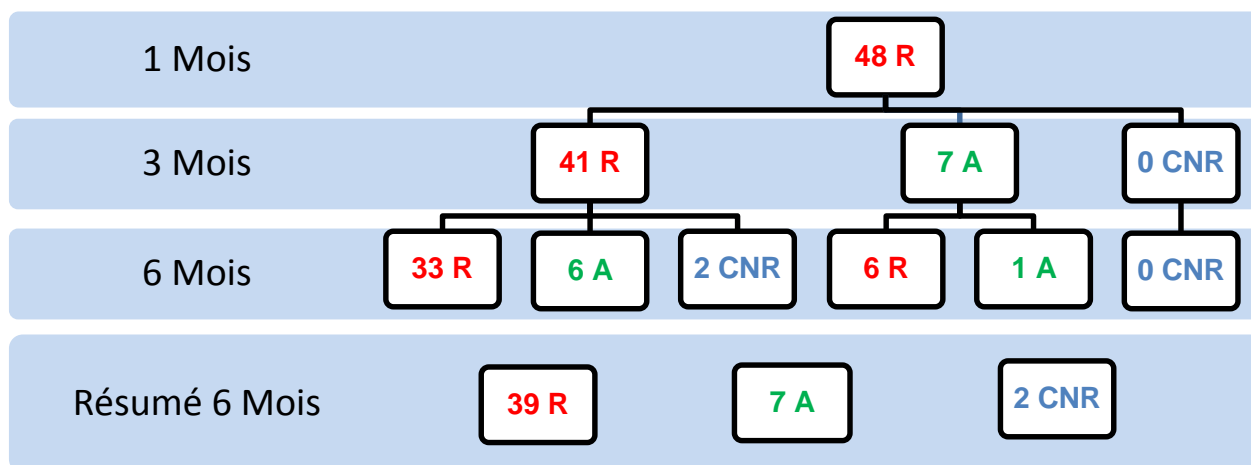
Lors du 1^e rappel téléphonique à 1 mois, il y avait 48 patients rechuteurs.

A 3 mois, parmi ces 48 patients rechuteurs, 41 l'étaient toujours tandis les 7 patients autres étaient devenus abstinents.

Enfin à 6 mois, parmi les 41 patients rechuteurs à 3 mois, 33 l'étaient toujours, tandis que 6 patients étaient devenus abstinents et 2 autres étaient devenus des consommateurs non rechuteurs.

Sur les 7 patients devenus abstinents à 3 mois, 6 avaient rechutés à 6 mois et un seul patient était resté abstient.

Au total à 6 mois, parmi les 48 rechuteurs à 1 mois, on dénombrait 39 rechuteurs, 7 abstinents et 2 consommateurs non rechuteurs.

Figure 11. Evolution des rechuteurs entre le 1^e et le 6^e mois.

R : Patients rechuteurs. **A** : Patients abstinentes. **CNR** : Patients consommateurs non rechuteurs.

5.2 Evolution des patients abstinentes

Un mois après l'inclusion des patients, on dénombrait 115 patients abstinentes.

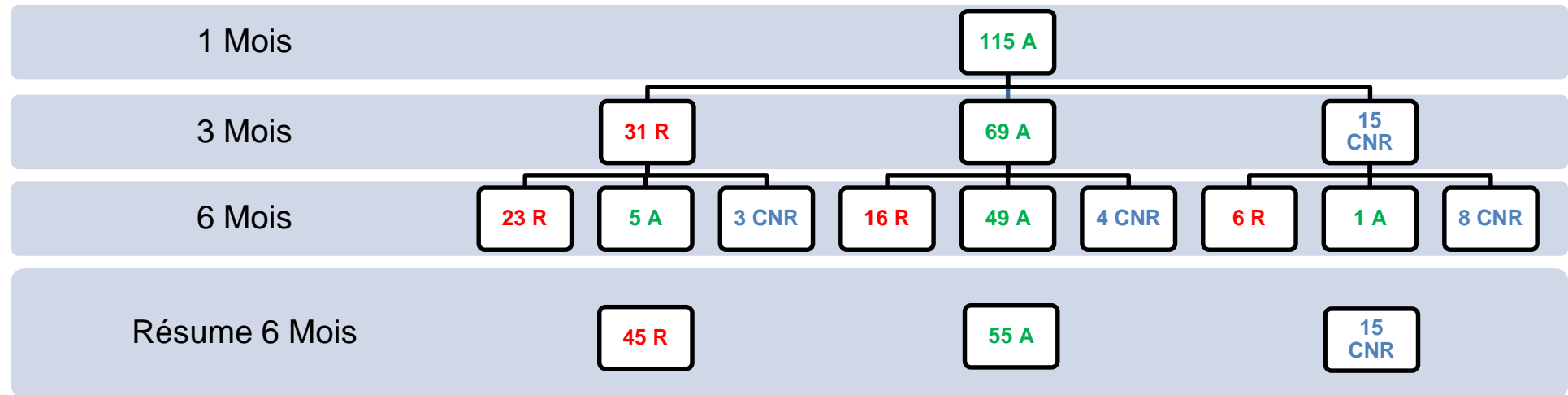
A 3 mois, sur ces 115 patients abstinentes, 69 l'étaient toujours. Pour le reste des patients, 31 d'entre eux étaient devenus rechuteurs et les 15 autres étaient devenus des consommateurs non rechuteurs.

Enfin à 6 mois, parmi les 69 patients abstinentes à 3 mois, 49 l'étaient toujours, 16 d'entre eux avaient rechuté et 4 étaient devenus des consommateurs non rechuteurs.

Les 31 patients rechuteurs à 3 mois, le sont restés pour 23 d'entre eux à 6 mois, pour le reste des patients, on comptait 5 abstinentes et 3 consommateurs non rechuteurs.

Parmi les 15 patients devenus consommateurs non rechuteurs à 3 mois, 8 l'étaient toujours à 6 mois, 6 patients avaient rechuté et un seul était devenu abstinent.

Au total, sur les 115 patients abstinentes à 1 mois, on dénombrait à 6 mois 45 rechuteurs, 55 abstinentes et 15 consommateurs non rechuteurs.

Figure 12. Evolution des abstinents entre le 1^e et le 6^e mois

R : Patients rechuteurs.

A : Patients abstinents.

CNR : Patients Consommateurs non rechuteurs.

5.3 Evolution des patients consommateurs non rechuteurs

Lors des rappels téléphoniques du 1^{er} mois, il y avait 16 patients qui étaient des consommateurs non rechuteurs.

A 3 mois, parmi ces 16 consommateurs non rechuteurs, 9 d'entre eux l'étaient toujours au 6^e mois, 5 patients avaient rechuté et 2 patients étaient abstinents.

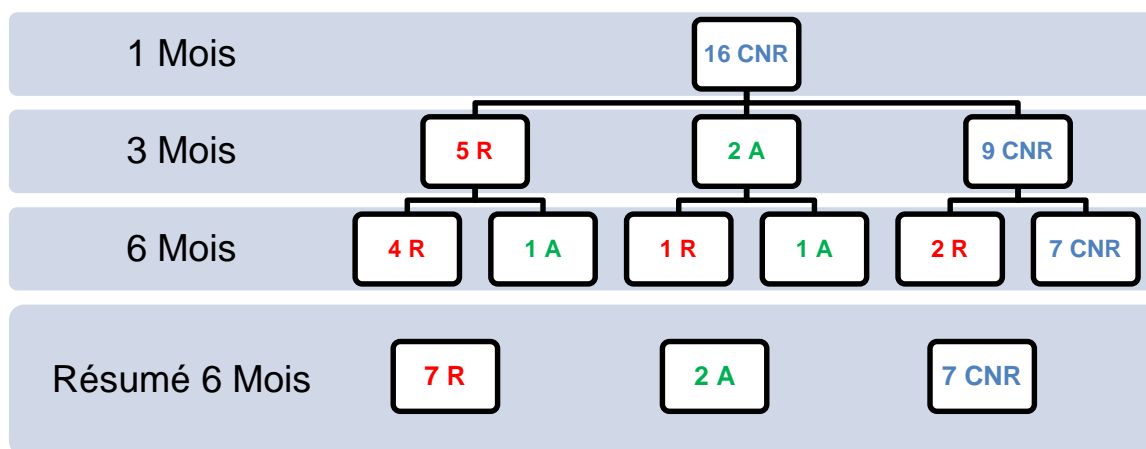
Enfin à 6 mois, parmi les 9 consommateurs non rechuteurs à 3 mois, 7 l'étaient toujours, tandis que les 2 autres patients étaient rechuteurs.

Sur les 2 patients qui étaient devenus abstinents à 3 mois, l'un l'était toujours à 6 mois et l'autre avait rechuté.

Sur les 5 patients qui avaient rechuté à 3 mois, 4 l'étaient toujours à 6 mois et un était devenu abstinent.

Au total, à 6 mois on comptait 7 rechuteurs, 7 consommateurs non rechuteurs et 2 patients abstinents.

Figure 13. Evolution des patients consommateurs non rechuteurs.



R : Patients rechuteurs **A** : Patients abstinents. **CNR** : Patients consommateurs non rechuteurs.

6. Facteurs de risque de rechute à 6 mois

A partir des données statistiques recueillies lors de l'analyse comparative des populations des groupes HC et HDJ, il a été recherché des facteurs de risque de rechute à 6 mois.

Le choix a été porté sur le taux de rechute cumulé pour cette recherche.

Comme décrit dans la partie matériel et méthode, les facteurs ont été étudiés de manière univariée avec ajustement de la « p value » sur les cohortes car il a été montré que les groupes HC et HDJ étaient différents en terme de suivi. Puis dans un second temps ils ont été étudiés de manière multivariée.

6.1 Facteurs de risque de rechute en analyse univariée

6.1.1 Le genre

Le genre ne peut pas être considéré de manière significative ($p=0,8409$) comme un facteur de risque de rechute, ce qui est confirmé lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,9552$)

Etre de genre masculin ou féminin n'est pas un facteur de rechute à 6 mois.

6.1.2 L'âge lors du sevrage

A 6 mois, parmi les patients de moins de 35 ans, 82,4 % d'entre eux avaient rechuté. Entre 35 et 45 ans, ils étaient 66% à avoir rechuté, entre 45 et 55 ans, 54,5% des patients avaient rechuté. Enfin chez les plus de 55 ans, ils étaient 52% à avoir rechuté. Avec un $p=0,0234$ significatif, il apparaît qu'être plus jeune lors du sevrage, notamment inférieur à 35 ans est un facteur de risque de rechute. Cela est confirmé après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0182$).

6.1.3 Le statut matrimonial

Le statut matrimonial n'a pas été démontré de manière significative ($p=0,1687$) comme étant un facteur de risque de rechute. (Ajustement $p^*=0,1813$)
Le fait de vivre en couple (marié, pacsé, union libre) ou de vivre seul (célibataire, divorcé, veuf) n'est pas un facteur de risque de rechute à 6 mois.

6.1.4 L'activité professionnelle

L'activité professionnelle n'est pas de manière significative ($p=0,3029$) un facteur de risque de rechute. (Ajustement $p^*=0,3412$)
Etre sans emploi ou avoir un emploi, qu'il soit bien ou moins bien rémunéré, ne change pas le risque de rechute à 6 mois.

6.1.5 Le nombre de sevrages antérieurs

A 6 mois, parmi les patients qui n'avaient effectué aucun sevrage auparavant, ils étaient 43,2% à avoir rechuté. Chez les patients ayant déjà fait un sevrage, il y avait 63,9% de rechuteurs. Pour ceux ayant déjà fait 2 sevrages, il y avait 61,3% de rechuteurs. Pour ceux ayant fait entre 3 et 5 sevrages auparavant, ils étaient 61,5% à avoir rechuté. Enfin, chez les patients ayant réalisé plus de 5 sevrages, le taux de rechute s'élevait à 82,6%.

Avec un $p=0,0117$; à 6 mois plus le nombre de sevrages antérieurs est élevé plus il y a un risque significatif de rechute, et ce notamment après plus de 5 sevrages.

Ce qui est confirmé après l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0111$).

6.1.6 Complications liées à l'alcool

A 6 mois, les patients qui présentaient des complications liées à la consommation d'alcool avaient une tendance à la rechute ($p=0,0583$).

Après ajustement sur les cohortes, cela reste toujours une tendance ($p^*=0,0596$).

6.1.7 Antécédents de dépression

Les patients rechuteurs à 6 mois avaient pour 69,6% d'entre eux des antécédents dépressifs contre 55,4% chez les patients non rechuteurs.

Avec un $p=0,0597$; les antécédents de dépression peuvent être considérés comme une tendance à la rechute.

Cependant après ajustement sur les cohortes, avec un $p^*=0,045$, les antécédents de dépression deviennent significatifs et peuvent donc être considérés comme un réel facteur de risque de rechute.

6.1.8 L'arrêt prématuré du suivi

L'arrêt précoce du suivi, c'est-à-dire l'absence de suivi dès le 1^e mois n'est pas un facteur de risque de rechute ($p=0,0928$). Ajustement ($p^*=0,1736$).

6.1.9 L'âge de la première consommation d'alcool

L'âge lors des premières consommations d'alcool n'a pas été démontré de manière significative ($p=0,881$) comme étant un facteur de risque de rechute. (Ajustement $p^*=0,9769$)

Le fait d'avoir commencé à boire des boissons alcoolisées plus ou moins jeune n'est pas un facteur de risque de rechute à 6 mois.

6.1.10 L'âge des consommations à problème

L'âge des consommations à problème n'est pas de manière significative ($p=0,6499$) un facteur de risque de rechute. (Ajustement $p^*=0,6168$)

Que les problèmes liés à la consommation d'alcool commencent plus ou moins jeune n'est pas un facteur de risque de rechute à 6 mois.

6.1.11 Soutien de l'entourage

L'absence de soutien de l'entourage dans la démarche de soins par rapport à l'alcool n'est pas un facteur de risque de rechute ($p=0,9257$). Ajustement ($p^*=0,9841$).

Tableau 9. Facteurs de risque de rechute à 6 mois et 3 mois en analyse univariée.

Facteurs de risque de rechute	6 Mois		3 Mois	
	p	p*	p	p*
Genre	NS	NS	NS	NS
Age	0,0234	0,0182	0,0308	0,017
Statut Matrimonial	NS	NS	NS	NS
Activités professionnelles	NS	NS	NS	NS
Nombre de sevrages antérieurs	0,0117	0,0111	0,0169	0,0131
Antécédents de dépression	0,0597	0,045	NS	NS
Complications liées à l'alcool	0,0583	0,0596	NS	NS
Arrêt précoce du suivi	NS	NS	0,0096	0,0603
Age de la première consommation d'alcool	NS	NS	NS	NS
Age des consommations à problème	NS	NS	NS	NS
Soutien de l'entourage	NS	NS	NS	NS

$p < 0,05$ = significatif

$0,05 < p < 0,09$ = tendance

$p > 0,09$ = non significatif (NS)

p^* = ajustement sur les cohortes HC et HDJ

Au total à 6 mois, Un âge plus jeune notamment inférieur à 35 ans, un nombre de sevrages antérieurs élevés notamment supérieur à 5 et les antécédents de dépression sont des facteurs de risque de rechute de manière significative. Les complications liées à l'alcool peuvent être considérées comme une tendance à la rechute.

6.2 Facteurs de risque de rechute en analyse multivariée

Suite aux analyses univariées, les variables significatives à 6 mois avec une « p* value » inférieure à 0,2 étaient : le statut matrimonial ($p^*=0,18$), les complications liés à l'alcool ($p^*=0,059$) la dépression ($p^*=0,045$), l'arrêt précoce du suivi ($p^*=0,17$), l'âge ($p^*=0,018$) et le nombre de sevrages antérieurs ($p^*=0,011$).

Ces variables ont été incluses dans un modèle multivarié de régression logistique pas à pas avec une méthode de sélection type « backward ».

Il en ressort un modèle final multivarié ne gardant que les facteurs « arrêt précoce du suivi », « dépression » et « le nombre de sevrage antérieurs » comme étant les plus liés à la rechute.

Tableau 10. Facteurs de risque de rechute à 6 et 3 mois en analyse multivariée.

Facteurs de risque de rechute	OR	IC à 95%	p*	OR	IC à 95%	p*
Dépression	2	[1,02-3,905]	$p=0,0437$			
Arrêt précoce du suivi	2,7	[0,853-8,326]	$p=0,0917$	2,8	[0,983-8,009]	$p=0,0539$
1 Sevrage antérieur	2,2	[0,809-5,75]	$p=0,1243$	1,9	[0,692-5,156]	$p=0,2145$
2 Sevrages antérieurs	2,1	[0,783-5,867]	$p=0,1381$	1,4	[0,503-4,115]	$p=0,4968$
De 3 à 5 Sevrages antérieurs	2,1	[0,853-5,025]	$p=0,1077$	2,3	[0,893-5,68]	$p=0,0854$
Plus de 5 sevrages antérieurs	6,5	[1,794-23,676]	$p=0,0044$	5,2	[1,615-16,838]	$p=0,0058$

OR : Odds Ratio

IC à 95%: Intervalle de confiance

p* = ajustement sur les cohortes HC et HDJ

$p^* < 0,05$ = significatif

$0,05 < p^* < 0,09$ = tendance

6.2.1 L'arrêt précoce du suivi

L'arrêt précoce du suivi, c'est-à-dire l'absence de suivi dès le 1^{er} mois, apparait suite à l'analyse multivariée comme étant une tendance à la rechute avec un $p^*=0,09$ et un $OR=2,7$; IC [0,853-8,326]. C'est-à-dire qu'un patient qui aurait arrêté son suivi dès le 1^{er} mois aurait 2,7 fois plus de risque de rechuter à 6 mois qu'un patient l'ayant poursuivi.

6.2.2 Les antécédents de dépression

Les antécédents de dépression apparaissent comme un facteur de risque de rechute de manière significative avec un $p^*=0,0437$ et un $OR=2$; IC [1,02-3,905]. Un patient ayant des antécédents de dépression a 2 fois plus de risque de rechuter à 6 mois qu'un patient n'en n'ayant pas.

6.2.3 Le nombre de sevrages antérieurs

Le nombre de sevrages antérieurs apparait comme une tendance à la rechute avec un $p^*=0,0736$.

Ce facteur étant une variable ordinale, afin de l'interpréter plus correctement, il lui a été assigné des tranches de sevrages. (1 sevrage, 2 sevrages, entre 3 et 5 sevrages et plus de 5 sevrages).

Ainsi avoir réalisé 1, 2 ou entre 3 et 5 sevrages ne peut être considéré comme un facteur de risque de rechute car les « p^* value » respectives pour chacune de ces tranches sont supérieures à 0,05. On ne peut non plus les considérer comme étant une tendance à la rechute car les « p^* value » respectives sont supérieures à 0,09.

Par contre, avoir réalisé plus de 5 sevrages antérieurs est lui un facteur de risque de rechute avec un $p^*=0,0044$ et un $OR=6,5$ IC [1,794-23,676].

Un patient qui a déjà fait plus de 5 sevrages auparavant a 6,5 fois plus de risque de rechuter à 6 mois qu'un patient n'ayant fait aucun sevrage auparavant.

Au total, à 6 mois avoir des antécédents de dépression et avoir déjà réalisé plus de 5 sevrages auparavant sont des facteurs de risque de rechute.

Par contre l'arrêt de suivi précoce est considéré comme une tendance à la rechute.

7. Facteurs d'abstinence à 6 mois

A partir des mêmes données statistiques recueillies pour l'analyse comparative des populations des groupes HC et HDJ à 6 mois, il a été recherché d'éventuels facteurs d'abstinence à 6 mois.

L'analyse a aussi été portée sur le taux d'abstinence cumulé, avec une analyse univariée et ajustement sur les cohortes puis une analyse multivariée.

7.1 Recherche de facteurs d'abstinence en analyse univariée

7.1.1 Le genre

Le genre ne peut pas être retenu de manière significative ($p=0,7183$) comme un facteur d'abstinence. (Ajustement $p^*=0,8015$).

Etre de genre masculin ou féminin n'est pas un facteur d'abstinence à 6 mois.

7.1.2 L'âge lors du sevrage

L'âge lors du sevrage n'est pas de manière significative ($p=0,1915$) un facteur d'abstinence. (Ajustement $p^*=0,1797$).

Le fait d'être plus ou moins jeune lors du sevrage ne favorise pas l'abstinence.

7.1.3 Le statut matrimonial

Les patients qui étaient à 6 mois abstinents vivaient en couple dans 37,3 % des cas contre 23,4 % des cas, pour les patients vivant seuls.

Avec un $p=0,0613$; Vivre en couple peut être considéré comme une tendance à l'abstinence, ce qui est confirmé après l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,065$).

7.1.4 L'activité professionnelle

L'activité professionnelle ne peut pas être retenue de manière significative ($p=0,221$) comme un facteur d'abstinence. (Ajustement $p^*=0,2316$).

Avoir un emploi, qu'il soit bien ou moins bien rémunéré ou être au chômage n'est pas un facteur d'abstinence à 6 mois.

7.1.5 Le nombre de sevrages antérieurs

Le nombre de sevrages antérieurs ne peut pas être retenu de manière significative ($p=0,2943$) comme étant un facteur d'abstinence à 6 mois. (Ajustement $p^*=0,448$).

7.1.6 Les complications liées à l'alcool

Les complications ne sont pas de manière significative ($p=0,2838$) un facteur d'abstinence. (Ajustement $p^*=0,2882$).

Avoir des complications médicales liées à une consommation excessive d'alcool n'est pas un facteur d'abstinence à 6 mois.

7.1.7 Les antécédents de dépression

Les antécédents de dépression ne peuvent pas être considérés comme un facteur d'abstinence ($p=0,1805$). Ajustement ($p^*=0,1658$).

7.1.8 Suivi à 1 mois

Parmi les patients toujours suivis à 1 mois, 29,9% d'entre eux étaient abstinents à 6 mois contre 9,1% des patients ayant arrêté leur suivi précocement.

Avec un $p=0,04$; le fait d'être toujours suivi au 1^{er} mois est un facteur d'abstinence significatif à 6 mois, qui est confirmé après l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0482$).

7.1.9 Soutien de l'entourage

Un appui supplémentaire de l'entourage dans la démarche de soins n'est pas un facteur d'abstinence à 6 mois, ($p=0,8953$). Ajustement ($p^*=0,8706$).

Tableau 11. Facteurs d'abstinence à 6 et 3 mois en analyse univariée.

Facteurs d'abstinence	6 Mois		3 Mois	
	p	p*	p	p*
Genre	NS	NS	NS	NS
Age	NS	NS	0,0411	0,03
Statut Matrimonial	0,0613	0,065	NS	NS
Activités professionnelles	NS	NS	NS	NS
Nombre de sevrage antérieurs	NS	NS	NS	NS
Complications liées à l'alcool	NS	NS	NS	NS
Antécédents de dépression	NS	NS	NS	NS
Suivi à 1 Mois	0,04	0,0482	0,0104	0,0285
Soutien de l'entourage	NS	NS	NS	NS

$p < 0,05$ = significatif

$0,05 < p < 0,09$ = tendance

$p > 0,09$ = non significatif (NS)

p^* = ajustement sur les cohortes HC et HDJ

Au total à 6 mois, le fait d'être toujours suivi au 1^{er} mois est le seul facteur d'abstinence significatif dans cette analyse. Le fait de vivre en couple peut être considéré comme étant une tendance à l'abstinence.

7.2 Facteurs d'abstinence en analyse multivariée

Suite aux analyses multivariées, les variables significatives à 6 mois avec une « p value » inférieure à 0,2 étaient : le statut matrimonial ($p^* = 0,065$) ; les antécédents de dépression ($p^* = 0,1658$) ; le suivi à 1 mois ($p = 0,0482$) et l'âge ($p^* = 0,1797$).

Ces variables ont été incluses dans un modèle multivarié de régression logistique pas à pas avec une méthode de sélection de type « backward ».

Il en ressort un modèle final multivarié ne gardant que les facteurs « statut matrimonial » et « suivi à 1 mois » comme étant les plus liés à l'abstinence.

Tableau 12. Facteurs d'abstinence à 6 et 3 mois en analyse multivariée.

Facteurs d'abstinence	6 Mois			3 Mois		
	OR	IC à 95%	p*	OR	IC à 95%	p*
Statut matrimonial	1,96	[0,962-3,981]	p=0,0640			
Suivi à 1 Mois	4,29	[0,931-19,725]	p=0,0617	3,9	[1,081-14,039]	p=0,0376

OR : Odds Ratio

IC à 95%: Intervalle de confiance

p* = ajustement sur les cohortes HC et HDJ

p* < 0,05 = significatif

0,05 < p* < 0,09 = tendance

7.2.1 Le statut matrimonial

Vivre en couple apparait comme une tendance à l'abstinence avec un $p^*=0,0640$ et un OR=1,96 ; IC [0,962-3,981].

Un patient en couple aurait 1,96 fois plus de chance d'être abstinent à 6 mois par rapport à un patient qui vit seul.

7.2.2 Le suivi à 1 mois

Il apparait que les patients qui étaient toujours suivis à 1 mois auraient 4,29 fois plus de chance d'être abstinent à 6 mois par rapport aux patients qui ne l'étaient plus. $p^*=0,0617$ et OR=4,29 ; IC [0,931-19,725].

Au total suite à l'analyse multivariée des données à 6 mois, vivre en couple et être suivi le 1^{er} mois sont des tendances à l'abstinence.

DISCUSSION

1 Les limites de l'étude

1.1 Limites quant à la méthodologie

1.1.1 Rappels téléphoniques

Les données de suivi ont été récoltées lors de rappels téléphoniques, ceux-ci étaient réalisés par quatre enquêteurs. Ce qui a pu constituer un biais dans la récolte des données. Un protocole d'appel avait néanmoins été réalisé afin d'uniformiser le déroulement des rappels et de limiter ainsi le biais de récolte des données.

De plus le fait d'appeler les patients en numéro masqué a pu empêcher certains patients de répondre et donc augmenter à tort le nombre de perdus de vue. Pour remédier à cela, les enquêteurs lorsqu'ils n'arrivaient pas à joindre le patient, précisaient sur le répondeur l'heure à laquelle ils allaient rappeler le patient et le fait que le rappel se ferait en numéro masqué.

Le fait d'appeler les patients de manière régulière et de leur indiquer la date du prochain rappel téléphonique a pu influencer les résultats d'abstinence. Cependant il s'agissait de rappels de récolte de données et non de rappels motivationnels. Mais on ne peut nier, qu'il est difficile de limiter l'appel à une simple récolte de données, lorsque le patient est en demande de soutien et de soins par rapport à l'alcool.

1.1.2 Consommation déclarée d'alcool

Le fait de demander aux patients d'estimer leur consommation d'alcool pouvait constituer un biais déclaratif. Cependant, des études ont montré qu'il n'y avait pas forcément de décalage entre ce que les personnes déclaraient consommer et la réalité de leur consommation. (21)

Dans l'étude Da Silva(22), les enquêteurs confirmaient la consommation déclarée d'alcool du patient en interrogeant une des personnes de l'entourage du patient afin de confirmer ou d'infirmer la consommation. La même technique était utilisée dans l'étude Wiethmann et al. (14), s'il y avait une discordance entre les déclarations d'alcool consommées, les enquêteurs prenaient la déclaration la plus haute.

Cela n'était pas réalisable dans notre étude car les données de suivi étaient récoltées par téléphone et non en consultation où il est facile de demander au patient de venir accompagnée.

1.1.3 Sélection des patients

On peut noter aussi une certaine limite de notre étude quant à la sélection des patients. En effet, le fait que d'autres études soient réalisées en même temps, comme l'étude « Alpadir » ou « Bacloville » a pu empêcher certains patients d'être inclus dans l'étude. En effet, ces études excluaient les patients participant à d'autres études simultanément.

1.1.4 Traitements en cours

Il avait été décidé lors de l'inclusion de ne pas prendre en compte les traitements en cours ou à venir. Car l'étude évaluait l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour et l'ambulatoire en prenant tous les patients en dehors des critères d'exclusion établies dans la thèse de Laure-Hélène Rousseau (19). Cependant on ne peut nier que nos résultats ont pu être influencés par des traitements comme notamment le Baclofène.

1.2 Limites quant à l'élaboration du questionnaire

1.2.1 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de l'étude étaient l'absence d'environnement social stable (Sans Domicile Fixe) et les patients psychiatriques présentant une affection délirante. Ces patients fragiles sont plus vulnérables et donc plus à risque de rechute. Cependant pour des raisons pratiques, de nombreuses études sont amenées à utiliser ces critères d'exclusion. L'étude Nalpas (23) avait comme critères d'inclusion, l'absence de comorbidité psychiatrique et des conditions de vie permettant un suivi. L'étude Gelsi et al. (24) avait comme critères d'exclusion l'isolement social ou un contexte familial difficile ainsi que les patients présentant toutes décompensations psychiatriques. L'étude américaine Witbrodt et al. (16) excluait les patients n'ayant pas de domicile.

1.2.2 Oubli de certains facteurs de risques potentiels

Il a été noté quelques oublis de notre part dans l'élaboration du questionnaire d'inclusion. En effet, certains facteurs de risque potentiels n'ont pas été demandés lors de l'inclusion.

Les antécédents familiaux d'alcoolisme n'avaient pas été notés. Or, ce paramètre a été démontré comme étant un facteur de risque de rechute dans la thèse d'Anne Wilhelm (25). Ce facteur a également été étudié dans les études Bottlender (26) et De Silva (22) mais aucun lien n'a été mis en évidence entre ce critère et la rechute.

Il a été choisi d'étudier le statut matrimonial en distinguant les personnes vivant seules (célibataires, veufs (ves), divorcé(e)) de celles vivant en couple (marié(e)s, en union libre). Nous n'avons, cependant, pas demandé la présence d'enfants ou non au sein de la structure familiale. Ce critère a été demandé dans l'étude de Gelsi et al.(24).

1.2.3 Raison de la rechute

Une critique peut également être faite quant aux données récoltées lors des rappels téléphoniques. Effectivement, il aurait été intéressant de savoir quelles étaient les raisons de la rechute du patient (problèmes professionnels comme un burn out ou encore un licenciement, problèmes familiaux tels qu'une rupture, un décès etc...).

Dans l'étude Bottlender(26), les évènements de vie positifs et négatifs étaient relevés. Cela aurait pu être intéressant d'autant plus que dans cette étude les rechuteurs semblaient avoir moins d'évènements de vie positifs tels qu'une promotion, une naissance ou des vacances. Dans l'étude Neto (27), ce critère était également demandé.

2 Représentativité de la cohorte de l'étude

Notre étude se déroule au sein de deux centres hospitaliers de la métropole Lilloise. La question étant de la représentativité de la population de notre étude par rapport à la population nationale sur le plan addictologique.

Le taux de consommateurs d'alcool à risque d'usage chronique ou de dépendance n'est pas plus élevé dans la région du Nord-Pas-de-Calais que pour le reste de la France.

D'après le dernier baromètre de santé de l'INPES de 2010, ce taux est de 9% pour la population du Nord-Pas-de-Calais et de 8,9% pour le reste de la France métropolitaine. Cela conforte l'idée de la représentativité de la population de notre étude. (28)

Cependant le taux de consommation quotidien d'alcool est plus important dans le Nord-Pas-de-Calais (12,6%) de manière significative par rapport aux autres régions (11,0%). Mais il est à noter moins d'ivresses dans l'année et moins d'ivresses répétées que dans le reste de la France. (28)

3. Critères de jugement principaux, discussion et comparaison à la littérature

La discussion des résultats de notre étude se portera essentiellement sur les taux cumulés avec les « p* value » ajustées au genre. Ce qui reflète au mieux la notion de suivi des patients d'une part, et d'autre part car c'est à partir de ces taux cumulés qu'il a été recherché des facteurs de risque de rechute et des facteurs liés à l'abstinence.

3.1 Résultats à 6 mois et discussion

Après l'analyse statistique des données, il apparaît qu'à 6 mois, avoir bénéficié d'une hospitalisation de jour en plus d'un sevrage hospitalier conventionnel versus uniquement un sevrage hospitalier conventionnel n'était pas significativement supérieur sur le plan de l'abstinence comme sur le plan de la rechute.

Mais le taux d'abstinence à 6 mois restait tout de même supérieur chez les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation de jour, 30% d'abstinents contre 25,5%.

On constate aussi que le taux de rechute était inférieur chez les patients de l'hôpital de jour, 54,5% contre 65,7%.

De plus si l'on se penche sur la consommation d'alcool déclarée, lors de l'inclusion La consommation moyenne d'alcool avant sevrage était de 26,4 US/j pour le groupe HC et de 27,4 US/j pour le groupe HDJ.

Chez les patients rechuteurs à 6 mois la consommation moyenne d'alcool était de 24,5US/j pour le groupe HC et de 17,5 US/j pour le groupe HDJ. Les patients rechuteurs du groupe HDJ avaient donc tendance à boire moins que ceux du groupe HC lors de la rechute.

A cela s'ajoute un point important, le suivi des patients. Le patient est-il toujours suivi à 6 mois par une structure ou un praticien concernant ses problèmes d'alcool ?

On note que les patients ayant bénéficié de l'hôpital de jour étaient significativement plus suivis à 6 mois que les patients ayant bénéficié uniquement d'une hospitalisation conventionnelle (81,8% contre 66,7% avec un $p^*=0,0313$).

Au final, certes sur le plan de l'abstinence et de la rechute, il n'y a pas de supériorité significative entre hospitalisation conventionnelle plus hôpital de jour versus hospitalisation conventionnelle seule. Par contre le taux de rechute et d'abstinence est toujours en faveur de l'hôpital de jour, avec un suivi significativement supérieur. Ce qui porte à croire que les patients rechuteurs du groupe HDJ rentreront plus facilement dans un schéma de soins, toujours dans une optique d'abstinence ou de consommation contrôlée.

Rappelons les chiffres du groupe ambulatoire, à 6 mois le taux de suivi était de 77,8% avec un taux de rechute à 55,5% et un taux d'abstinence à 29,9%

Une comparaison directe avec les deux autres groupes HC et HDJ n'est pas possible. Cependant on se rend compte qu'en terme de chiffre, le groupe HDJ est un peu mieux positionné que l'ambulatoire. (HDJ : Suivi : 81,8% ; rechute : 54,5% et abstinence : 28,6%). Les chiffres de l'ambulatoire restent meilleurs que ceux du groupe HC (Suivi : 66,7% ; rechute : 65,7% et abstinence : 25,5%).

Les patients alcoolo-dépendants qui ont besoin d'une prise en charge en hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour sont bien souvent des patients plus lourdes, ayant des risques de rechute plus élevés que la population ambulatoire. Le fait que les chiffres de l'hôpital de jour et ceux de l'ambulatoire soient très proches, malgré des populations différentes, pourrait nous conforter dans l'idée de l'efficacité de la prise en charge en l'hôpital de jour.

Enfin lors de l'élaboration de ce travail de recherche (19), il avait été admis comme hypothèse de départ et pour le calcul du nombre de patients par groupe, un taux de perdus de vue global à 1 an de 20%. A 6 mois, nous sommes à 9,1% de perdus de vue. Nous espérons qu'à 1 an nous resterons sous les 20%.

Le taux global de rechute tout type de sevrages confondus, était estimé à 65% à 1 an, à 6 mois le taux global de rechute cumulé est de 58,5%. Cela reste sous les 65%, nous verrons ce qu'il en est à 1 an.

Pour finir l'hypothèse de départ était que le taux de rechute du groupe HDJ serait de 40% à 1 an. On peut d'ores et déjà admettre que ce taux sera supérieur, car le taux de rechute cumulé à 6 mois du groupe HDJ est de 54,5%.

3.2 Résultats à 3 et 6 mois, évolution et discussion

A 3 mois, le taux de rechute était significativement plus élevé dans le groupe HC (56,9% contre 33,8%, $p^*=0,0032$) avec une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ. (46,8% contre 32,4%, $p^*=0,0711$).

A 6 mois, comme décrit précédemment, ces résultats ne sont pas confirmés.

Par contre à 3 comme à 6 mois, les patients du groupe HDJ étaient significativement plus suivis que ceux du groupe HC.

L'hôpital de jour atteindrait donc ses limites quant au maintien de l'abstinence dans les 3 à 6 mois qui suivent une prise en charge en comparaison avec l'hospitalisation conventionnelle seule.

Pour autant il permet un suivi significativement supérieur et donc l'opportunité pour les patients rechuteurs d'être à nouveau pris en charge.

Car nous le savons, le chemin de la guérison du patient alcoolo-dépendant n'est pas linéaire. Il est long et parsemé de période de rechute, d'abstinence ou de période de consommation contrôlée.

Nous l'avons vu lors de la description de l'évolution entre le 1^{er} et le 6^e mois des groupes rechuteurs, abstinents et consommateurs non rechuteurs. (Fig. 11,12 et 13).

En effet rien n'est figé. Un exemple, parmi les 39 patients rechuteurs dès le 1^{er} mois, ils étaient 7 à être devenus abstinents à 6 mois et 2 à être devenus des consommateurs non rechuteurs.

Tableau 13. Critères de jugement principaux : Résumé des données.

	3 Mois				6 Mois				
	HC	HDJ	p*	Ambu	HC	HDJ	p*	Ambu	
Effectifs	N=102	N=77			N=102	N=77		N= 63	
Taux %(n) de suivi,	65,7 (67)	87 (67)	p*=0,0011	81,0 (51)	66,7 (68)	81,8 (63)	p*=0,0313	77,8 (49)	
Taux %(n) d'abstinence.	Instant T:	36,3 (37)	53,3 (41)	p*=0,0401	57,1 (36)	36,3 (37)	35,1 (27)	p*=0,8779	38,1 (24)
	Cumulé:	32,4 (33)	46,8 (36)	p*=0,0711	55,5 (36)	25,5 (26)	29,9 (23)	p*=0,5519	28,6 (18)
Taux %(n) de rechute,	Instant T:	52,9 (54)	29,9 (23)	p*=0,0033	27,0 (17)	52,0 (53)	49,3 (38)	p*=0,6713	44,4 (28)
	Cumulé:	56,9 (58)	33,8 (26)	p*=0,0032	35,0 (22)	65,7 (67)	54,5 (42)	p*=0,1358	55,5 (35)

p*= ajustement au genre

3.3 Comparaison de nos résultats à la littérature

Les résultats de nos critères de jugements principaux ont été comparés aux différentes études évoquées lors de la revue de littérature sur l'hôpital de jour ainsi qu'à d'autres études évaluant l'hospitalisation conventionnelle seule et l'ambulatoire.

3.3.1 Le taux de suivi

Le taux de suivi des patients pris en charge par l'hôpital de jour dans notre étude était de 81,8% à 6 mois ; ce résultat est en accord avec l'étude Witbrodt et al. (16) qui retrouvait un taux à 6 mois de 83% et 80% respectivement pour les groupes HDJ randomisés et non randomisés. L'étude Pallincourt (18) retrouvait un taux de 80% à 2 ans mais devant le faible nombre d'inclusions (20 patients), il semble difficile d'interpréter ce résultat.

Le taux de suivi du groupe HC dans notre travail était de 66,7% à 6 mois. La littérature est assez discordante sur ce point.

Seule l'étude Gelsi et al. (24) retrouvait un taux similaire (63,5%). L'étude Neto (27) retrouvait un taux à 91,9%, l'étude Witbrodt et al. (16) 77% alors que la thèse d'Anne Wilhelm (25) retrouvait 53,2%.

Le taux de suivi du groupe ambulatoire était de 77,8% à 6 mois. Les deux études de la littérature qui ont suivi des patients en ambulatoire sont allemandes. L'étude Soyka (29) de 2009 retrouvait un taux de 75,3% très proche de notre étude. L'étude Bottlender (26) de 2005 retrouvait un taux plus élevé avec 88,0% des patients suivis.

L'étude Witbrodt et al. (16) est la seule à avoir comparé le taux de suivi des deux groupes HC et HDJ. Contrairement à notre étude, elle ne retrouve pas de différence significative. Cependant comme dans notre étude les groupes HDJ étaient plus suivis, 81,5% contre 76% pour le groupe HC.

Concernant la méthodologie, il est important de souligner que dans l'ensemble des études citées auparavant, le taux de suivi correspond au nombre de patients toujours présent dans l'étude. Or dans notre étude, le taux de suivi correspond au nombre de patients toujours suivis pour leurs problèmes d'alcool par une structure ou un praticien. Cette différence de définition du taux de suivi rend donc difficile une réelle comparaison avec la littérature.

3.3.2 Le taux d'abstinence

Dans notre étude, le taux d'abstinence cumulé à 6 mois du groupe HDJ était de 29,9%. Il était de 21,8% dans l'étude Weithmann (14). Ce qui est concordant avec notre étude, cependant il s'agit du taux d'abstinence à 1an. Il faudra donc attendre les résultats finaux de notre travail pour une comparaison plus adaptée.

Dans l'étude Witbrodt (16) les taux d'abstinence à 6 mois étaient plus élevés avec respectivement ; 53,9% et 51,4% pour les groupes HDJ randomisés et non randomisés. Cette différence pourrait s'expliquer par la méthodologie utilisée.

En effet l'étude Witbrodt (16) évaluait l'abstinence sur les 30 derniers jours alors que notre étude l'évaluait sur les 6 mois de suivi.

Il faut noter aussi une différence quant aux populations de l'étude Witbrodt et notre étude. Ce travail regroupait tout type de patients dépendants, majoritairement alcoolo-dépendants mais il y avait aussi des patients dépendants aux drogues.

Le taux d'abstinence cumulé du groupe HC dans notre étude était de 25,5% à 6 mois. Dans la littérature les résultats à 6 mois sont relativement plus élevés. L'étude Gelsi (24) avait un taux d'abstinence de 54,8%. Cependant, dans ce travail les patients perdus de vue étaient nombreux et exclus de l'analyse statistique. Dans la thèse d'Anne Wilhelm (25), il était de 40,4%. Cette étude était réalisée au sein d'un service de gastro-entérologie, avec une population recrutée potentiellement différente. Par contre l'étude Nalpas (23) se rapprochait plus de nos résultats avec un taux à 31%. Enfin l'étude Wiethmann (14) retrouvait un taux à 18,5% mais là encore il s'agit d'un résultat à 1 an.

Le taux d'abstinence cumulé du groupe ambulatoire à 6 mois était de 28,6 %, ce taux semble assez bas comparé à la littérature. En effet, l'étude Soyka (29) reportait un taux d'abstinence à 43,8% à 2 ans. L'étude Bottlender (26) retrouvait un taux de 43,0% à 3 ans. De plus dans les analyses statistiques de ces deux études les patients perdus de vue étaient considérés comme rechuteurs, comme dans notre étude. La seule différence était que dans l'étude Soyka, 3 patients avaient été exclus car ils étaient trop malades (AVC, et carcinome laryngé) et dans l'étude Bottlender, deux patients décédés, avaient été exclus. On pourrait relativiser les résultats de l'étude Soyka (29), car il semble que le taux d'abstinence était défini seulement à 2 ans de suivi sans intermédiaire.

Par contre dans l'étude Bottlender (29), il était spécifié que les patients abstinents l'avaient été pendant toute la période du suivi, mais sans jamais fournir de chiffres ni préciser les intermédiaires de suivi.

Les seules études ayant comparé le taux d'abstinence entre les groupes HC et HDJ sont les études Witbrodt (16) et Weithmann (14). Ces deux études comparent respectivement le taux d'abstinence à 6 mois et 1 an.

Elles ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes. Par contre les taux d'abstinence des groupes HDJ étaient toujours supérieurs à celui des groupes HC. (Witbrodt : 52,6% Versus 48,2% et Weithmann : 21,8% versus 18,5%).

Cela conforte les résultats de notre étude dans l'absence de significativité, mais avec tout de même une supériorité du groupe HDJ.

3.3.3 Le taux de rechute

Dans notre étude, à 6 mois le taux de rechute cumulé du groupe HDJ était de 54,5%.

Dans l'étude Witbrodt (16), ce taux était moins élevé ; 46,1% et 48,6% respectivement pour les groupes HDJ randomisés et non randomisés.

Cependant cet écart reste faible. De plus dans cette étude le taux de rechute était l'inverse du taux d'abstinence (calculé sur les 30 derniers jours). Ce qui revenait à considérer le taux de rechute comme étant le reflet des 30 derniers jours de suivi. Alors que notre étude considérait tous patients ayant rechuté au moins une fois comme rechuteurs pour toute la période de suivi de 6 mois. Cela pourrait expliquer cette différence.

Mais il faut nuancer cette interprétation, car l'étude Witbrodt (16) considérait comme rechuteurs tous patients ayant re-consommé de l'alcool. Tandis que notre étude n'incluait pas dans le taux de rechute la proportion non négligeable de consommateurs non rechuteurs.

L'étude Pallincourt (18) retrouvait un taux de rechute de 35% à 2ans, mais là encore devant le faible taux d'inclusion, il est difficile d'interpréter ce résultat.

A 6 mois, Le taux de rechute cumulé de l'étude était de 65,7% pour le groupe HC. Ce chiffre est en accord avec la majorité des chiffres retrouvés dans la littérature. Dans la thèse d'Anne Wilhelm (25) il était de 59,6% ; l'étude portugaise Neto (27) retrouvait un taux de 60,8% et de 71,5% pour L'étude Nalpas (23), à nuancer pour cette étude, car il s'agit d'un taux à 1 an.

Deux études différent. L'étude Gelsi (24) avait un taux moins élevé (45,2%), mais les perdus de vue n'étaient pas pris en compte dans l'analyse statistique. Enfin l'étude Witbrodt (16) retrouvait un taux à 52,8%. Mais comme décrit précédemment, il s'agissait du taux sur les 30 derniers jours de suivi.

Le taux de rechute cumulé du groupe ambulatoire dans notre travail était de 55,5% à 6 mois. L'étude Soyka, ne le précisait pas dans le texte, mais il était possible de le calculer car il était fourni le nombre de patients rechuteurs (n=28) et le nombre de patients perdus de vue (n=22). On pouvait donc calculer un taux de rechute de 56,2%. Ce qui est en accord avec notre étude. Par contre, il s'agissait du taux de rechute à 2 ans. L'étude Bottlender (29) retrouvait un taux de rechute après 3 ans de suivi de 57%.

Encore une fois, il faut nuancer l'interprétation de ces résultats par rapport à notre travail. L'ensemble des études citées précédemment considéraient comme rechuteurs tous patients ayant reconsommé de l'alcool. Notre étude par contre n'intégrait pas le pourcentage de consommateurs non rechuteurs. Nos résultats étaient donc minorés par rapport à la littérature.

Seule l'étude Bottlender (29) détaillait deux types de taux de rechute. L'un considérant comme rechuteurs tous les patients ayant reconsommé un verre d'alcool, il s'agit du taux cité dans le paragraphe précédent (57%), et l'autre qui n'incluait pas les patients qui étaient considérés comme s'améliorant. C'est-à-dire des patients n'ayant pas eu plus de trois périodes de reconsommation, la période n'excédant pas une semaine ou des patients avec une reconsommation n'excédant pas 30g d'alcool par jour pour la femme et 60g pour l'homme. Cependant aucun chiffre n'était fourni sur ce deuxième type de taux de rechute, à la place il était calculé un taux de patient en amélioration.

Concernant, la comparaison du taux de rechute des groupes HC et HDJ, l'étude Witbrodt (16) n'avait pas retrouvé de différence significative entre les groupes. Par contre le taux de rechute était plus élevé chez les patients du groupe HC. Ce qui est comparable à notre travail.

Pour conclure, la comparaison de notre étude à la littérature semble difficile.

D'une part car la méthodologie utilisée dans chaque travail est différente. Les définitions du suivi, de l'abstinence ou de la rechute sont bien souvent propres à chaque étude. D'autre part car les études comparant l'hôpital de jour à l'hospitalisation conventionnelle sont peu nombreuses. Lors de la revue de la littérature sur le sujet seules deux études ont été trouvées.

D'où l'intérêt de notre travail pour l'enrichissement de ce domaine de recherche.

L'étude Witbrodt et al. (16), portait sur une population d'Amérique du nord dont le profil culturel et clinique est probablement différent du profil de la population française. L'étude allemande Weithmann et al. (14) de 2005, se rapprochait au mieux de notre étude en terme de méthodologie, mais les auteurs avaient choisi comme critères de jugement principaux le pourcentage de jour d'abstinence après la prise en charge et la quantité standard d'alcool re-consommée.

Cependant malgré les différences constatées, ces deux études tout comme la nôtre ne retrouvaient pas à 6 mois de différence significative entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle, mais tout de même une supériorité de l'hôpital de jour. Tout en rappelant une autre étude de l'équipe Weithmann (15) qui démontrait un coût moindre de l'hôpital de jour.

Tableau . Critères de jugements principaux : données de la littérature

Etude	Année	Nationalité	Type d'étude	Structure étudiée	Nombre d'inclusion	durée du suivi avant résultats	taux de perdus de vue (%)	taux (%) de suivi	taux (%) d'abstinence	taux (%) de rechute	
Etude en cours	2015	France	Prospective MultiC. Non randomisée (2 centres Nord)	HC Vs HDJ	179	6 Mois	HC:	8,8%	66,7%	25,5%	65,7%
					HC(102) HDJ(77)		HDJ:	6,5%	81,8%	29,9%	54,5%
							Ambu	12,7%	77,8%	28,6%	55,5%
Pham,	2010	France	Prospective MonoC.	HDJ	150	3 Ans	HDJ:	26,60%	NR	NR	NR
wilhelm,	2009	France	Rétrospective MonoC.	HC	94	6 Mois	HC:	46,8%	53,2%	40,4%	59,6%
Pallincourt,	2008	Belgique	Prospective MonoC.	HDJ	20	2 Ans	HDJ:	20,0%	80,0%	45,0%	35,0%
Witbrodt,	2007	Etats-unis	Prospective MultiC. Randomisée et non R (12 centres)	HC Vs HDJ	733	6 Mois	r.HC:	23,0%	77,0%	52,5%	47,5%
					r.HC(139) r.HDJ(154)		r.HDJ:	17,0%	83,0%	53,9%	46,1%
					nr.HC(82) nr.HDJ(321)		nr.HC:	14,4%	75,6%	43,9%	36,1%
							nr.HDJ:	20,0%	80,0%	51,4%	48,6%
Neto,	2007	Portugal	Prospective MonoC.	HC	74	6 Mois	HC:	8,1%	91,9%	39,2%	60,8%
Gelsi,	2007	France	Prospective MonoC	HC	115	6 Mois	HC:	36,5%	63,5%	34,8%	65,2%
Weithmann,	2005	Allemagne	Prospective MonoC. Randomisée	HC Vs HDJ	109	1 An	HC:	NR	NR	18,5%	NR
					HC(54) HDJ(55)		HDJ:	NR	NR	21,8%	NR
Nalpas,	2002	France	Prospective MultiC. (4centres)	HC	267	1 An 6 Mois	HC	25,80%	NR	25% 31%	71,50%

NR : Non renseigné

HDJ: Hospitalisation de jour

HC: Hospitalisation conventionnelle

r: randomisé nr: non randomisé

4. Critères de jugement secondaires, discussion et comparaison à la littérature

A partir des critères de jugement principaux et de l'ensemble des données recueillies lors de l'inclusion de chaque patient. Nous avons essayé de mettre en évidence des facteurs liés à la rechute et l'abstinence pour la population des groupes HC et HDJ.

Pour cela, Il a été réalisé dans un premier temps une analyse univariée. A partir des facteurs significatifs de cette analyse, une analyse multivariée a été réalisée afin de définir quels étaient les facteurs les plus liés à la rechute ou l'abstinence. En d'autres termes, l'analyse multivariée permet de démontrer si un facteur est bel et bien lié à la rechute ou à l'abstinence indépendamment des autres facteurs étudiés.

Il convient donc, de ne retenir dans cette partie uniquement les facteurs de l'analyse multivariée.

4.1 Facteurs de rechute : résultats à 3 et 6 mois, comparaison et discussion

Les facteurs associés à la rechute à 3 comme à 6 mois sont à considérer comme des facteurs de rechute précoce. Prendre en compte ces facteurs, c'est apporter une attention toute particulière à des profils de patients dont nous savons qu'ils sont à risque de rechuter très rapidement.

Ce travail a évalué 11 facteurs potentiels (le genre, l'âge, le statut matrimonial, l'activité professionnelle, le nombre de sevrage antérieur, les complications liées à l'alcool, les antécédents de dépression, l'arrêt précoce du suivi, âge de 1^{er} consommation, l'âge des consommations à problème et le soutien de l'entourage).

A 3 mois, le seul facteur de risque significatif de rechute était un nombre de sevrage antérieur supérieur à 5, avec un risque 5,2 fois plus élevé de rechuter qu'un patient n'ayant jamais fait de sevrage.

A 6 mois, on retrouvait toujours un nombre de sevrage antérieur supérieur à 5 avec cette fois un risque de rechute 6,5 fois plus élevé et les antécédents de dépression comme facteur de risque de rechute.

L'apparition des antécédents de dépression comme facteur significatif de rechute au 6^e mois alors qu'ils n'étaient même pas une tendance à 3 mois pourrait s'expliquer par le fait qu'en début de prise en charge les patients disposent d'un suivi plus soutenu et d'un environnement plus renforcé. Mais au fil du temps, la dépression peut se réinstaller progressivement et être l'un des facteurs expliquant la rechute. Dans notre travail un patient ayant des antécédents de dépression avait 2 fois plus de risque de rechuter à 6 mois.

Il faut donc cibler et porter une attention particulière aux patients débutant un sevrage qui auraient des antécédents de dépression et/ou déjà réalisé plus de 5 sevrages.

Il s'agit des deux facteurs de notre étude qui à 6 mois sont indépendants des autres et significatifs comme facteur de rechute.

Tableau 15. Facteurs de rechute significatifs

	3 Mois		6 Mois	
	Analyse Univariée	Analyse Multivariée	Analyse Univariée	Analyse Multivariée
Significatif:	Age Nombre de sevrage antérieur	Sup à 5 sevrages ant.	Age Nombre de sevrage antérieur Atcd de dépression	Sup à 5 sevrages ant. Atcd de dépression
Tendance:	Arrêt précoce du suivi	Arrêt précoce du suivi	complications liées à l'alcool	

4.2 Facteurs de rechute : Comparaison à la littérature

Les antécédents psychiatriques sont retrouvés comme facteurs de rechute significatifs dans différents travaux. L'étude Nalpas (23) de 2002 qui étudiait une population française de 267 patients en hospitalisation conventionnelle retrouvait à 1 an les antécédents de dépression comme facteur significatif. L'étude allemande Soyka (29) de 2009 étudiait en ambulatoire 92 patients. Un nombre de traitements antérieurs à visé psychiatrique faible était à 2 ans un facteur protecteur de la rechute. Enfin la thèse d'Anne Wilhelm (25) de 2009 qui recherchait les facteurs prédictifs au sein d'une population de 94 patients d'un service de gastro-entérologie retrouvait les antécédents psychiatriques à 1 an comme facteur significatif de rechute.

L'exclusion des troubles psychiatriques sévères dans toutes ces études pourrait nous permettre de comparer ces facteurs de jugement, même s'ils sont quelque peu différents (antécédents psychiatriques, traitements antérieurs psychiatriques, antécédents de dépression). La littérature conforte donc les résultats de notre étude concernant les antécédents de dépression comme facteurs prédictifs de rechute.

Cependant notre étude et ces travaux se distinguent entre eux. On retrouve des différences quant à la durée du suivi (6 mois dans notre travail, 1 an dans les études Nalpas et Wilhelm et 2 ans pour l'étude Soyka), quant au type de suivi (HC et HDJ dans notre étude, HC uniquement pour Wilhelm et Nalpas et ambulatoire pour Soyka). A cela s'ajoute comme nous l'avons décrit précédemment dans la partie critères de jugement principaux, les différences de définition concernant le taux de rechute.

Pour autant on pourrait y voir là une force, car même si ces travaux sont différents, le fait de toujours retrouver le facteur antécédent psychiatrique comme risque de rechute pourrait démontrer qu'il s'agit là d'un facteur de risque commun à toute la population de patients alcoolo-dépendant.

Le nombre de sevrages antérieurs comme facteur de rechute a été retrouvé dans deux travaux.

Dans l'étude Soyka (29) après 2 ans de suivi, on retrouvait qu'un nombre de sevrage antérieur faible était un facteur protecteur de la rechute.

L'étude Picci et al. (30) de 2014 réalisée en Italie a suivi 199 patients pendant 1 an suite à une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de vie comme étant un facteur pronostic de rechute. Ce travail a mis en évidence que plus le nombre de sevrages antérieurs était élevé plus il y avait un risque significatif de rechute.

Ces deux références bibliographiques sont en accord avec notre travail.

Cette comparaison à la littérature conforte les facteurs prédictifs de rechute mis en avant dans notre travail de recherche. Il faut donc cibler les patients ayant des antécédents de dépression et/ou un nombre de sevrage antérieur supérieur à 5, car ils sont à risque de rechute précoce.

D'autres facteurs de risque significatifs ont été retrouvés dans la littérature que nous avons ou n'avons pas étudiés. Ils sont résumés dans le tableau 16.

Tableau 16. Facteur de rechute: Données de la littérature.

	Etude en cours	Picci	Aguiar	Wilhelm	Soyka	Gelsi	Bottlender	Nalpas
Nationalité	France	Italie	Portugal	France	Allemagne	France	Allemagne	France
Année publication	2015	2014	2012	2009	2009	2007	2005	2002
Type de Suivi	HC et HDJ	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC	Ambulatoire	HC
Nombre d'inclus	179	199	209	94	92	115	103	267
Services concernés	Addictologie	Addictologie	Addictologie	Gastro E.	Addictologie	Gastro E.	Addictologie	Addicto/psy
Durée de suivi	6 Mois	1 An	6 Mois	1 An	2 Ans	6 Mois	3 Ans	1 An
Facteurs de rechute en analyse multivariée:								
Genre (féminin)			OR=4,51 p<0,05	OR=0,11 p=0,02	OR****=0,2 IC[0-1] p<0,005		OR=2,49 p=0,05	
Nombre sevrage ant.	OR*=6,5 IC[1,8-23] p=0,0044	OR*=2,51 IC[1,3-4,7] p=0,004			OR**=0,7 IC[0,6-1] p<0,005			
Co addictions			OR=9,5 p<0,001			OR=3,3 IC[1,1-10,7] p=0,008		
Atcd psychiatrique	OR=2 [1,02-3,9] p=0,0439			OR=14 p=0,01	OR***=0,2 IC[0,1-0,7]			OR=1,7 IC[1,1-2,4] p=0,0045
Arrêt précoce du suivi							OR=6,5 p=0,03	
Atcd familial de dépendance				OR=3,47 p=0,08				
Mutuelle								OR=1,68 IC[1-2,4] p=0,0012
Evènements de vie +							OR=0,5 p=0,01	
Bas niv socio-économique			OR=6 p<0,05					

OR* nb de sevrage ant élevé.

OR** nb de sevrage ant faible

OR*** nb de trtt psychiatrique faible

OR**** genre masculin

4.3 Facteurs d'abstinence : résultats à 3 et 6 mois, comparaison et discussion

Afin de rechercher des facteurs liés à l'abstinence, il a été évalué les mêmes facteurs vu précédemment.

A 3 mois le seul facteur d'abstinence mis en évidence était le fait d'avoir toujours été suivi au 1^{er} mois.

Par contre au 6^e mois de suivi, il n'a pas été démontré de facteurs significatifs d'abstinence. Mais deux facteurs qui auraient une tendance à l'abstinence. Il s'agit du statut matrimonial et le fait d'être toujours suivi au 1^{er} mois.

Il faut donc confronter nos résultats à la littérature afin de chercher si les facteurs ayant une tendance dans notre étude seraient significatifs.

Tableau 17. Facteurs d'abstinence :

	3 Mois		6 Mois	
	Analyse Univariée	Analyse Multivariée	Analyse Univariée	Analyse Multivariée
Significatif:	Age Suivi à 1 mois	Suivi à 1 mois	Suivi à 1 mois	
Tendance:			Statut matrimonial	statut matrimonial Suivi à 1 mois

4.4 Facteurs d'abstinence : Comparaison à la littérature

Il y a très peu d'étude qui ont recherché spécifiquement des facteurs liés à l'abstinence dans la littérature. En effet la grande majorité des études se penche sur la recherche de facteurs de risque de rechute et considère que si un facteur est protecteur face à la rechute (Odds ratio compris entre 0 et 1) alors il s'agit d'un facteur d'abstinence et inversement si un facteur est protecteur de l'abstinence alors il s'agit d'un facteur de rechute.

C'est ce que l'on retrouve dans l'étude Bottlender (26) qui montrait qu'avoir des évènements de vie positif étaient un facteur protecteur de la rechute (OR=0,5) les auteurs considèrent donc les évènements de vie positifs comme un facteur d'abstinence.

Dans l'étude Soyka (29) suite à l'analyse multivariée, le genre masculin avec un Odds ratio égal à 0,2 est considéré comme un facteur protecteur de rechute. Les auteurs considèrent donc le sexe féminin comme un facteur de mauvais pronostic.

Pour autant il n'était pas prouvé directement que le genre féminin était un facteur de mauvais pronostic. Cette interprétation semble erronée.

Dans l'étude Aguiar et al. (31) réalisée au Portugal en 2012. Il a été étudié les facteurs pronostics à 6 mois d'un sevrage alcoolique en ambulatoire. Cette étude a recherché directement des facteurs liés à l'abstinence pendant les 6 mois de suivi.

Etre de bas niveau socio-économique était un facteur protecteur de l'abstinence (OR=0,414 ; $p < 0,05$) ce que les auteurs interprétaient comme étant un facteur de mauvais pronostic pour de l'abstinence et donc comme un facteur de rechute.

Par contre avoir été présent aux consultations de suivi (entre 4 et 7 consultations) était un facteur significatif de l'abstinence (OR=5,55 ; $p < 0,0001$).

Dans l'étude Witbrodt et al. (16), il y avait un lien significatif entre l'abstinence et un nombre de jour de traitement formel suivi entre 0 et 2 mois (OR=1,04 ; $p = 0,04$)

Par extrapolation, cela pourrait être en accord avec notre étude, être toujours suivi au 1^{er} mois et être présent lors des consultations de suivi ou avoir un nombre de jour de traitement suivi entre 0 et 2 mois important pourraient être considérés comme étant similaire

D'un point de vue statistique, dans notre étude il n'aurait pas été possible de considérer les facteurs protecteurs de la rechute comme étant des facteurs d'abstinence. Car la rechute n'est pas l'inverse de l'abstinence dans notre travail. En effet notre population est définie par trois catégories, les rechuteurs, les abstinentes et les consommateurs non rechuteurs. Alors que l'ensemble des travaux de la littérature étudient les facteurs pronostics d'une manière binaire (Abstinent ou non abstinent).

Or depuis quelques années ce concept binaire est fortement remis en cause, on peut citer notamment l'étude américaine NESARC (32) qui a montré qu'une part certes faible mais significative de patients arrivait à maintenir une consommation contrôlée vis-à-vis de l'alcool. L'objectif de prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant ne peut plus être l'abstinence à tout prix. Il est donc assez difficile de considérer comme dans la littérature le sous-groupe de patients consommateurs non rechuteurs comme des patients rechuteurs.

D'une certaine manière, en excluant les consommateurs non rechuteurs de la recherche de facteur de risque de rechute, nous avons été plus précis, ciblant une population de « vrais rechuteurs ».

Le pourcentage de patients consommateurs non rechuteurs n'était pas négligeable dans notre étude (16% des sujets ayant répondu à notre questionnaire 6 mois).

Il aurait été intéressant d'essayer de mettre en évidence quelles étaient les caractéristiques de ces patients.

CONCLUSION

L'analyse intermédiaire à 6 mois de notre étude nous a permis de faire le point à mi-parcours de notre travail.

La comparaison du groupe de patients ayant bénéficié d'une hospitalisation conventionnelle seule avec celui de patients ayant bénéficié en plus d'une prise en charge en hôpital de jour n'était pas significativement supérieure.

En effet à 6 mois le taux d'abstinance du groupe hôpital de jour n'est plus significativement supérieur à celui du groupe hospitalisation conventionnelle, comme nous l'espérions le démontrer dans nos postulats de départ.

Cependant les taux d'abstinance et de rechute même s'ils n'étaient plus significatifs, restaient en faveur du groupe hôpital de jour.

Ces résultats sont en accord avec les deux études retrouvées dans la littérature qui comparent ces deux types de prise en charge.

Nous devons admettre que l'hypothèse de départ, d'un taux de rechute de 40% à 1 an pour le groupe HDJ ne sera pas atteinte, car à 6 mois nous sommes déjà à un taux cumulé de rechute de 54,5%. Par contre l'objectif du taux de rechute global à 65% et du taux de perdus de vue à 20% sont encore envisageable à 1 an.

A ce stade de l'étude nous avons par contre démontré que les patients du groupe hôpital de jour étaient plus suivis de manière significative par rapport aux patients du groupe hospitalisation conventionnelle. Ce qui est un atout majeur, car les périodes de rechutes, d'abstinences et de consommations plus ou moins contrôlées sont les étapes normales du cycle du changement de comportement du patient alcoolodépendant. Et le fait d'être toujours et mieux suivi ne peut qu'aider les patients dans leur chemin vers la guérison.

Suite à nos recherches bibliographiques nous pouvons mettre en avant le fait que notre étude est la seule à avoir étudié trois types de suivi post sevrage, à savoir l'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital de jour et la prise en charge en ambulatoire. Ce qui nous a permis notamment de montrer que le taux d'abstinence du groupe hôpital de jour et celui du groupe ambulatoire était similaire.

Nous savons que ces deux populations sont différentes et ne peuvent être comparées. En effet la population du groupe hôpital de jour est plus fragile et donc plus sujette à la rechute que la population du groupe ambulatoire. Mais le fait d'avoir un taux d'abstinence similaire pourrait renforcer l'idée de l'efficacité de la prise en charge des patients en hôpital de jour.

A ce stade de notre travail nous avons aussi pu mettre en avant des facteurs de risque précoce de rechute qui sont significatifs et indépendants des autres facteurs étudiés. Un patient ayant des antécédents de dépression ou un nombre de sevrage antérieur supérieur à cinq est à risque de rechuter de manière précoce. De plus ces facteurs sont en accord avec la littérature.

Par contre nous n'avons pas pu mettre en avant de facteurs significativement liés à l'abstinence. Seulement une tendance à l'abstinence lors de la poursuite du suivi au 1^{er} mois, mais qui étaient retrouvés cette fois de manière significative dans deux études.

L'étude est toujours en cours, nous attendons les résultats définitifs après un an de suivi courant 2015. Nous espérons que la tendance retrouvée à 6 mois se confirmera pour les résultats à 1 an.

A savoir des taux de rechute et d'abstinence toujours en faveur de la prise en charge en hôpital de jour avec un taux de suivi toujours significativement supérieure par rapport à la prise en charge en hospitalisation conventionnelle seule.

Nous pourrions aussi voir si apparaissent de nouveaux facteurs significatifs de risque de rechute et si ceux établies à 6 mois le sont toujours.

Enfin nous verrons si apparaissent des facteurs significativement liés à l'abstinence.

Il serait intéressant de rechercher ce que sont devenus les patients perdus de vue.

Notamment s'il y a plus de trois décès ainsi que leurs causes. Les patients décédés pourraient être retirés de l'étude statistique et nous serions donc plus proche de la réalité.

Enfin à partir de la base conséquente de patients inclus et des données recueillies lors des rappels téléphoniques d'autres travaux pourraient être envisagés.

Comme l'évaluation du groupes de patients consommateurs non rechuteurs, avec leurs caractéristiques, leurs évolutions.

Ou encore la recherche de facteurs liés à la rechute ou à l'abstinence au sein du groupe ambulatoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - « Sevrage du patient alcoolo-dépendant » - Septembre 2013.
2. Code de la santé publique - Article D6124-301-1. Code de la santé publique.
3. Code de la santé publique - Article D6124-303. Code de la santé publique.
4. CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
5. Circulaire DHOS/O2 n°2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie.
6. Données annuelles sur la répartition territoriale en Addictologie. Agence Régionale de Santé du Nord-pas-de-Calais.
7. DGOS/R4 - Enquête de suivi sur le plan addiction (champ sanitaire) données 2012 (Instruction CNP 2013-56 relative à l'enquête sur le dispositif de prise en charge des addictions.
8. Estimation de la population au 1er janvier par région, département (1975-2013), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge) source: Insee.
9. Franc M. 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 [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
10. Qu'attendent les médecins généralistes d'un hôpital de jour d'addictologie ? [Texte imprimé] / Claire Andreotti ; sous la direction de Nassir Messaadi.
11. Benard J-Y. L'hospitalisation (temps plein et hospitalisation de jour) et les soins de suite et de réadaptation. *Alcoologie et addictologie* [Internet]. Princeps; 2001 [cited 2014 Dec 3]. p. 229–40. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1082056>
12. GROUPE DE TRAVAIL DU COPAAH / HOPITAL DE JOUR ADDICTOLOGIQUE Proposition de référentiel de prise en charge des patients. déc 2011.
13. Alterman AI, McLellan AT. Inpatient and day hospital treatment services for cocaine and alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat.* 1993 Jun;10(3):269–75.
14. Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus

- combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *Eur Addict Res.* 2005;11(4):197–203.
15. Weithmann G, Hoffmann M. [Frequency and costs of additional hospitalisations in the year after inpatient or day hospital detoxification treatment]. *Psychiatr Prax.* 2007 Jan;34(1):15–9.
 16. Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, et al. Day hospital and residential addiction treatment: randomized and nonrandomized managed care clients. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Dec;75(6):947–59.
 17. 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.
 18. Pallincourt R, Kempeneers P, Lex O, Parent M. Hôpital de jour : outil de substitution dans l'alcool-dépendance. *Rev Hôp Jour Psychiatr Thérapies Institutionnelles* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 3];11. Available from: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/73428>
 19. Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire [Texte imprimé] : 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 / Laure-Hélène Rousseau ; sous la direction de Monsieur le Docteur L. Urso-Baiardo.
 20. Decock Locquet C. Résultats intermédiaires à 3 mois 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. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
 21. Chermack ST, Singer K, Beresford TP. Screening for Alcoholism Among Medical Inpatients: How Important Is Corroboration of Patient Self-Report? *Alcohol Clin Exp Res.* 1998 Oct;22(7):1393–8.
 22. De Silva HJP, K.Samarasinghe, D.S.Ellawala, N.S. A two-year follow-up study of alcohol dependent men rehabilitated at a special unit in a developing country. *Br J Addict.* 1992 Oct;87(10):1409–14.
 23. Clinique de la Charité, CHRU, FRA, Unité d'alcoologie clinique, CH Dron, FRA, Département d'information médicale, CHU Caremeau, FRA, Unité d'alcoologie, Hôpital Villemin, FRA, Service d'alcoologie, Centre hospitalier, FRA, Intersecteur d'alcoologie, Hôpital Bon Sauveur, FRA, et al. Devenir des patients après sevrage d'alcool : Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers
Outcome of patients after alcohol withdrawal. *Alcoologie Addictologie.* 2002;24(4):337–44.
 24. Gelsi E, Vanbiervliet G, Chérikh F, Mariné-Barjoan E, Truchi R, Arab K, et al. Factors predictive of alcohol abstention after resident detoxication among alcoholics followed in an hospital outpatient center. *Gastroentérologie Clin Biol.* 2007 Jul;31(6-7):595–9.

25. WILHELM (Anne) 2009 • PARIS 12 CRETEIL • 1028 Facteurs prédictifs de rechute, pouvant être utilisés en pratique de médecine générale, des patients alcoolodépendants ayant bénéficié d'un sevrage Discipline : Médecine Type de thèse : Thèse d'exercice Support(s) : imprime Document disponible également sur Internet Mots-clés Santé publique : Alcoolisme, Dépendance toxique, Sevrage, Récidive, Facteur risque, Enquête rétrospective, Hôpital, Val de Marne, France, 2004-2006.
26. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Oct 1;80(1):83–9.
27. Neto D, Lambaz R, Tavares JE. Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2007 Dec;42(6):604–9.
28. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Tovar M-L, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé de l'Inpes.2010. Atlas des usages de substances psychoactives. Tendances [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 9];76(6). Available from: [http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html?utm_source=feedburner&utm_medium=twitter&utm_campaign=Feed%3A+le-phare-sociologie+\(Le+Phare++Sociologie\)](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html?utm_source=feedburner&utm_medium=twitter&utm_campaign=Feed%3A+le-phare-sociologie+(Le+Phare++Sociologie))
29. Soyka M, Schmidt P. Outpatient alcoholism treatment--24-month outcome and predictors of outcome. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2009;4:15.
30. Picci RL, Oliva F, Zuffranieri M, Vizzuso P, Ostacoli L, Sodano AJ, et al. Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2014 Jun 15;
31. Aguiar P, Neto D, Lambaz R, Chick J, Ferrinho P. Prognostic factors during outpatient treatment for alcohol dependence: cohort study with 6 months of treatment follow-up. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2012 Dec;47(6):702–10.
32. Huang B, Dawson DA, Stinson FS, Hasin DS, Ruan WJ, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006 Jul;67(7):1062–73.

ANNEXES

Annexe 1

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.

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 2

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 :
 - Syndrôme 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 des 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 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 3



Questionnaire de suivi des patients sevrés

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

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

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

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

Vérification de la population étudiée

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

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

- Oui Non

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

- Oui Non
 Ne sait pas

Connaissance de la population étudiée

Structure

- Lens Lille
 Roubaix

Date de début du sevrage

Type de prise en charge

- PASBA Hospitalisation Conventionnelle
 Hôpital de jour

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

Tranche d'âge

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

Sexe

- Masculin Féminin

Statut matrimonial

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

Age de la première consommation d'alcool

Age de la première ivresse

Intoxication tabagique

- Oui Non
 Ne sait pas

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

- <5 5-10
 10-20 >20

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

- Oui Non
 Ne sait pas

Si 'Oui', précisez l'âge:



Questionnaire de suivi des patients sevrés

Activité

- Ouvrier/Employé Profession libérale/commerçant
 Cadre Cadre sup
 Retraite Chômage
 RSA 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

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

Qui a été à l'initiative du sevrage ?

- Famille Patient
 Justice Travail
 Médecin traitant Mouvements d'anciens buveurs
 Psychologues Autres

Si 'Autres', précisez :

Existe-t-il des contre indications au PASBA

- Oui Non
 Ne sait pas

Si 'Oui', précisez lesquelles:

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

- Oui Non
 Ne sait pas

Si 'Oui', précisez lesquelles:

Complications liées aux consommations d'alcool

- Dépression Attaques de panique
 Décompensation psy Polynévrite membres inférieurs
 Polynévrite membres sup Neuropathies optiques
 Ulcères gastriques Stéatose
 Hépatites alcooliques Cirrhose décompensée
 Cirrhose Surinfection
 Cancer ORL Autres

Si 'Autres', précisez :

Annexes 4

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES PATIENTS SEVRÉS, RAPPEL A M3, M6, A1 :

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

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

2) Par qui avez-vous été suivi ?

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

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

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

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

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

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

- Oui
- Non
- Ne sait pas

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

Annexe 5

Signification codage du dossier EXCEL

Structure : 1=Roubaix 2=Lille

TypeSevrage : 1=Hospitalisation conventionnelle 2= Hôpital de jour 3= Ambulatoire

Age : (âge au moment du sevrage) en années

Sexe : 1=Masculin 2=Féminin

Satutmatrimonial : 1=Célibataire 2=divorcé 3=marié/Pacsé 4=veuf 5=Union libre

Age1ereconso (Age de la 1^{ère} consommation d'alcool) : en années

Age1ereivresse : en années

Tabac : 1=oui 2=non

Cigarette jour (nombre de cigarettes par jour, si oui à la Q° précédente) :

1=<5 2=5-10 3=10-20 4= >20

Violence (actes de violence au moins une fois dans leur vie) : 1= oui 2=non

AgeViolence (si oui Q° précédente) : en années

Activité (socioprofessionnelle) : 1=ouvrier/employé 2=carde 3=cadre sup

4=libéral/commerçant 5=chômage 6=retraite 7=invalidité/AAH 8=femme au foyer

9=sans droit 10=RSA

Sevrageant (nombre de sevrages antérieurs) : en nombre

USquot (quantité d'alcool/jour consommé avant le sevrage) : en unités standards

AgePb (Age de début des consommations problématiques) :

1=<25 ans 2=26-35 3=36-45 4=46-55 5= > 56

IndicPatient (Si le patient a souhaité lui-même son sevrage) : 1=oui 2=non

IndicFamille (sevrage demandé par la famille) : 1=oui 2= non

IndicMedecin (demandé par le médecin traitant) : 1=oui 2= non

IndicPsycho (demandé par un psychologue) : 1=oui 2= non

IndicJustice : 1=oui 2= non

IndicTravail (par l'employeur) : 1=oui 2= non

Complications (complications liées à l'alcool) : 1=oui 2=non si oui :

Ulcere (Ulcère gastrique) : 1=oui 2=non

HA (Hépatite alcoolique) : 1=oui 2=non

Depression : 1=oui 2=non

APanique (Attaque de panique) : 1=oui 2=non

Pancreatite : 1=oui 2=non

Steatose : 1=oui 2=non

PMI (polynévrite des membres inférieurs) : 1=oui 2=non

Cirrhose : 1=oui 2=non

CancerORL : 1=oui 2=non

Noptique (Neuropathie optique) : 1=oui 2=non

PMS (polynévrite des membres supérieurs) : 1=oui 2=non

Psy (décompensation psy) : 1=oui 2=non

SuiviM1 : 1=oui 2=non 3=perdu de vue 4= décès si oui :

IDEvilleM1 : 1=oui 2=non

HopitalConsultM1 : 1=oui 2=non

HopitalHDJM1 : 1=oui 2=non

MedecinTM1 : 1=oui 2=non

CSAPAM1 : 1=oui 2=non

PsychiatreM1 : 1=oui 2=non

PsychologueM1 : 1=oui 2=non

ComSuiviM1 : 1=pas de commentaire 2=commentaire + 3=commentaire -

USquotM1 : (quantité d'alcool/jour consommé M1) : en unités standards

RechuteM1 : 1=oui 2=non

ConsoM1 : 1=conso contrôlée 2=conso occasionnel 3=faux pas.

ReunionAbuveurM1 : 1=oui 2=non

BesoinSoinM1 : 1=oui 2=non

SuiviM3 : 1=oui 2=non 3=perdu de vue 4= décès si oui :

IDEvilleM3 : 1=oui 2=non

HopitalConsultM3 : 1=oui 2=non

HopitalHDJM3 : 1=oui 2=non

MedecinTM3 : 1=oui 2=non

CSAPAM3 : 1=oui 2=non

PsychiatreM3 : 1=oui 2=non

PsychologueM3 : 1=oui 2=non

ComSuiviM3 : 1=pas de commentaire 2=commentaire + 3=commentaire –

USquotM3 : (quantité d'alcool/jour consommé M1) : en unités standards

RechuteM3 : 1=oui 2=non

ConsoM3 : 1=conso contrôlée 2=conso occasionnel 3=faux pas.

ReunionAbuveurM3 : 1=oui 2=non

BesoinSoinM3 : 1=oui 2=non

SuiviM6 : 1=oui 2=non 3= perdu de vue 4= décès si oui :

IDEvilleM6 : 1=oui 2=non

HopitalConsultM6 : 1=oui 2=non

HopitalHDJM6 : 1=oui 2=non

MedecinTM6 : 1=oui 2=non

CSAPAM6 : 1=oui 2=non

PsychiatreM6 : 1=oui 2=non

PsychologueM6 : 1=oui 2=non

ComSuiviM6 : 1=pas de commentaire 2=commentaire + 3=commentaire –

USquotM6: (quantité d'alcool/jour consommé M1) : en unités standards

RechuteM6 : 1=oui 2=non

ConsoM6: 1=conso contrôlée 2=conso occasionnel 3=faux pas.

ReunionAbuveurM6 : 1=oui 2=non

BesoinSoinM6 : 1=oui 2=non

NB : _ Rechute : selon critères OMS, Pour les hommes sup 3 verres/j

Pour les femmes sup 2 verres/j

_ Abstinents : aucun verre / jour

_ Consommation contrôlée : pour l'homme inférieur à 3 verres/j

Pour la femme inférieur à 2 verres/j

Un jour dans la semaine sans boire et pas plus de 4 verres

lors des occasions.

_ Consommation occasionnelle : conso inférieure aux critères de l'OMS pour des occasions spéciales.

_ Faux pas : consommation non répétée dans le temps de plus de 6 verres en une seule occasion.

Annexe 6

Avis favorable du CPP 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

Annexe 7

Avis favorable du CCTIRS du 20 octobre 2011



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 le CNIL le mode de circulation des données.

Fait à Paris, le 27 octobre 2011

Le Président du Comité consultatif
Docteur Mahmoud ZUREIK

Annexe 8

Avis favorable de la CNIL 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.

AUTEUR : MEURANT

Prénom : Rémi

Date de Soutenance : Mercredi 14 janvier 2015

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

Thèse - Médecine - Lille 2015

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

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Suivi de sevrage, Hôpital de jour, Hospitalisation conventionnelle, Ambulatoire, Facteurs de rechute, Facteurs d'abstinence.

Résumé.

Contexte : Le sevrage éthylique est la première étape de la guérison, la deuxième étant d'assurer un suivi optimal pour le maintien de l'abstinence voir le maintien d'une consommation contrôlée. L'hôpital de jour est l'un des suivis possible, cependant peu d'études ont évalué ce type de suivi par rapport à une hospitalisation conventionnelle seule.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, comparative de traitement, multicentrique. L'objectif principal est d'évaluer le suivi post sevrage de trois groupes de patients : ambulatoire, hospitalisation conventionnelle seule (HC) et complétée d'un hôpital de jour (HDJ). Les critères de jugements principaux sont, le taux de patients toujours suivi pour des problèmes d'alcool, le taux d'abstinence cumulé et le taux de rechute cumulé à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après le sevrage. Seul le suivi du groupe HC et du groupe HDJ sont comparés, l'ambulatoire est analysé séparément car la population de ce groupe est différente des deux autres. Les critères de jugement secondaires sont la recherche de facteurs liés à la rechute et à l'abstinence.

Résultats : A 6 mois, le suivi du groupe HDJ est significativement supérieur au groupe HC (81,8% Vs 66,7% $p=0,03$), celui du groupe ambulatoire est de 77,8%. Le taux d'abstinence est supérieur dans le groupe HDJ mais pas de manière significative (29,9% Vs 25,5% $p=0,55$), celui du groupe ambulatoire est de 28,6%. Le taux de rechute est inférieur dans le groupe HDJ mais non significatif (54,5% Vs 65,7% $p=0,13$), celui du groupe ambulatoire est de 55,5%. Il a été mis en avant en analyse multivariée deux facteurs de risque de rechute précoces significatifs et indépendants des autres facteurs : Les antécédents de dépression (OR=2 IC [1,02-3,9] $p=0,044$) et un nombre antérieur de sevrages supérieurs à 5 (OR=6,5 IC [1,8-23] $p=0,0044$).

Conclusion : L'hôpital de jour assure à 6 mois un suivi significativement supérieur avec un meilleur taux d'abstinence et de rechute par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. La dépression et le nombre de sevrages antérieurs supérieurs à 5 sont deux facteurs de risque précoces de rechute. Les résultats finaux à 1 an sont attendus prochainement.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO