



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 finaux à 1 an 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 1
an après la fin du sevrage.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2015 à 16h
au Pôle recherche
Par Justine DUBAR

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Madame le Docteur Laure-Hélène ROUSSEAU

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Laurent URSO-BAIARDO

Travail du Service de bio-statistique de Lille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

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

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

HDJ : Hôpital De Jour

HC : Hospitalisation Conventiennelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

SDF : Sans Domicile Fixe

SFA : Société Française d'Alcoologie

US : Unité Standard

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	3
1. Consommation d'alcool dans le monde : les données de l'Organisation Mondiale de la Santé 2014 :	3
1.1 Les données générales :	3
1.2 Région américaine :	7
1.3 Région Est de la Méditerranée :	8
1.4 Région Ouest du Pacifique :	9
1.5 Région africaine :	10
1.6 Région Sud-Est de l'Asie :	11
1.7 Région européenne et en France :	13
1.8 Région Nord-Pas-de-Calais :	18
2. Consommation d'alcool chez les jeunes de 18 à 25 ans : les données du Baromètre Santé depuis 2005 en France :	21
2.1 Phénomène du « Binge Drinking » ou alcoolisation ponctuelle importante : 21	
2.2 Comparaison avec les autres tranches d'âge :	23
2.3 Boissons consommées :	23
2.3.1 Chez les jeunes hommes :	23
2.3.2 Chez les jeunes femmes :	24
2.4 Evolution des modes de consommation entre 2005 et 2010 :	24
2.5 Et en 2014 ?	26
2.6 Repérage des consommateurs à risque :	27
2.6.1 But :	27
2.6.2 Test DETA :	27
2.6.3 Test Audit-C :	28
2.6.4 Questionnaire FACE :	29
3. Vers de nouvelles recommandations dans la prise en charge de l'alcool-dépendance ?	30
3.1 Conférence de consensus de 1999 :	30
3.2 Conférence de consensus 2001 :	31
3.3 Vers une consommation d'alcool contrôlée chez les alcool-dépendants ? 32	

3.4	Nouvelle recommandation de bonne pratique de la société française d'alcoologie : 9 février 2015 :	34
4.	Objectifs et intérêt du travail de recherche :	37
4.1	Objectif principal :	37
4.2	Objectifs secondaires :	37
Matériels et méthodes	38
1.	Type d'étude :	38
2.	Population de l'étude :	39
2.1	Critères d'inclusion :	39
2.2	Critères d'exclusion :	39
3.	Support de l'étude présentée :	40
3.1	Méthodologie de l'étude et circulation des données :	40
3.2	Données recueillies :	41
4.	Suivi des patients de l'étude :	43
5.	Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance :	44
6.	Analyse statistique :	45
7.	Accords :	47
Résultats	48
1.	Description de la population à l'inclusion :	48
2.	Résumé des données des analyses descriptives à 1,3 et 6 mois :	51
3.	Analyse descriptive des données à 1 an :	54
3.1	Le suivi des patients à 1 an :	54
3.2	Les patients rechuteurs à 1 an:	58
3.3	Les patients non rechuteurs à 1 an :	60
3.3.1	<i>Les patients abstinentes</i> :	60
3.3.2	<i>Les consommateurs non rechuteurs à 1an : Les consommateurs contrôlés, occasionnels et faux pas</i> :	62
3.3.2.1	Les patients consommateurs contrôlés:	62
3.3.2.2	Les consommateurs occasionnels :	64
3.3.2.3	Les patients consommateurs « faux pas » :	65
3.5	La participation à des réunions d'anciens buveurs à 1an :	70
3.6	Le besoin de soins à 1an :	71

4. Analyse comparative du groupe HC et HDJ à 1 an :	67
4.1 La comparaison du suivi des patients à 1 an :	73
4.2 La comparaison de la rechute des patients à 1an :	73
4.2.1 A l'instant «T» 1an:	74
4.2.2 Taux cumulé à 1 an :	74
4.3 La comparaison de l'abstinence à 1 an:	76
4.3.1 A l'instant «T» 1an :	76
4.3.2 Taux cumulé à 1an :	76
5. Evolution des patients entre le 1er et le 12ème mois :	78
5.1 Les patients rechuteurs :	78
5.2 Les patients abstinentes :	80
5.3 Les consommateurs non rechuteurs :	82
6. Les facteurs de risque de rechute identifiés à 1 an :	84
6.1 En analyse univariée :	84
6.1.1 Le genre :	84
6.1.2 La tranche d'âge du patient lors du sevrage :	84
6.1.3 L'âge de la première consommation d'alcool :	85
6.1.4 Le statut matrimonial :	85
6.1.5 L'activité professionnelle :	86
6.1.6 Le nombre de sevrages antérieurs :	86
6.1.7 Les complications liées à l'alcool :	86
6.1.8 Les antécédents de dépression :	87
6.1.9 L'arrêt prématuré du suivi :	87
6.1.10 Le soutien de l'entourage :	87
6.1.11 L'âge des consommations à problème :	88
6.1.12 Pour conclure :	88
6.2 En analyse multivariée :	88
6.2.1 Le nombre de sevrages antérieurs :	89
6.2.2 Pour conclure :	90
7. Les facteurs d'abstinence à 1an :	91
7.1 En analyse univariée :	91
7.1.1 Le genre :	91
7.1.2 La tranche d'âge du patient lors du sevrage :	91
7.1.3 L'âge lors de la première consommation d'alcool :	92
7.1.4 Le statut matrimonial :	92
7.1.5 L'activité professionnelle :	93
7.1.6 Le nombre de sevrages antérieurs :	93
7.1.7 Les complications liées à la consommation d'alcool :	94
7.1.8 Les antécédents de dépression :	94
7.1.9 Suivi à 1 mois :	94
7.1.10 Le soutien de l'entourage :	95
7.1.11 L'âge des consommations à problèmes :	95
7.2 En analyse multivariée :	96
7.2.1 Le statut matrimonial :	96
7.2.2 Le soutien de l'entourage :	96

7.2.3	La tranche d'âge lors de la première consommation d'alcool :.....	97
7.2.4	Conclusion :.....	97

Discussion.....98

1. Points forts de l'étude :.....98

1.1	Le questionnaire :.....	98
1.2	Les patients exclus :.....	98
1.3	Les perdus de vue :.....	99

2. Les points faibles :.....100

2.1	Le mode de suivi :.....	100
2.2	La consommation déclarée d'alcool :.....	101
2.3	Nouveaux traitements dans le traitement de l'alcoolodépendance :.....	101
2.4	Les patients exclus de l'étude :.....	101
2.5	Les antécédents familiaux d'alcoolisme :.....	102
2.6	Les raisons de la rechute :.....	103

3. La représentativité de notre étude :.....104

4. Discussion des résultats : taux de rechute, d'abstinence, de suivi, identification de facteurs de risque de rechute et facteurs d'abstinence à 1 an :.....105

4.1	Les résultats à 1 an : taux de rechute, abstinence et suivi, comparaison du groupe HC et HDJ :.....	105
4.2	Comparaison des résultats à 6 et 1 an :.....	108
4.3	Identification de facteurs de risque de rechute :.....	109
4.3.1	En analyse univariée :.....	109
4.3.2	En analyse multivariée :.....	109
4.4	Identification des facteurs d'abstinence à 1 an :.....	111
4.4.1	En analyse univariée :.....	111
4.4.2	En analyse multivariée :.....	111

5. Comparaison à la littérature de nos critères de jugement principaux :. 113

5.1	Le taux de rechute :.....	113
5.2	Le taux d'abstinence :.....	115
5.3	Le taux de suivi :.....	116
5.4	Pour conclure :.....	117

6. Comparaison à la littérature de nos critères de jugement secondaires : 119

6.1	Les facteurs de risque de rechute :.....	119
6.2	Les facteurs d'abstinence :.....	121

Conclusion.....123

Références bibliographiques 127

Annexes..... 131

RESUME

Contexte : L'alcoolodépendance est un problème de santé publique et est responsable de nombreux décès notamment en France. Après un sevrage institutionnel ou en ambulatoire, le patient peut poursuivre le suivi en hôpital de jour. Peu d'études ont comparé l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Méthode : L'étude est prospective, observationnelle, comparative, multicentrique portant sur 242 patients alcoolodépendants du Nord de la France. Trois groupes ont été étudiés : groupe ambulatoire, hôpital de jour (HDJ) et hospitalisation conventionnelle (HC). Seuls les groupes HC et HDJ ont été comparés entre eux car la population ambulatoire n'est pas la même à l'inclusion. L'objectif principal de l'étude est de connaître le taux de suivi, de rechute et d'abstinence à 1, 3, 6 et 1 an et de comparer ces résultats entre les groupes HC et HDJ. Les objectifs secondaires sont la recherche de facteurs de risque de rechute et d'abstinence.

Résultats : Le taux de rechute cumulé global à 1 an est de 71,9%. La consommation moyenne d'alcool chez les rechuteurs est de 26,4 US/j. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes HC et HDJ à 1 an pour le taux de suivi (45,1% Vs 55,8% $p^*=0,1665$) et de rechute (75,5% Vs 72,5% $p^*=0,6987$). Il existe une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ (12,8% Vs 23,4% $p^*=0,0627$). Dans le groupe ambulatoire, le taux de suivi est de 63,5%, de rechute de 65,1% et d'abstinence de 30,2%. Deux facteurs de risque de rechute ont été mis en évidence à 1 an en analyse multivariée : avoir 2 antécédents de sevrage (OR=5,1 IC95%

[1,486-17,604] $p^*=0,0096$) et plus de 5 sevrages antérieurs (OR=5,039 IC95% [1,267-20,036] $p^*=0,0217$). Deux facteurs d'abstinence ont été identifiés : vivre en couple (OR=3,2 IC95% [1,346-7,639] $p^*=0,0085$) et avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool (OR=3,5 IC95% [1,313-9,547] $p^*=0,0125$).

Conclusion : A 1 an d'un sevrage éthylique, l'hôpital de jour n'a pas démontré sa supériorité par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Avoir 2 ou plus de 5 sevrages antérieurs est un facteur de risque de rechute significatif. Avoir moins de 15 ans lors du premier verre et vivre en couple sont des facteurs d'abstinence dans notre étude.

INTRODUCTION

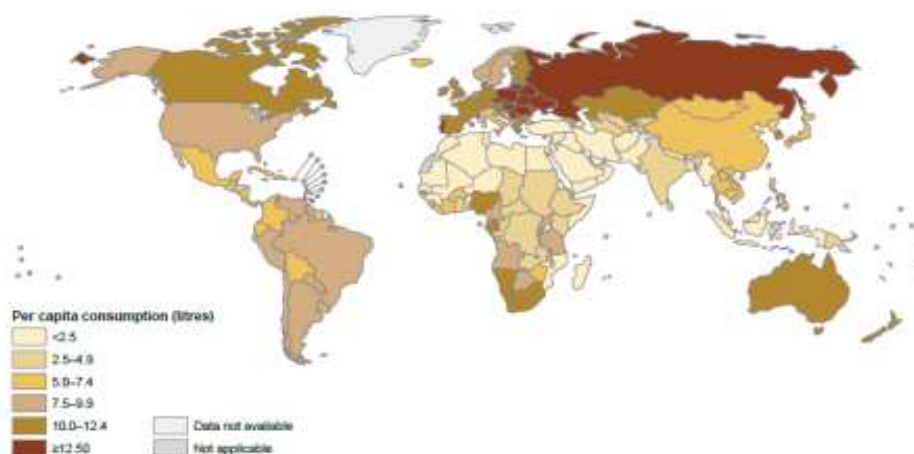
1. Consommation d'alcool dans le monde : les données de l'Organisation Mondiale de la Santé 2014 :

1.1 Les données générales :

L'alcool est une substance psychoactive qui est utilisée dans beaucoup de cultures depuis des siècles.

La consommation d'alcool pur dans le monde en 2010 était de 21.2 litres pour les hommes contre 8.9 litres pour les femmes. Cela équivaut à une consommation entre 30 et 57 grammes d'alcool pur par jour pour les hommes et entre 10 et 29 grammes d'alcool pur par jour pour les femmes selon les différentes régions de l'OMS, réparties en : région américaine, région Est de la Méditerranée, région Ouest du Pacifique, région africaine, région Sud-Est de l'Asie et région européenne (1).

Figure 1 : Consommation totale d'alcool par personne de plus de 15 ans en litres d'alcool pur en 2010 (1):

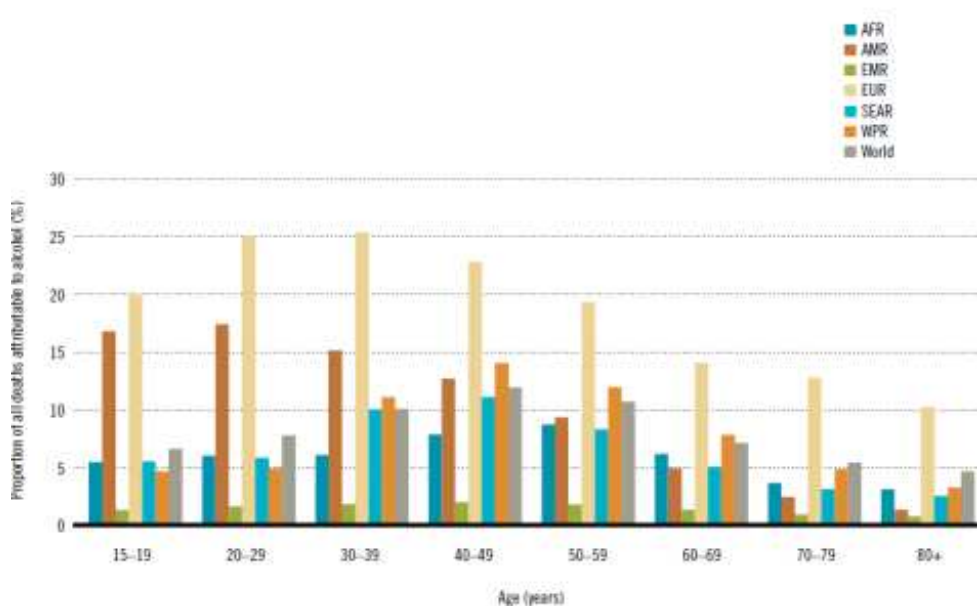


Un quart de la consommation n'est pas enregistré dans les statistiques à cause de la production illégale ou la vente d'alcool sans contrôle gouvernemental. Dans les pays à forte économie, 8.5% de tous les alcools consommés sont non déclarés contre 40% dans les pays à économie faible ou moyenne car l'alcool non déclaré produit illégalement est moins cher.

L'alcool était responsable d'environ 3.3 millions de morts en 2012 soit 5.9% de tous les décès dans le monde, ou encore 7.6% des décès masculins et 4% des décès féminins et 5.1% de la charge mondiale des maladies et traumatismes tels que mesurés par les années de vie ajustés sur l'incapacité («DALY») (1). La proportion de morts chez les plus de 60 ans est moins importante que chez les personnes d'âge moyen ou chez les jeunes à cause probablement d'un mode de consommation différent selon l'âge. Chez les 20-39 ans, près de 25% du nombre total de décès dans cette tranche d'âge est attribuable à l'alcool. La tranche d'âge où il est retrouvé le plus de décès dûs à l'alcool est celle des «40-49 ans» (1). La plus

grande proportion de décès attribuables à l'alcool se trouve dans la région européenne (figure 2).

Figure 2 : Proportion de décès attribuables à l'alcool (en %) par région de l'OMS et par classe d'âge en 2012 (1):



La consommation d'alcool et son usage nocif font partie des étiologies possibles dans plus de 200 maladies et traumatismes et est l'un des cinq premiers facteurs de risque dans le monde en terme de décès, d'incapacités et de maladies. Le plus grand nombre de décès attribuables à l'alcool est d'ordre cardio-vasculaire suivi par les blessures et accidents, les maladies dégénératives et les cancers. Les femmes décèdent en premier de pathologies cardio-vasculaires en rapport avec la consommation d'alcool et les hommes des accidents. Il a été constaté que moins de 10% des sujets présentant un usage nocif d'alcool accèdent à des soins spécialisés en addictologie (2).

Des relations causales ont été établies entre la consommation d'alcool et l'incidence de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (3).

L'usage nocif d'alcool entraîne des pertes économiques et sociales pour les individus et pour les sociétés dans leur ensemble. Dans les pays à économie faible, la morbidité due à la consommation d'alcool pur est plus importante que dans les pays à économie forte en rapport avec des facteurs socio-économiques, le taux d'abstention, le niveau de développement économique, la culture de chaque pays et les types de boissons consommées.

Une augmentation du nombre de politiques mondiales, régionales et nationales parmi les Etats membres a été constatée dans les domaines de l'alcool au volant, la limitation de la disponibilité de l'alcool et les restrictions de vente, et la promotion de l'alcool (1).

La consommation d'alcool a un coût direct pour la société par le coût des hospitalisations que cela entraîne, les interventions de la police et de la justice (lors de violences sous emprise d'alcool), le chômage et les systèmes de protection sociale. Elle a aussi un coût indirect par la perte de productivité et des bénéfices des entreprises (de par l'absentéisme par arrêts répétés ou de longue durée, la baisse de concentration, le chômage, les retraites ou les morts prématurées). Enfin, les coûts intangibles de la consommation d'alcool sont relatifs à la douleur, à la souffrance et à la diminution de la qualité de vie (1).

Globalement, 50.1% de la consommation d'alcool dans le monde l'est sous forme de spiritueux, 34.8% l'est sous forme de bière et 8% l'est sous forme de vin. Le reste des autres boissons alcoolisées représente 7.1% (1).

La tendance actuelle est une augmentation de la consommation d'alcool dans le monde due à une augmentation de la consommation en Chine et en Inde qui

pourrait être liée à une commercialisation active des industries de l'alcool et une augmentation des revenus de la population dans ces pays.

1.2 Région américaine :

La consommation d'alcool au niveau régional par personne de plus de 15 ans et par an de 2005 à 2010 a diminué, mais la consommation prévisible d'ici 2025 est attendue en augmentation (1). La plus grande prévalence de troubles de l'usage de l'alcool se trouve chez les femmes.

La consommation d'alcool dans la région américaine est élevée et contient, avec la région européenne, la plus grande proportion de buveurs actuels parmi les adolescents (1).

La consommation d'alcool pur par an et par personne est de 8.4 litres et la prévalence de consommation abusive d'alcool est de 22% parmi les buveurs et 13.7% dans la population totale de la région âgée de plus de 15 ans (1). Néanmoins, la consommation d'alcool parmi les buveurs de plus de 15 ans est plus faible dans la région américaine que dans la région de l'Asie du sud-est (13.6 litres par an par personne de plus de 15 ans) mais le pourcentage de consommateurs abusifs est plus élevé.

Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans, la région américaine compte les plus hauts niveaux et la plus grande prévalence de consommation abusive d'alcool dans les deux sexes par rapport à la population générale de plus de 15 ans.

La différence entre les sexes parmi les consommateurs actuels de plus de 15 ans est faible.

Cinquante-cinq pour cent de tous les alcools consommés le sont sous forme de bière et 11.7% sous forme de vin, notamment à cause de la consommation importante de vin en Argentine et au Chili.

Parmi les politiques mises en œuvre dans la lutte pour diminuer la dangerosité de la consommation d'alcool, les restrictions des heures de vente sur site sont plus importantes dans la région américaine que dans la région du sud-est de l'Asie.

Aux Etats-Unis, l'alcool est la troisième cause de mortalité évitable avec près de 88 000 morts chaque année (4) (62 000 hommes et 26 000 femmes) des conséquences de l'alcool et il y a eu 10 322 morts sur les routes à cause de l'alcool.

1.3 Région Est de la Méditerranée :

Le niveau de consommation d'alcool est bas et seuls 5.4% de la population déclarent avoir consommé de l'alcool (1) dans les douze derniers mois. Néanmoins, la consommation non déclarée et non enregistrée d'alcool représente plus de 50% de la consommation totale d'alcool dans cette région. De plus, dans les pays de cette région où l'alcool est interdit comme dans les pays musulmans, la consommation d'alcool non déclarée représente 100%.

Au total, 94.6% de la population de la région Est de la Méditerranée est abstinente avec 4.8% des abstinents qui sont anciens consommateurs mais abstinents dans les douze derniers mois (1).

Il s'agit de la région avec le taux de décès attribuables à l'alcool le plus bas car le taux d'abstinence est élevé.

La région représente 1.9% de la consommation mondiale d'alcool non déclarée.

Elle compte la plus basse proportion du monde de buveurs actuels parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans.

La consommation abusive d'alcool est trop faible pour tirer des conclusions. D'ici 2025, le niveau de consommation d'alcool est attendu à un taux stable dans cette région (1).

Il y a la plus grande prévalence de pays dans cette région de l'OMS avec des réglementations sur la consommation d'alcool sur site d'achat et à distance ainsi que sur les jours de vente sur les sites d'achat à distance.

1.4 Région Ouest du Pacifique :

Le niveau de consommation d'alcool est intermédiaire.

Au total, 50.1% de la consommation totale d'alcool déclarée dans le monde l'est sous forme de spiritueux et se trouve majoritairement dans cette région (1).

Parmi les personnes âgées de 14 à 19 ans, il existe une prévalence de consommation importante et abusive d'alcool par rapport à la population générale de plus de 15 ans de la région.

La différence entre les deux sexes concernant la consommation abusive d'alcool est élevée avec un ratio de 7.3.

Jusqu'en 2010, la consommation totale d'alcool par personne de plus de 15 ans a augmenté.

En 2025, la consommation d'alcool par personne est prévue en augmentation essentiellement pour la population chinoise (1).

C'est cette région qui a la plus grande prévalence de restrictions sur les sites de vente à distance concernant les heures de vente tout comme dans la région du Sud-Est asiatique (1).

1.5 Région africaine :

Le niveau de consommation d'alcool est intermédiaire, environ 6 litres par personne par an, et est dangereuse de par la consommation massive et rapide d'alcool (Binge Drinking).

C'est dans cette région que le niveau de décès attribuables à l'alcool est le plus bas à cause de la mortalité globale prématurée par rapport aux autres régions de l'OMS.

Les boissons alcoolisées autres que le vin, la bière et les spiritueux représentent 51.6% de la consommation totale d'alcool déclarée (1).

Il existe une faible prévalence de la consommation abusive d'alcool (environ 16.4%) qui est similaire parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans et la population totale âgée de plus de 15 ans. Néanmoins, la consommation d'alcool par personne par an parmi les buveurs de plus de 15 ans est élevée avec 19.5 litres (1).

La différence parmi les consommateurs d'alcools entre les deux sexes de plus de 15 ans est faible.

La consommation d'alcool par personne sur 5 ans (2006-2010) dans la population de plus de 15 ans est stable.

D'ici 2025, la consommation d'alcool par personne par an est attendue à rester stable. Cependant, dans les dix années à venir, la population adulte et adolescente

va augmenter dans cette région, ce qui va potentiellement augmenter le nombre de consommateurs d'alcool (1).

1.6 Région Sud-Est de l'Asie :

Le niveau de consommation est bas.

La consommation d'alcool non déclarée et non enregistrée dans les statistiques représente plus de 50% de la consommation totale d'alcool de la région. Dans les pays à faible développement économique et à faibles revenus, particulièrement en Inde, la production locale d'alcool constitue une proportion élevée de la consommation d'alcool. Ces alcools bon marché ne sont pas comptabilisés dans les statistiques.

La région compte 25% de la population mondiale et 26.4% de la consommation totale d'alcool non déclarée (1).

La majorité de l'alcool consommé l'est sous forme de spiritueux.

La consommation par personne de plus de 15 ans par an dans la population générale est de 3.4 litres alors que la prévalence d'une consommation d'alcool en une fois (plus de 60 grammes d'alcool pur en une occasion au moins une fois par an) est de 12.4% parmi les buveurs et 1.6% dans la population générale âgée de plus de 15 ans (1).

En moyenne, les buveurs consomment 23.1 litres d'alcool pur par personne par an et la prévalence de la consommation abusive d'alcool dans cette population est de 12.4 litres (1).

C'est dans cette région qu'est retrouvée la plus basse proportion de buveurs actuels parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans. La consommation abusive d'alcool est plus fréquente dans les tranches d'âge plus élevées.

La prévalence de consommation abusive d'alcool présente une différence entre les sexes avec un ratio de 10.9 (c'est-à-dire qu'il y a onze fois plus de consommation abusive d'alcool parmi les hommes que parmi les femmes).

Entre 2005 et 2010, la consommation d'alcool par personne de plus de 15 ans a augmenté au niveau régional.

D'ici 2025, il est prévu une augmentation de la consommation d'alcool par personne. En effet, la population en Asie du Sud-Est va augmenter au cours des dix prochaines années, augmentant ainsi le nombre potentiel de consommateurs d'alcool (1).

La législation sur la régulation des jours de vente de spiritueux sur les sites de vente est plus fréquente dans cette région. Plusieurs pays comme l'Inde, la Malaisie ou le Vietnam ont mis en œuvre une législation comme l'interdiction de la publicité à la télévision et à la radio mais les entreprises de production d'alcool ont toujours la liberté de promouvoir leurs marques via les autres médias (5).

Les marchés européens et américains sont saturés et par conséquent, ces derniers, se tournent désormais vers l'Asie et d'autres pays en voie de développement afin d'étendre leurs ventes et installer leurs entreprises dans ces pays. L'Asie a une population jeune et une économie croissante (5).

1.7 Région européenne et en France :

Le niveau de consommation d'alcool et le nombre de décès attribuables à l'alcool sont les plus élevés. Un cinquième de la population européenne de plus de 15 ans consomme plus de 5 verres ou 60 grammes d'alcool au moins une fois par semaine. L'alcool est le troisième facteur de risque de maladies et de décès après le tabac et l'hypertension artérielle (6).

Le citoyen britannique consommait en moyenne 10.2 litres d'alcool par an en 2010. L'Autriche, la France, la Lettonie, la Lituanie et la Roumanie ont rapporté la consommation la plus haute avec 12 litres par adulte en 2010. C'est la région du Sud et de l'Ouest de l'Europe qui a le mode de consommation le plus risqué notamment en Ukraine et en Russie. Les pays du Sud (Chypre, Grèce, Italie, Malte) ont une consommation faible entre 7 et 8 litres d'alcool pur par adulte. La Turquie est un des pays où la consommation est la plus faible avec 4 litres par personne par an (6).

En Europe, il y a la plus grande prévalence de troubles d'usage de l'alcool parmi les hommes par rapport au reste du monde.

La région européenne concentre 14.7% de la population mondiale de plus de 15 ans et consomme plus du quart (25.7%) de la consommation totale d'alcool dans le monde.

La majeure partie de l'alcool est consommée sous forme de vin (25.7%) (1).

Seulement 33.6% de la population européenne est abstinente dans les douze derniers mois mais 38.7% des abstinents sont des anciens consommateurs mais n'ont pas bu d'alcool dans les douze derniers mois.

Il s'agit de la région qui a, avec la région américaine, la plus grande proportion de consommateurs d'alcool parmi les adolescents avec des niveaux de

consommation abusive plus élevés dans cette population par rapport à la population totale âgée de plus de 15 ans.

La différence entre les sexes parmi les consommateurs actuels de plus de 15 ans est faible.

La consommation d'alcool de 2006 à 2010 par personne de plus de 15 ans est restée stable. Il y a eu une diminution de la consommation d'alcool parmi les adolescents dans plusieurs pays d'Europe avec un taux de consommateurs parmi les personnes de plus de 15 ans et parmi les adolescents plus faible en 2010 qu'en 2005.

D'ici 2025, il est attendu une diminution de la consommation d'alcool dans la région européenne mais cela restera la région avec le plus haut niveau de consommation d'alcool (1).

C'est la région où il y a le plus de politiques nationales de prévention contre la production illégale et la vente informelle de boissons alcoolisées et presque tous les pays se sont dotés d'une stratégie nationale de lutte contre, et dans beaucoup de cas, elle est associée au «Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020» promu par l'OMS (7) (8). Des politiques ont été mises en place dans les pays de l'Union Européenne en matière de répression de l'alcool au volant, de campagnes de sensibilisation et d'action mises en œuvre dans la communauté mais ce n'est pas le cas concernant la réglementation du marketing des boissons alcoolisées et de la politique des prix.

Les variations de consommation d'alcool par personne entre les pays ne relèvent pas que des changements d'habitudes de consommation mais également des responsabilités politiques pour contrôler l'usage de l'alcool. Les restrictions de publicités, de vente et les fortes taxes dans les pays du Nord expliquent une consommation globale inférieure.

Entre 1970 et 2010, la consommation d'alcool en Europe du Sud a diminué alors qu'elle a augmenté dans le Nord et les pays anglo-saxons aboutissant à une convergence des volumes consommés, du type de boissons consommées, et des modes de consommation. Néanmoins, en Europe du Sud, il est observé une plus grande fréquence des épisodes de consommations importantes touchant presque autant les femmes que les hommes et une acceptation sociale plus élevée de l'ivresse publique.

Figure 3 : Evolutions en Europe des volumes d'alcool consommés 1970-2010 (13) :

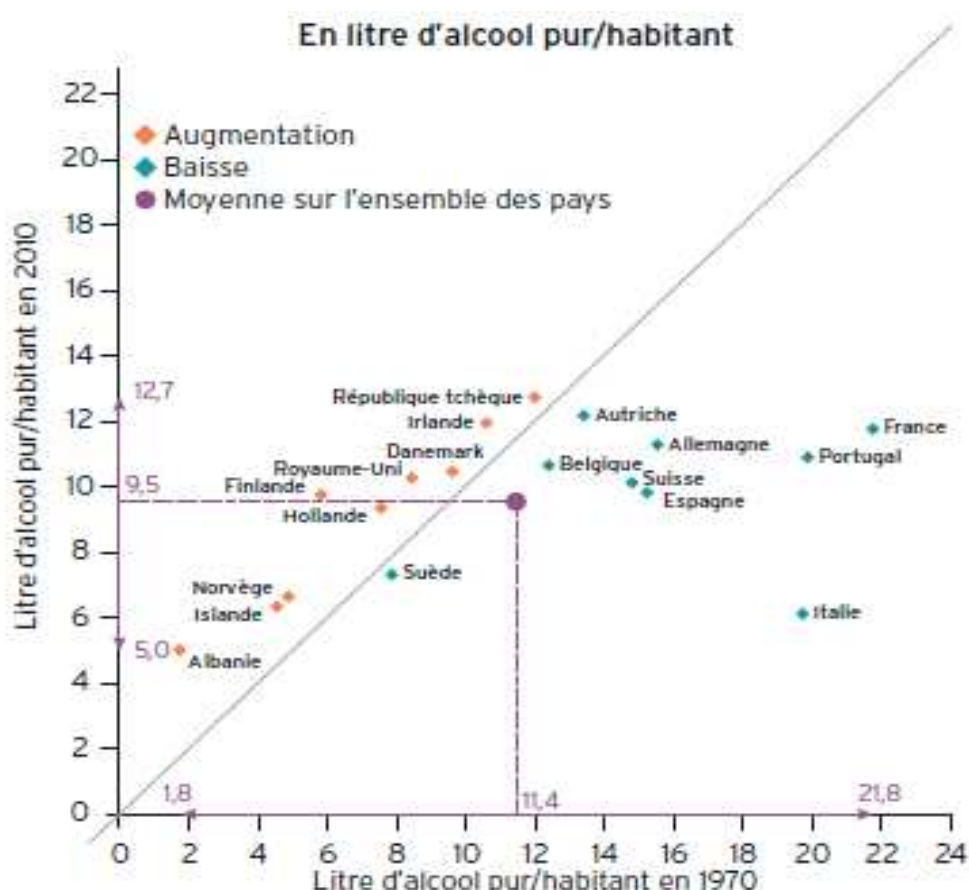
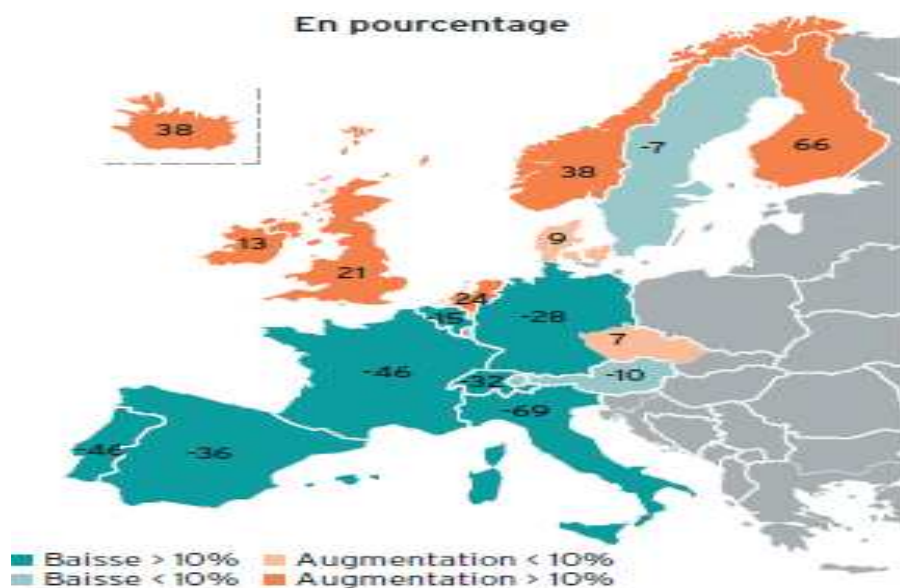


Figure 4 : Evolutions en pourcentage des volumes d'alcool consommés 1970-2010 en Europe (13) :

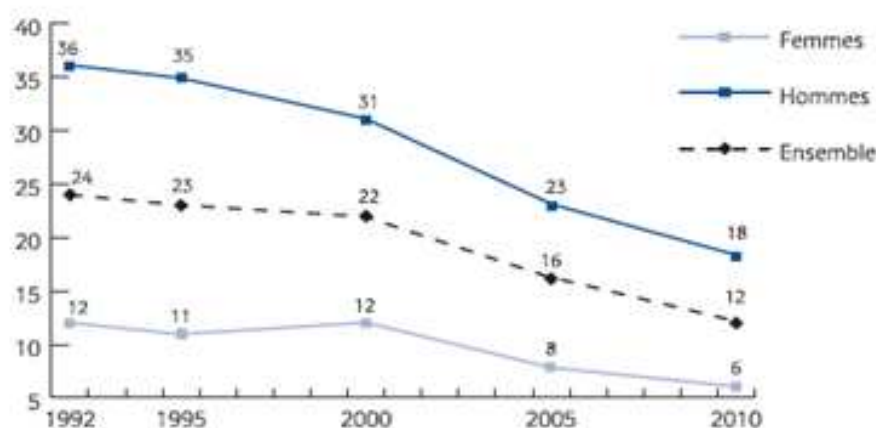


En France, l'alcool était responsable de 49 000 décès en 2009 et demeure la seconde cause de mortalité évitable après le tabac (7). En 2010, parmi les 18-75 ans, 12% des personnes interrogées déclarent avoir bu de l'alcool tous les jours au cours des douze derniers mois, 37% au moins une fois par semaine et 38% moins souvent. Néanmoins, 13% des personnes disent ne pas avoir bu durant la dernière année. L'alcoolisation quotidienne concerne le plus souvent les personnes de plus de 45 ans. La boisson la plus consommée en France est le vin, suivie de la bière et des alcools forts. La consommation d'alcool en France retrouve une baisse des usages quotidiens avec une stabilisation des niveaux de consommation occasionnelle (9). La part des 15-75 ans qui consomment de l'alcool de façon quotidienne est passée de 24% en 1992 à moins de 10% en 2014 (13). Ceci s'explique par la diminution de la consommation de vin.

D'après le dernier Baromètre Santé 2014, 86% des personnes âgées de 15 à 75 ans en France déclarent avoir bu de l'alcool dans les 12 derniers mois avec environ 5,5 verres bus par semaine en moyenne (13). Environ 50% d'entre eux

consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et un sur dix consomme quotidiennement. Ces données sont stables par rapport à 2010 sauf pour la consommation quotidienne d'alcool qui décroît de 11% à 10% en 2014 (13).

Figure 5 : Evolution de la consommation quotidienne d'alcool des 18-75 de 1992 à 2010 (en %) (17) :



Source : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005 et 2010, INPES

Tableau 1: Indicateurs de consommation d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014 (13) :

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Consommation d'alcool						
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4	89,6	88,9	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5	8,1	8,0	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5	61,3	60,5	33,7	35,1
Vin	36,9	37,1	46,7	45,4	27,5	29,1*
Bière	18,6	20,3***	30,9	32,6*	6,8	8,6***
Alcools forts	15,7	15,2	24,7	23,9	7,2	6,8
Autres alcools	9,0	7,7***	10,2	9,0*	7,8	6,4***
Alcool quotidien	11,0	9,7***	16,7	14,6**	5,5	4,9
Alcoolsation Ponctuelle Importante (API)						
API dans l'année	36,0	38,3***	51,5	53,2	21,3	24,2***
API mensuelle	17,8	17,4	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	4,8	5,0	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresse						
Ivresse dans l'année	19,1	19,1	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	8,1	9,3***	13,0	13,5	3,6	5,2***
Ivresses régulières	3,1	3,8***	5,3	6,2*	0,9	1,6***

***, **, *: évolutions significatives aux seuils de 0,1%, 1% et 5% entre 2010 et 2014
 Source: Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes

Néanmoins, les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent globalement dans toutes les tranches d'âge et quel que soit le genre (9).

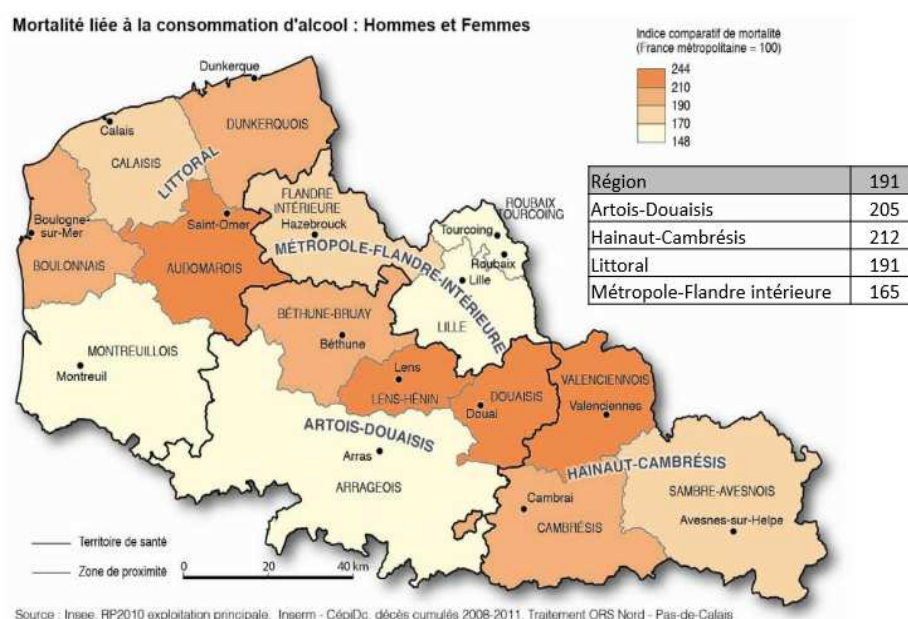
En 2014, l'alcoolisation ponctuelle importante concerne 38% des 15-75 ans et a augmenté par rapport à 2010 (36%) notamment chez les femmes (13). De même, 19% ont déclaré avoir connu un épisode d'ivresse en 2014, 9% au moins trois fois et 4% au moins 10 fois (13). La fréquence des ivresses répétées et régulières est en augmentation par rapport à 2010 (13).

1.8 Région Nord-Pas-de-Calais :

De 2008 à 2011, 35 964 personnes sont décédées de l'alcoolisme dans le Nord-Pas-de-Calais, dont 4948 hommes et 1935 femmes (14). L'indice comparatif de surmortalité (ICM) (c'est le rapport du nombre de décès observé sur un territoire donné au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et par âge étaient identiques aux taux nationaux. Un ICM inférieur à 100 correspond à une mortalité moins importante qu'en France métropolitaine et un ICM supérieur à 100 indique une surmortalité) est de 185 pour les hommes et de 225 pour les femmes, ce qui signifie une surmortalité due à l'alcoolisme dans le Nord-Pas-de-Calais (14). Le taux de mortalité par causes imputables à l'alcool représente 8% de la mortalité évitable (14).

Dans le territoire de Lille et de Roubaix, l'ICM lié à l'alcool est de 165 (14). Le nombre de décès est supérieur de 65% à ce qui aurait été observé si la mortalité du territoire était identique à la mortalité nationale.

Figure 6 : La mortalité liée à l'alcool dans le Nord-Pas-de-Calais en 2010 (14) :



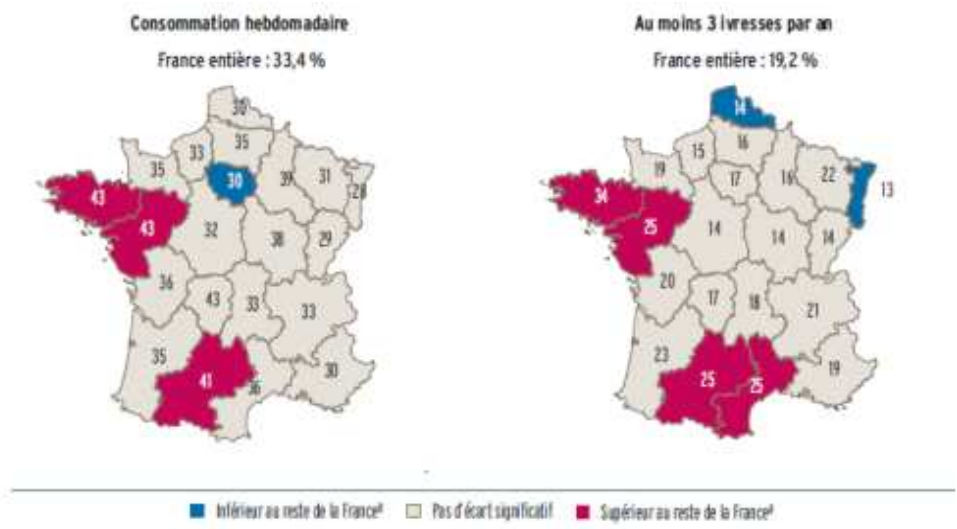
Le Nord-Pas-de-Calais a un profil particulier. En effet, la population consomme de l'alcool plus quotidiennement (13% de la population) par rapport au niveau national (11% de la population). Néanmoins, les ivresses sont moins fréquentes par rapport au reste de la France (10).

La population du Nord-Pas-de-Calais consomme de façon hebdomadaire des alcools forts, de la bière et du vin (10). Cependant, la région Nord-Pas-de-Calais apparaît sous-consommatrice de vin par rapport au reste de la France et la consommation d'alcools forts est en augmentation par rapport à 2005.

L'édition 2010 du Baromètre Santé indique que l'usage quotidien d'alcool dans la population des 15-75 ans est plus fréquent par rapport au reste de la France dans quatre régions : Pays de la Loire, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées (11). Le Nord-Pas-de-Calais affiche des niveaux d'ivresses inférieurs au reste de la France et compte 12.6% de consommateurs réguliers. Entre 2005 et 2010, les ivresses déclarées dans la région Nord-Pas-de-Calais sont moins fréquentes en 2010 qu'en 2005 (11).

Dans la population des 15-30 ans, la consommation d'alcool et les ivresses notamment, se classent en dessous du niveau national (11).

Figure 7 : Comparaisons régionales de la consommation hebdomadaire d'alcool et des ivresses répétées parmi les 15-30 ans en 2010 (16) :



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés utilisant la loi normale. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

2. Consommation d'alcool chez les jeunes de 18 à 25 ans : les données du Baromètre Santé depuis 2005 en France :

Le Baromètre Santé est une enquête conduite sur un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les personnes sont jointes par téléphone. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement et un individu éligible dans le ménage est choisi au hasard (13).

2.1 Phénomène du «Binge Drinking» ou alcoolisation ponctuelle importante :

Il s'agit d'une pratique consistant à boire plusieurs verres d'alcool en une même occasion, dans un laps de temps court et dans une perspective de «défonce» et concerne près d'un tiers des jeunes dès la fin de l'adolescence, et la moitié des étudiants déclare avoir connu au moins une ivresse dans l'année en 2010 (16). En 2014, 13% des 15-75 ans ont déclaré une telle pratique au cours de leur vie.

Ce phénomène touche plus les hommes que les femmes avec une augmentation pour les deux sexes entre 2005 (12) et 2010 (16) et un rapprochement des consommations entre les deux sexes. En effet, les sex-ratios (rapports de fréquence de consommation entre hommes et femmes) concernant les alcoolisations ponctuelles importantes ont diminué de façon significative entre 2005 et 2010 avec un sexe ratio de 6.7 en 2005 et 2.7 en 2010 (16).

En 2010, 42% des hommes et 17.6% des femmes de 18 à 25 ans ont rapporté une fréquence mensuelle d'alcoolisations ponctuelles importantes et ils étaient respectivement 16.6% et 6.1% à rapporter de tels épisodes à une fréquence hebdomadaire (17).

De plus, entre 2005 et 2010, il existait une augmentation des fréquences de consommation pour les alcoolisations ponctuelles importantes et les ivresses quel que soit le statut d'activité. Ces évolutions sont plus prononcées parmi les étudiants. Les alcoolisations ponctuelles importantes hebdomadaires concernent en 2010 (17) deux fois plus d'étudiants qu'en 2005 (12).

Au total, le «Binge Drinking» est un phénomène générationnel qui est connu depuis environ une trentaine d'années. Il concerne 14% des 15-24 ans, 10% des 25-34 ans et 6% des 35-44 ans au cours de l'année 2014 (13).

En mai 2013 est parue la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) qui regroupe dans une même catégorie les «troubles liés à l'usage d'une substance» et les «addictions sans produit». Le «Binge drinking» est expliqué dans le DSM-5 par des consommations récurrentes dans des situations de mises en danger. Le DSM-5 a un apport dans l'évaluation du «Binge drinking» si un comportement de mésusage quel qu'il soit (y compris «Binge drinking») entraîne, de manière prolongée et/ou récurrente, l'apparition de certains critères du DSM-5. Le nombre de critères présents permet de donner un aperçu de la sévérité du mésusage. De plus, la notion de «craving», envie irrépressible de consommer, est introduite dans cette dernière version du DSM-5.

2.2 Comparaison avec les autres tranches d'âge :

Par rapport à une population plus âgée, la consommation quotidienne d'alcool est rare et ne concerne que 2.6% des jeunes adultes alors qu'elle concerne 29% des 65-75 ans (17).

Entre 18 et 25 ans, les alcoolisations ponctuelles ou les épisodes d'ivresse sont importantes : 46.1% ont déclaré une ivresse dans l'année et un quart au moins 3 (24.9%) (17). Ces comportements diminuent avec l'âge.

Trois jeunes de 18 à 25 ans sur 10 ont connu une alcoolisation ponctuelle importante au cours des douze derniers mois alors que cela diminue de façon moins marquée avec l'âge (17% entre 35 et 54 ans et 9% des plus de 65 ans).

2.3 Boissons consommées :

Les boissons alcoolisées consommées diffèrent selon le sexe.

2.3.1 Chez les jeunes hommes :

La bière est la boisson la plus consommée chez les hommes de 18 à 25 ans (39.3%). Ensuite, ce sont les alcools forts qui sont consommés par 29.5%, le vin par 22.4% et des autres alcools par 9.7% (17).

2.3.2 Chez les jeunes femmes :

Le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée (14.3%), suivie des alcools forts (11.1%), de la bière (9.7%) et des autres alcools (6.2%) (17). Par rapport à 2010, la proportion de femmes consommatrices de vin a augmenté (29%) tout comme la consommation de bière en 2014 (13). Depuis 10 ans, le mode de consommation des femmes jeunes évolue avec un accroissement des usages à risque. Les comportements des jeunes femmes de 18 à 25 ans ont tendance à se rapprocher de ceux des jeunes hommes : consommation d'alcool moins régulière mais plus excessive et d'autant plus que la position sociale est élevée (18).

2.4 Evolution des modes de consommation entre 2005 et 2010 :

En 2010, la consommation hebdomadaire d'alcool concernait 37.5% des 18-25 ans et était en hausse par rapport à 2005 (17).

L'usage quotidien était stable entre 2005 et 2010 mais ne concernait qu'une faible minorité des 18-25 ans (2.6%) (17).

Néanmoins, les épisodes d'ivresses et d'alcoolisations ponctuelles importantes ont augmenté dans les deux sexes. En 2010, 46.1% des 18-25 ans ont rapporté au moins une ivresse au cours des douze derniers mois et un quart au moins trois ivresses (17). Entre 2005 et 2010, il y a eu un rapprochement des consommations entre les deux sexes sauf pour les consommations quotidiennes d'alcool.

Quelle que soit l'activité professionnelle, entre 2005 et 2010, il y a eu une augmentation des fréquences des alcoolisations ponctuelles importantes et des ivresses notamment pour les étudiants.

Tableau 2 : Pourcentage de consommation d'alcool des 18-25 ans en 2005

et en 2010 selon le sexe (17) :

N femmes 2005=2175 2010=1437

N hommes 2005=1859 2010=1401

	2005	2010
Consommation hebdomadaire femmes %	18,9	25
Consommation hebdomadaire hommes %	44,5	48,9
Consommation quotidienne femmes %	0,7	0,4
Consommation quotidienne hommes %	4,4	4,8
Au moins 1 ivresse/ an femmes %	19,8	34
Au moins 1 ivresse/ an hommes %	57,8	23,2
Au moins 3 ivresses/ an femmes %	6,6	14,9
Au moins 3 ivresses/ an hommes %	23,2	34,7
Alcoolisation ponctuelle importante mensuelle femmes %	10,9	17,6
Alcoolisation ponctuelle importante mensuelle hommes %	34,4	42
Alcoolisation ponctuelle importante hebdomadaire femmes %	1,8	6,1
Alcoolisation ponctuelle importante hebdomadaire hommes %	12,1	16,6

2.5 Et en 2014 ?

D'après les dernières données du Baromètre Santé parues en 2014, les ivresses chez les jeunes sont de plus en plus fréquentes. Près d'un jeune sur 2 (46%) a présenté un épisode d'ivresse au cours de l'année 2014 (13). En 10 ans, la part des 18-25 ans ayant connu une ivresse dans l'année est passée de 33% à 46% et la part de ceux en ayant connu 3 a presque doublé (13). Ce sont les chiffres concernant les ivresses des jeunes femmes qui ont été marqués par la plus forte augmentation. En effet, 28% des jeunes femmes, en 2014, ont présenté au moins 3 ivresses dans l'année contre 19% en 2010 et 8% en 2005 (13). Les chiffres sont également en hausse pour les ivresses régulières (au moins 10 dans l'année) en 2014 (11% contre 7% en 2010 et 2% en 2005) (13).

Entre 2010 et 2014, le nombre de jeunes de 18 à 25 ans ayant déclaré avoir consommé de l'alcool toutes les semaines est passé de 36% à 40% soit 51% des hommes et 30% des femmes (13).

En conclusion, le phénomène du «Binge Drinking» est en augmentation chez les jeunes en 2014 avec une augmentation importante des consommations chez les jeunes femmes, notamment étudiantes, depuis 2005. Leurs comportements d'alcoolisation se rapprochent de plus en plus de celui des hommes. Ceci s'explique par le fait que les femmes font plus d'études et leurs modes de vie se rapprochent de ceux des hommes.

Plusieurs mesures éducatives d'information et de prévention ont été identifiées comme protectrices par rapport à l'entrée dans une consommation à risque (développement des compétences psychosociales des jeunes, des compétences parentales, repérage précoce et interventions brèves auprès des jeunes après la première alcoolisation...). Le médecin généraliste a une place fondamentale dès le

repérage de l'usage précoce et régulier d'alcool de son patient car il existe un lien entre initiation précoce à l'alcool et consommations problématiques à l'âge adulte.

2.6 Repérage des consommateurs à risque :

2.6.1 But :

Il est possible de repérer de façon précoce les usages à risques d'alcool. Le médecin devra éviter les questions fermées qui limitent les informations fournies par le patient (15).

Ce repérage précoce est utilisé comme aide au diagnostic lors de l'entretien clinique.

2.6.2 Test DETA :

Il comporte quatre questions (12) :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool dès le matin** pour vous sentir en forme ?

Le risque de problème passé ou présent avec l'alcool est élevé dès l'obtention de deux réponses positives.

Ce test vise à explorer brièvement les conséquences psychosociales de l'usage de l'alcool et leurs perceptions par le consommateur.

Il s'agit de repérer les problèmes consécutifs à la consommation dont fait partie le risque de dépendance.

Le principal inconvénient est qu'il propose comme référence temporelle la vie entière et repère donc d'anciens usagers à risque, qui n'ont, au moment du questionnaire, aucun problème avec les consommations d'alcool.

2.6.3 Test Audit-C :

C'est l'Alcohol Use Disorders Identification Test. Il s'agit du test de référence international élaboré sous l'égide de l'OMS (12).

Ce questionnaire permet d'établir un score sur la base de 3 questions, il s'agit de la version courte (recueillir la fréquence des jours de consommation au cours des douze derniers mois, le nombre de verres bus un jour typique de consommation et la fréquence de consommation d'au moins six verres en une occasion) (12).

Un score supérieur ou égal à 3 pour les femmes ou supérieur ou égal à 4 chez les hommes doit faire évoquer un mésusage de l'alcool. Un score supérieur ou égal à 10 pour les deux sexes fait évoquer une dépendance à l'alcool (15).

La forme complète en 10 questions précise les répercussions de la consommation d'alcool. Un mésusage est suspecté chez les hommes avec un score au moins égal à 7 et au moins égal à 6 pour les femmes (15).

L'Audit-C repose sur une approche fréquence/quantité qui permet une estimation des volumes d'alcool pur ingérés par semaine et par conséquent l'évaluation des risques encourus pour la santé par une alcoolisation chronique.

Dans sa version complète, il repère six types de consommateurs au cours des douze derniers mois : les «abstinents», les «buveurs sans risque occasionnels» qui consomment un jour par semaine au maximum et boivent moins que les

recommandations et n'ont jamais bu six verres ou plus en une occasion au cours de l'année, les «buveurs sans risque réguliers» consomment de deux à trois fois par semaine ou tous les jours mais moins que les recommandations et ne boivent jamais six verres d'affilée ou plus, les «buveurs à risque ponctuels» boivent moins que les recommandations mais consomment parfois au moins six verres d'affilée, les «buveurs à risque chronique» boivent plus que les recommandations mais moins que quarante-huit verres par semaine au total et boivent au moins une fois par semaine six verres ou plus, les «buveurs à risque de dépendance» boivent plus de quarante-huit verres par semaine ou six verres et plus quotidiennement (12).

Le test Audit est plus sensible que le test Deta et les deux tests sont très spécifiques.

2.6.4 Questionnaire FACE :

Il s'agit du questionnaire Fast Alcohol Consumption Evaluation. Il est recommandé en médecine de ville et en repérage précoce et intervention brève (RPIB).

C'est un outil à usage clinique basé sur la version simplifiée du questionnaire AUDIT. Il aide à repérer un usage nocif en population générale. Il est suspecté un mésusage d'alcool pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et supérieur ou égal à 6 chez la femme (15).

3. Vers de nouvelles recommandations dans la prise en charge de l'alcool-dépendance ?

3.1 Conférence de consensus de 1999 :

L'alcoolisme est considéré comme une maladie et le traitement relève de l'intervention médicale et médico-sociale. Le sevrage thérapeutique doit s'intégrer dans une stratégie globale de soins du sujet alcool-dépendant. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il engage le patient dans un processus de soins continus pour obtenir le maintien de l'abstinence.

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable de l'alcool. Lorsqu'il y a dépendance, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile.

«Tout syndrome d'alcool-dépendance justifie un sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet dont les objectifs doivent être précisés avec le patient. La proposition de sevrage doit tenir compte de la personne en difficulté qui doit être consultée et informée. Son consentement éclairé doit être recueilli pour la réalisation du projet thérapeutique».

La prise en charge psychosociale au cours du sevrage est essentielle et a pour fonction l'information, le soutien et le réconfort. L'intervention des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore le pronostic à long terme.

Le traitement médicamenteux repose sur les psychotropes notamment les benzodiazépines à demi-vie longue, qui sont le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique car elles réduisent l'incidence

et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du Delirium Tremens. Les traitements associés sont l'hydratation et la thiamine, prescrite systématiquement de façon préventive (le sevrage peut favoriser l'apparition de troubles graves neurologiques ou cardiaques par carence en thiamine).

3.2 Conférence de consensus 2001 :

Il existe plusieurs acteurs et moyens dans l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage.

Le soutien psychologique assuré par un thérapeute formé est le fondement de la prise en charge de la personne en difficulté avec l'alcool. Les thérapies cognitivo-comportementales doivent être encouragées et pratiquées par un personnel formé pour l'alcoolo-dépendance. La rencontre avec un mouvement d'entraide doit être proposée. Enfin, l'intervention auprès du conjoint ou auprès des deux membres du couple s'impose.

Le traitement médicamenteux vient en complément de la prise en charge psychosociale et repose en 2001 sur l'Acamprosate et la Naltrexone.

Le médecin généraliste doit recevoir une formation initiale et continue afin de permettre de nommer la maladie et de participer à la prise en charge des patients.

Il est recommandé de regrouper en réseaux spécialisés en addictologie l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolo-dépendant.

Le sujet alcoolo-dépendant doit être informé des possibilités de suivi et de prise en charge, et recevoir de la documentation écrite, commentée et adaptée à la région d'intervention. Il faut faciliter la mise en place de réseaux d'intervenants centrés sur

le désir du sujet et des outils validés doivent permettre une évaluation de l'accompagnement du sujet.

Il est soutenu l'objectif d'une abstinence complète, définitive et sans rechute dans la conférence de consensus de 2001. Il s'agit du «seul critère objectif de l'interruption de la dépendance». Il est considéré que le sujet alcoolo-dépendant reste plus menacé par le maintien d'une consommation même modérée que par une abstinence totale. Le consensus repose sur l'importance de l'accompagnement du sujet dans son parcours de soins.

3.3 Vers une consommation d'alcool contrôlée chez les alcoolo-dépendants ?

Tous les patients alcoolo-dépendants sont différents notamment par leur profil, leurs trajectoires évolutives et un pronostic parfois opposé. Il est proposé depuis longtemps un objectif d'abstinence complète et durable à tous les patients en accord avec les conférences de consensus de 1999 et 2001 dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance.

Il a longtemps été considéré que le sujet alcoolo-dépendant était incapable de reprendre une consommation raisonnable d'alcool et donc devait poursuivre sa vie dans l'abstinence. Quelques études ont montré que certaines personnes pouvaient «réapprendre» à boire normalement. En 1988, Tim Stockwell concluait que la consommation d'alcool contrôlée paraissait possible chez certains patients en fonction de plusieurs facteurs individuels restants à déterminer (19). Dans l'étude UK Alcohol Treatment Trial (UKATT), il est observé un résultat positif à 12 mois, dans une proportion égale selon que le patient avait choisi l'abstinence ou la réduction : 53.9% dans le premier groupe contre 59.8%, abstinents ou améliorés dans le second

groupe. La différence entre les deux groupes n'était statistiquement pas significative (20).

Il est difficile de savoir quel type d'individu va savoir maintenir une consommation d'alcool contrôlée. On parle de facteurs sociaux, d'âge ou encore de comorbidités psychiatriques.

Dans certains autres pays, il y a des programmes de réduction de consommation pour ne pas exclure des soins les patients qui ne désirent pas arrêter totalement l'alcool. En Australie, il est proposé une prise en charge en fonction des souhaits du patient avec possibilités de revoir avec lui les objectifs fixés en cas d'échec (21). C'est le patient qui fixe les objectifs. De même, les recommandations britanniques (22) ou de l'université américaine de Harvard (23) intègrent des approches de réduction des dommages et rappellent que, lorsqu'un patient souhaite seulement réduire sa consommation d'alcool, il faut accepter sa demande car cela peut être le moyen de le faire entrer dans le parcours de soins. Les recommandations du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism précisent que si un patient refuse l'objectif de l'abstinence mais accepte la réduction, il faut l'y encourager, en lui rappelant cependant que le premier est meilleur (24).

Actuellement, l'OMS recommande que les projets de soins soient définis avec le patient lui-même après avoir reçu une information éclairée par son médecin. Il est indispensable d'associer de nouvelles stratégies thérapeutiques à celle de l'abstinence. L'accès aux soins pourrait être facilité aux patients qui refusent l'abstinence (25).

Une étude récente menée auprès de 547 alcoologues français a montré que la moitié considère la consommation contrôlée comme objectif thérapeutique acceptable (25).

3.4 Nouvelle recommandation de bonne pratique de la société française d'alcoologie : 9 février 2015 :

Il est distingué le non usage d'alcool (ou abstinence) qui peut être primaire (enfants, adolescents, choix personnel) ou secondaire (lorsqu'il fait suite à une période de mésusage), l'usage simple ou à faible risque (consommation asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France) et le mésusage comprenant l'usage à risque (consommation supérieure aux seuils et n'ayant pas ou pas encore de conséquences de l'usage) et les troubles liés à l'usage (usage nocif et dépendance) entraînant des conséquences négatives dans la vie du sujet.

En 2015, l'objectif thérapeutique d'un mésusage de l'alcool doit prendre en compte les préférences du patient et viser l'amélioration de sa qualité de vie. L'intervention thérapeutique doit cibler la santé physique et psychologique, l'adaptation interpersonnelle, sociale et professionnelle, le statut judiciaire et les autres comportements addictifs et à risque. La situation du sujet ne sera améliorée qu'avec un changement important de sa consommation que ce soit vers l'abstinence ou vers la réduction. Le traitement cible en premier le changement de consommation et sa stabilisation.

Il a été montré que certaines personnes dépendantes pouvaient avoir une consommation stable sans abstinence et l'acceptation par le professionnel de santé de la préférence du patient permettait d'avoir de meilleurs résultats. Ainsi, l'acceptation par les professionnels de santé de la réduction de la consommation comme objectif évite de dissuader des personnes en souffrance avec l'alcool et non prêtes pour l'abstinence de s'engager dans le parcours de soins.

De ce fait, il est recommandé lors de l'évaluation initiale d'accepter l'objectif de consommation du sujet. Néanmoins, pour la plupart des personnes souffrant d'une

dépendance à l'alcool et celles ayant un mésusage de l'alcool associé à des comorbidités physiques ou psychiatriques, l'abstinence reste l'objectif de consommation le plus sûr. Si elles ne souhaitent pas d'abstinence, il est recommandé de cibler un programme orienté et un accompagnement vers la réduction des dommages.

Les personnes ayant une consommation nocive ou une dépendance peu sévère sans comorbidité autre et si l'environnement social est adéquat, il peut être envisagé comme objectif une réduction de la consommation.

L'objectif de réduction de la consommation devrait viser à ne pas dépasser 21 verres-standard par semaine pour les hommes et 14 verres-standard pour les femmes avec toutefois toute cible définie par le patient qui doit être valorisée et qui est plus acceptable que le statu quo, dans une stratégie de réduction des dommages. En effet, certains patients n'arrivent à progresser que par étapes.

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge du patient ayant des difficultés avec l'alcool. Il permet un accompagnement au long cours et est la première personne-ressource pour le patient et son entourage. Il doit avoir reçu une formation lui permettant de repérer un mésusage de l'alcool et ainsi de faire une intervention brève (c'est-à-dire une évaluation assortie d'un conseil) auprès de son patient. Si le patient ne relève pas d'une intervention brève ou si elle n'a pas donné de résultats satisfaisants, le médecin généraliste peut envisager des interventions thérapeutiques : intervention psychosociale (renforcement de la motivation au changement, renforcement du soutien de l'entourage, facilitation du recours aux mouvements d'entraide, observance du traitement pharmacologique), traitement médicamenteux pour les personnes ne souhaitant pas s'engager dans l'abstinence mais souhaitant une réduction de leur consommation, prévention d'un syndrome de sevrage, traitement médicamenteux en vue du maintien de l'abstinence ou de la

prévention de la rechute. Parfois, dans le cadre d'un mésusage très sévère, avec une dépendance sévère, des comorbidités somatiques et psychiatriques ou une situation sociale précaire, certaines des interventions thérapeutiques ne peuvent pas s'envisager en cabinet de médecine générale. Dans ces cas, les interventions peuvent nécessiter l'intervention d'équipes plus expérimentées, multidisciplinaires. Le recours aux spécialistes est envisagé par le médecin généraliste lorsque celui-ci estime qu'il n'est pas formé et/ou qu'il ne se sent pas en mesure d'offrir à son patient ces interventions se situant au-delà de l'intervention brève.

Généralement, les traitements pharmacologiques sont réservés aux patients dépendants parce que les agences du médicament ont limité l'autorisation de mise sur le marché à la dépendance. Les hospitalisations sont préférées pour les formes sévères de mésusage.

4. Objectifs et intérêt du travail de recherche :

4.1 Objectif principal :

L'étude que nous présentons est prospective et concerne 242 patients alcoolo-dépendants ayant bénéficié soit d'un sevrage institutionnel seul, soit d'un sevrage institutionnel suivi d'une poursuite de la prise en charge en hôpital de jour, soit d'un sevrage ambulatoire au Centre Hospitalier de Roubaix ou au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille.

Le critère de jugement principal est le taux de rechute à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la fin du sevrage. Nous décrivons ici le taux de rechute à 1 an car d'autres études ont été présentées pour ce qui est du taux de rechute à 1 mois, 3 mois et 6 mois (30) (31).

Ne seront comparées entre elles que les prises en charge institutionnelles seules et les prises en charges institutionnelles suivies d'un hôpital de jour. Le sevrage ambulatoire, quant à lui, sera observé seul en raison des patients non comparables à ceux des deux autres groupes (29).

4.2 Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de notre étude sont la recherche de facteurs de risque de rechute ou de facteurs favorisant l'abstinence, ceci ayant pour but d'améliorer la prise en charge des patients alcoolo-dépendants.

MATERIELS ET METHODES

Ce travail fait suite à 4 thèses (28) (29) (30) (31). Il clôture une étude présentée pour la première fois en janvier 2013 (28). Par conséquent, la méthodologie est la même dans les 5 études.

1. Type d'étude :

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

Cette étude est multicentrique et a été réalisée au sein du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille (CHRU) dans le service d'addictologie Fontan II du Professeur Cottencin, du Centre Hospitalier de Roubaix dans le service d'addictologie du Docteur Urso et au Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) le Pari à Lille. Dans le premier travail de thèse présenté en janvier 2013 (28), l'étude se déroulait également au sein du Centre Hospitalier de Lens mais devant des effectifs d'inclusion trop faibles, il a été écarté de l'étude pour des raisons méthodologiques.

L'étude concerne 242 patients volontaires ayant réalisé un sevrage éthylique. Chaque patient inclus a reçu une note explicative concernant l'étude et a signé un consentement éclairé (annexe 1).

2. Population de l'étude :

Tous les patients inclus dans l'étude étaient alcoolo-dépendants, résidaient dans le Nord de la France et étaient pris en charge pour un sevrage éthylique. Il s'agissait de patients volontaires. Les inclusions se sont déroulées entre janvier 2013 et février 2014.

2.1 Critères d'inclusion :

Chacun des patients devaient correspondre aux critères suivants :

- Age : supérieur ou égal à 18 ans,
- Lieu de résidence situé à moins de 50 kilomètres du centre de recrutement,
- Dépendance à l'alcool selon le CIM 10 et le DSM IV,
- Consentement éclairé écrit.

2.2 Critères d'exclusion :

Les patients étaient exclus de l'étude s'ils présentaient les caractéristiques suivantes :

- Critères psychiatriques : affection délirante,
- Critères socio-environnementaux : absence d'environnement social stabilisé (SDF, CHRS non addictologiques),
- Demande de prise en charge n'émanant pas du patient lui-même (famille, milieu professionnel, milieu judiciaire).

3. Support de l'étude présentée :

Chacun des patients de l'étude a répondu à un questionnaire appelé «Questionnaire de suivi des patients sevrés» (annexe 2) lors de son inclusion.

3.1 Méthodologie de l'étude et circulation des données :

Dans chacun des deux Centres Hospitaliers, un référent était nommé : Monsieur le Professeur Cottencin pour Lille et Monsieur le Docteur Urso pour Roubaix.

Dans chaque centre, un enquêteur ou un soignant de chacun des deux services remplissait avec le patient le questionnaire d'inclusion à la fin de son sevrage. Chaque questionnaire était renvoyé au Docteur Urso, 20 avenue Julien Lagache, 59100 Roubaix ou récupéré dans les services par les enquêteurs.

L'étude est anonyme et chaque patient était répertorié par un numéro d'ordre et par les deux premières lettres de son nom et la première lettre de son prénom. Seuls les enquêteurs connaissaient la correspondance entre l'identité du patient et le numéro d'ordre.

Ensuite, les patients inclus étaient rappelés par les enquêteurs, par téléphone à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après le sevrage éthylique pour connaître leur consommation d'alcool hebdomadaire en verres-standard (annexe 3).

3.2 Données recueillies :

Variables recueillies à l'inclusion	Variables recueillies lors du suivi (M1, M3, M6, M12)
<p>Données sociodémographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Genre, -Age, -Catégorie socioprofessionnelle, -Statut matrimonial. <p>Données concernant les antécédents addictologiques :</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>Données concernant le sevrage en cours :</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, -Commentaire sur le suivi, -Consommation quotidienne déclarée d'alcool, -Notion de consommation contrôlée, occasionnelle et de faux pas, -Participation à des réunions d'anciens buveurs, -Besoin de soins par rapport à l'alcool.

De nombreuses données sont recueillies lors des rappels des patients en raison des objectifs secondaires de cette étude dont l'un est de rechercher s'il existe des facteurs prédictifs de reconsommation (rechute).

Une notion supplémentaire a été définie au cours des travaux précédents : la consommation sans rechute (30) (31). Ainsi, à partir des réponses des patients concernant leur consommation déclarée d'alcool lors des rappels, il a été possible de définir 3 catégories:

- Une consommation d'alcool quotidienne nulle classant les patients dans les «abstinents».

- Une consommation quotidienne d'alcool supérieure à 3 verres par jour pour les hommes et à 2 verres par jour pour les femmes selon les critères de l'OMS classant les patients dans les «rechuteurs».

-Une consommation divisée en 3 sous-catégories qui classent les patients en «consommateurs non rechuteurs»:

*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 consommation d'alcool et pas plus de 4 verres par occasion qui permet de parler de «consommateurs contrôlés».

*une consommation d'alcool inférieure aux critères de l'OMS pour des occasions spéciales permettant de parler de «consommateurs occasionnels».

*une consommation d'alcool non répétée de plus de 6 verres en une occasion classant ainsi les «faux pas».

4. Suivi des patients de l'étude :

Les rappels téléphoniques étaient réalisés par différents enquêteurs et afin d'éviter les erreurs dans le recueil des données, les appels étaient effectués en numéro masqué. Si le patient ne répondait pas, un message vocal était laissé et indiquait le jour du rappel. Si le patient décrochait, l'enquêteur devait se présenter, s'assurer de la disponibilité du patient (ou proposer un autre horaire si ce n'était pas le cas), résumer l'étude, rappeler l'avancée de son suivi, remplir le questionnaire de suivi à partir des informations fournies par le patient, informer et remercier le patient de sa participation à l'étude lors du dernier rappel.

Un patient était considéré comme perdu de vue après 10 tentatives d'appels à des heures et des jours différents. En cas de numéro non attribué, il était effectué des recherches dans la base de données des structures de recrutement pour récupérer un nouveau numéro de téléphone ou des informations sur le suivi du patient.

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

Dans les études parues dans la littérature concernant le sevrage éthylique, il est retrouvé un taux de rechute à 12 mois entre 60 et 70%.

L'hypothèse de départ dans le premier travail de recherche présenté en janvier 2013 (28) était un taux de rechute de 65% après un sevrage en hospitalisation conventionnelle à 1 an et un taux de rechute après hôpital de jour de 40%.

En se fixant un risque de première espèce à 5% et une puissance de 80%, il fallait recruter 60 patients dans chacun des 2 bras à comparer, c'est-à-dire, hospitalisation conventionnelle et hôpital de jour.

Le taux de «perdus de vue» était fixé à 20%, ce qui amenait à recruter 75 patients dans chaque bras.

Au total, dans l'étude présentée, 102 patients étaient dans le bras «hospitalisation conventionnelle» et 77 dans le bras «hospitalisation conventionnelle suivie d'une prise en charge en hôpital de jour».

Dans le groupe ambulatoire, étudié seul, 63 patients étaient recrutés.

Ces estimations ont été effectuées avec l'aide du service de biostatistique de Lille.

6. Analyse statistique :

Toutes les données recueillies lors de l'inclusion et des rappels téléphoniques à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an ont été intégrées dans un tableur Excel.

Chacune des données recueillies a bénéficié d'un codage numérique.

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 de début de 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.

Lors d'un travail de thèse présenté en juin 2014 (29), il a été conclu que le groupe hospitalisation conventionnelle (groupe HC) et le groupe Hôpital de jour (groupe HDJ) étaient comparables de manière significative à l'exception du sex-ratio. Ce dernier était de 6.2 dans le groupe HC et de 2.4 dans le groupe HDJ. De ce fait, les études comparatives entre le groupe HC et HDJ concernant le suivi, la notion de rechute et d'abstinence ont été ajustées à la variable genre.

Une «p value» inférieure à 0.05 donnait un test significatif et une «p value» comprise entre 0.05 et 0.09 donnait une tendance.

Les facteurs de risque de rechute et de facteurs liés à l'abstinence ont été étudiés de façon univariée dans un premier temps. On observera qu'il y a une différence sur la rechute et l'abstinence, raison pour laquelle un ajustement sur la cohorte a été effectué pour cette analyse. L'étude s'est faite de façon multivariée dans un second temps.

Les variables significatives avec une «p value» inférieure à 0.2 ont été incluses dans un modèle multivarié de régression logistique pas à pas avec une méthode de sélection type «backward» permettant une analyse multivariée.

Les statistiques ont été réalisées par les biostatisticiens du CHRU de Lille grâce au logiciel Statistical Analysis System version 9.3.

7. Accords :

Ce travail a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes le 2 novembre 2010 (annexe 4), du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) le 20 octobre 2011 (annexe 5) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 20 août 2012 (annexe 6).

RESULTATS

1. Description de la population à l'inclusion :

Un travail de thèse a été réalisé concernant les données des patients (29). Le sevrage se déroulait pour 58,68% des patients de l'étude, à Roubaix et pour 41,32% à Lille. Il y avait 76,45% d'hommes, 23,55% de femmes, 65,29% étaient seuls (célibataires, veufs et divorcés), 34,71% étaient en couple (mariés, pacsés ou en union libre) et 83,47% étaient fumeurs.

Parmi nos 242 patients, 35,12% étaient employés ou ouvriers, 10,74% étaient cadres, cadres supérieurs, libéraux ou commerçants et 54,13% étaient au chômage, à la retraite, en invalidité, femmes au foyer, sans droit ou percevant le RSA.

Concernant la violence sous emprise d'alcool, 51,48% l'étaient contre 48,52% qui ne l'étaient pas. La moyenne d'âge de l'apparition de violence après avoir consommé de l'alcool était de 31 ans (+/-10,64).

Près de 27% des patients effectuaient leur premier sevrage, 22,73% avaient 1 antécédent de sevrage, 16,12% en avaient 2, 23,97% en avaient 3 et 10,33% en avaient 4. La moyenne du nombre de sevrages antérieurs chez nos patients était de 2,5 (+/-3,41).

Cent pour cent de nos patients avaient demandé leur sevrage.

Pour ce qui est des complications liées à la consommation d'alcool, 55% de notre population avait au moins une complication.

Au total, 42,15% des patients étaient dans le groupe HC, 31,82% dans le groupe HDJ et 26,03% dans le groupe ambulatoire. L'âge moyen était de 46 ans (+/- 9,27), l'âge moyen de la première consommation était de 16 ans (+/-4,88) et celui de la première ivresse était à 19 ans (+/-7,34). La consommation quotidienne moyenne d'alcool était de 24 US (+/-17,01).

Il a été montré, après analyse statistique, que les patients inclus dans le groupe Hospitalisation Conventiionnelle (groupe HC) et ceux inclus dans le groupe Hôpital De Jour (groupe HDJ) étaient comparables de façon significative entre eux sauf pour le sex-ratio. En effet, il y avait plus d'hommes dans le groupe HC (sexe ratio à 6,2) que dans le groupe HDJ (sexe ratio à 2,4).

Le groupe ambulatoire est analysé indépendamment car il se distingue sur la majorité des critères. Il n'est donc pas comparable de façon significative au groupe HC et HDJ et sera, par conséquent, étudié séparément.

Tableau 3: Données d'inclusion :

		TOTAL	HC	HDJ	AMBU	p
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63	
Centre d'inclusion n	Roubaix	142	57	39	45	
	Lille	100	45	38	17	
Genre % (n)	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 années +/- Dev Std		46,3 ±9,3	46,6 ±9,1	46,1 ±9,1	46 ±9,9	p=0,89
Statut matrimonial % (n)	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 % (n)	ouvrier / employé	35,1 (85)	34,3 (35)	36,4 (28)	34,9 (22)	
	cadre / cadre sup / libéraux / 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 années +/- Dev Std		15,8 ±4,9	16,6 ±5,6	15,4 ±4,3	15 ±4	p=0,06
Age moyen de la 1ère ivresse années +/- Dev Std		19,3 ±7,3	19,6 ±6,8	19,9 ±9,3	18 ±5	p=0,29
Consommation moyenne d'alcool avant sevrage US/jour +/- Dev Std		23,9 ±17	26,7 ±18,5	27 ±18,2	15,5 ±8	p=0,00001
Actes de violence liés à la consommation % (n)		51,5 (122)	44 (44)	49,3 (37)	66,1 (41)	p=0,02
Age début des consommations à problème % (n)	<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 n +/- Dev Std		2,5 ±3,4	3,12 ±4,29	2,77 ±2,77	1,19 ±1,89	p=0,0007
Tabagisme actif % (n)		83,5 (202)	89,2 (91)	84,4 (65)	73 (46)	p=0,02
Complications liées à l'alcool % (n)		55 (133)	61,8 (63)	61 (47)	36,5 (23)	p=0,0028
Dépression % (n)		33,9 (82)	35,3 (36)	42,9 (33)	20,6 (13)	
Accompagnement dans l'indication du sevrage % (n)		26,4 (64)	11,5 (28)	6,2 (15)	8,7 (21)	

2. Résumé des données des analyses descriptives à 1,3 et 6 mois :

Ces données ont fait l'objet de deux thèses en janvier 2015 (30) (31) et sont résumées dans les tableaux 4, 5 et 6.

Tableau 4: Données descriptives à 1 mois (30) :

		TOTAL N=242	HC N=102	HDJ N=77	AMBU N=63
Effectifs					
Perdus de vue %<i>(n)</i>		2,9 (7)	4,9 (5)	0 (0)	3,2 (2)
Absence de suivi %<i>(n)</i>		7,8 (19)	14,7 (15)	2,6 (2)	3,2 (2)
Suivi %<i>(n)</i>		89,3 (216)	80,4 (82)	97,4 (75)	93,6 (59)
Intervenants suivi %<i>(n)</i>	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 %<i>(n)</i>		22,1 (52)	30,9 (30)	16,9 (13)	14,8 (9)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs US/jour ± Dev Std		20,0 ± 17,7	21,1 ± 14,5	21 ± 27,4	15,3 ± 9,4
Non rechuteurs %<i>(n)</i>	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 %<i>(n)</i>		16,6 (39)	15,5 (15)	18,2 (14)	16,4 (10)
Besoin de soins %<i>(n)</i>		84,3 (198)	80,4 (78)	88,3 (68)	85,2 (52)

Un mois après la fin du sevrage, les patients du groupe HDJ apparaissent plus suivis (97,4%) et moins rechuteurs (16,9%) par rapport aux patients du groupe HC (80,4% pour le suivi et 30,9% pour la rechute) (30). Les patients du groupe ambulatoire sont 93,6% à être suivis et 14,8% à être rechuteurs (30).

Tableau 5: Données descriptives à 3 mois (30) :

		TOTAL	HC	HDJ	AMBU
Effectifs		N=242	N=102	N=77	N=63
Perdus de vue %(n)		6,6 (16)	7,8 (8)	2,6 (2)	9,5 (6)
Absence de suivi %(n)		16,9 (41)	26,5 (27)	10,4 (8)	9,5 (6)
Suivi %(n)		76,5 (185)	65,7 (67)	87 (67)	81,0 (51)
Intervenants suivi %(n)					
	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 %(n)		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 %(n)					
	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 %(n)		9,3 (21)	7,4 (7)	10,7 (8)	10,5 (6)
Besoin de soins %(n)		77,0 (174)	77,7 (73)	82,7 (62)	68,4 (39)

Trois mois après le sevrage, il apparaît que les patients en hôpital de jour sont plus suivis (87%) et moins rechuteurs (28%) que les patients en hospitalisation conventionnelle (65,7% pour le suivi et 48,9% pour la rechute). Les patients du groupe ambulatoire sont 81% à être suivis et 19,3% à rechuter.

Un facteur de risque de rechute a été mis en évidence en analyse multivariée à 3 mois du sevrage de façon significative. Il s'agit d'un nombre de sevrages antérieurs supérieur à 5 ($p=0,0058$; OR 5,2 IC95% [1,6-16,8]) (30).

Un facteur lié à l'abstinence a été mis en évidence : le suivi précoce ($p=0,0376$; OR 3,9 IC95% [1,1-14,0]) (30).

Tableau 6: Données descriptives à 6 mois (31) :

Effectifs		TOTAL N=242	HC N=102	HDJ N=77	AMBU N=63
Perdus de vue %(<i>n</i>)		9,1 (22)	8,8 (9)	6,5 (5)	12,7 (8)
Absence de suivi %(<i>n</i>)		16,5 (40)	24,5 (25)	11,7 (9)	9,5 (6)
Suivi %(<i>n</i>)		74,4 (180)	66,7 (68)	81,8 (63)	77,8 (49)
Intervenants suivi %(<i>n</i>)	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 %(<i>n</i>)		44 (97)	47,3 (44)	45,8 (33)	36,6 (20)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs US/jour ± Dev Std		20,3 ± 17,4	24,5 ± 16,5	17,5 ± 20,1	15,6 ± 12,4
Non rechuteurs %(<i>n</i>)	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 %(<i>n</i>)		10,9 (24)	9,7 (9)	13,9 (10)	9,1 (5)
Besoin de soins %(<i>n</i>)		71,4 (157)	69,9 (65)	79,2 (57)	63,6 (35)

Six mois après leur sevrage, les patients en hôpital de jour sont plus suivis de façon significative que les patients en hospitalisation conventionnelle (81,8% versus 66,7% $p=0,03$) (31). Le taux d'abstinence est supérieur dans le groupe hôpital de jour mais de façon non significative. Il en est de même pour le taux de rechute. Il est moins élevé dans le groupe hôpital de jour mais de façon non significative (31). Dans le groupe des patients ambulatoires, le taux de suivi est à 77,8% et le taux de rechute à 36,6%.

Il a été mis en évidence deux facteurs de risque de rechute précoce de façon significative et indépendants des autres facteurs, en analyse multivariée : les antécédents de dépression (OR=2 IC 95% [1,02-3,9] $p=0,044$) (31) et le nombre de sevrages antérieurs supérieur à 5 (OR=6,5 IC 95% [1,8-23] $p=0,0044$) (31).

3. Analyse descriptive des données à 1 an :

Tableau 7 : Données descriptives à 1 an :

		TOTAL	HC	HDJ	AMBU
Effectifs n		242	102	77	63
Perdus de vue %(n)		16,5 (40)	16,7 (17)	10,4 (8)	23,8 (15)
Absence de suivi %(n)		37,2 (90)	38,2 (39)	33,8 (26)	39,7 (25)
Suivi %(n)		46,3 (112)	45,1 (46)	55,8 (43)	36,5 (23)
Intervenant suivi %(n)	IDE ville	0,9 (1)	0 (0)	2,3 (1)	0 (0)
	Hôpital consultation	56,8 (63)	64,4 (29)	60,5 (26)	34,8 (8)
	Hôpital HDJ	9,9 (11)	6,7 (3)	16,3 (7)	4,4 (1)
	Médecin traitant	24,3 (27)	26,7 (12)	23,3 (10)	21,8 (5)
	CSAPA	27,9 (31)	24,4 (11)	18,6 (8)	52,2 (12)
	Psychiatre	8,1 (9)	4,4 (2)	14 (6)	4,4 (1)
	Psychologue	5,4 (6)	6,7 (3)	4,7 (2)	4,4 (1)
Rechute %(n)		47,6 (96)	49,4 (42)	50,7 (35)	39,6 (19)
Consommation quotidienne chez les rechuteurs US/jour +/- Dev Std		26,4 +/-19	29+/-20,5	28,2+/- 19,9	17,3+/-9,7
Non rechuteurs %(n)	Abstinent	28,9 (70)	24,5 (25)	29,9 (23)	34,9 (22)
	Consommateur contrôlé	5,4 (13)	4,9 (5)	6,5 (5)	4,8 (3)
	Consommateur occasionnel	3,3 (8)	2 (2)	3,9 (3)	4,8 (3)
	Faux pas	6,2 (15)	10,8 (11)	3,9 (3)	1,6 (1)
Participation réunion anciens buveurs %(n)		10,4 (21)	7,1 (6)	14,5 (10)	10,4 (5)
Besoin de soins %(n)		64,4 (130)	61,2 (52)	75,4 (52)	54,2 (26)

3.1 Le suivi des patients à 1 an :

Au total, un an après la fin du sevrage, 46,3% soit 112 des patients de l'étude étaient encore suivis, 37,2% ne sont plus suivis soit 90 patients et 16,6% soit 40 patients sont perdus de vue.

A 1 an du sevrage, 56,8% (63 patients) des patients suivis le sont par l'hôpital en consultations, 28% (31 patients) par un CSAPA et 24,3% (27 patients) par le médecin traitant.

Parmi les 242 patients, il apparaît que le groupe le plus suivi est le groupe HDJ (55,8%) suivi du groupe HC (45,1%). Enfin, le suivi du groupe ambulatoire est de 36,5%.

Douze mois après le sevrage, dans le groupe HC, 64,4% des patients sont suivis par des consultations hospitalières, 26,7% par le médecin traitant, 24,4% par un CSAPA, 6,7% par l'HDJ, 6,7% par un psychologue et 4,4% par un psychiatre.

Dans le groupe HDJ à 1 an du sevrage, 60,5% sont suivis par des consultations hospitalières, 23,3% par le médecin traitant, 18,6% par un CSAPA, 16,3% par l'HDJ, 14% par un psychiatre et 4,7% par un psychologue.

Enfin, dans le groupe ambulatoire, 52,2% sont suivis à 1 an du sevrage par un CSAPA, 34,8% par des consultations hospitalières, 21,8% par le médecin traitant, 4,4% par l'HDJ ou un psychiatre ou un psychologue.

Le groupe ayant le moins de perdus de vue est le groupe HDJ (10,4%) suivi par le groupe HC (16,6%). C'est le groupe ambulatoire qui a le plus de perdus de vue (23,8%).

Figure 8 : Suivi des patients à 1 an global, HC, HDJ et ambulatoire :

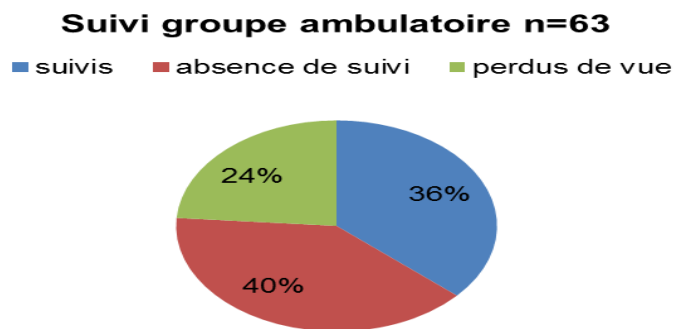
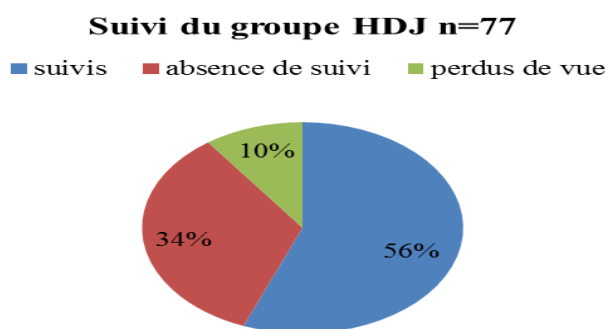
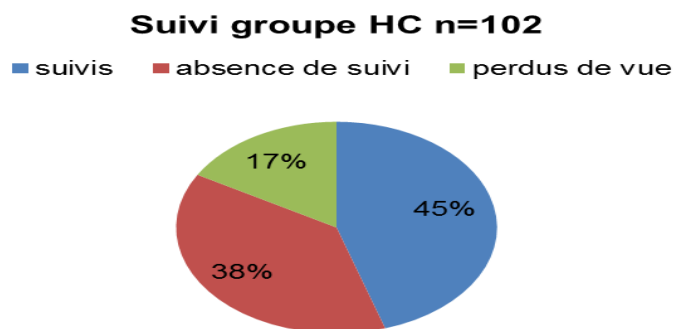
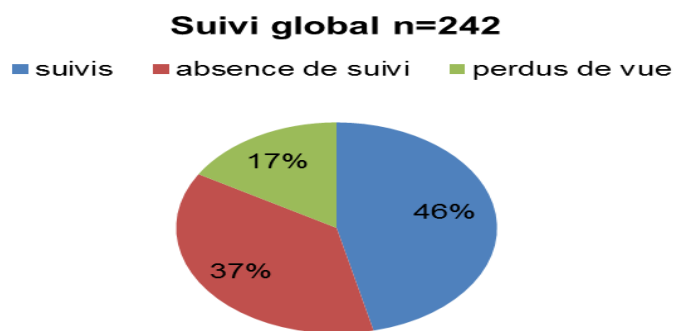
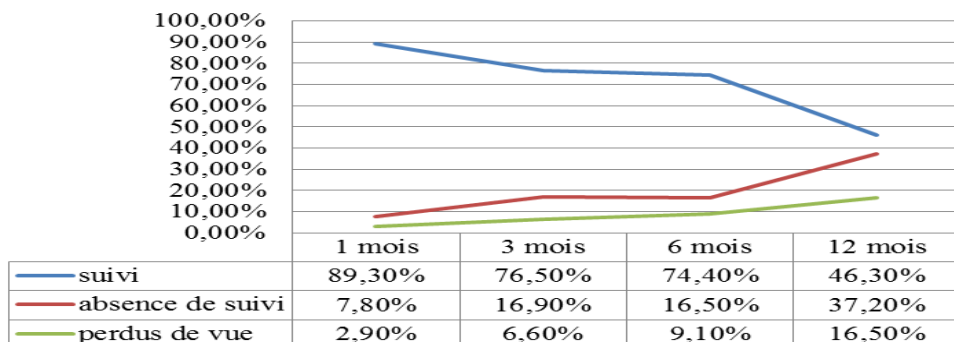
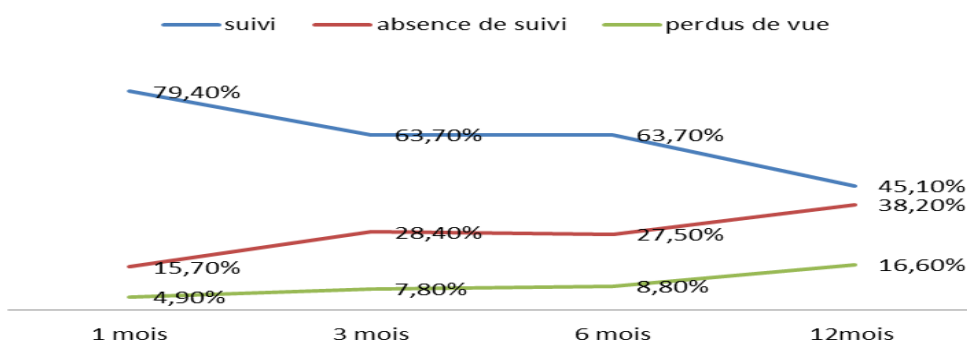


Figure 9 : Evolution des patients entre le 1er et le 12ème mois :

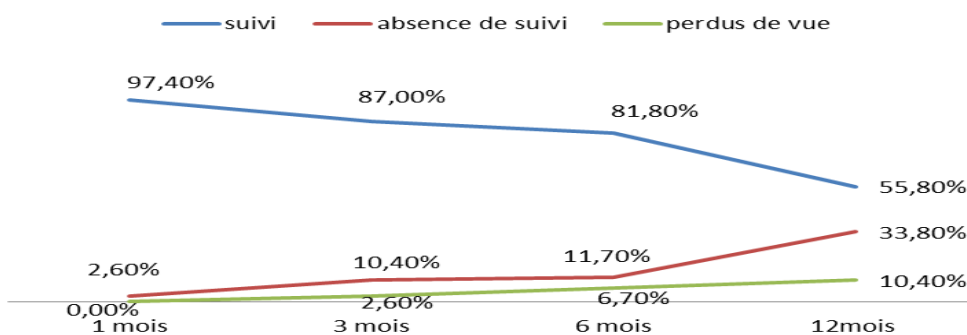
Evolution des patients entre le 1er et 12ème mois



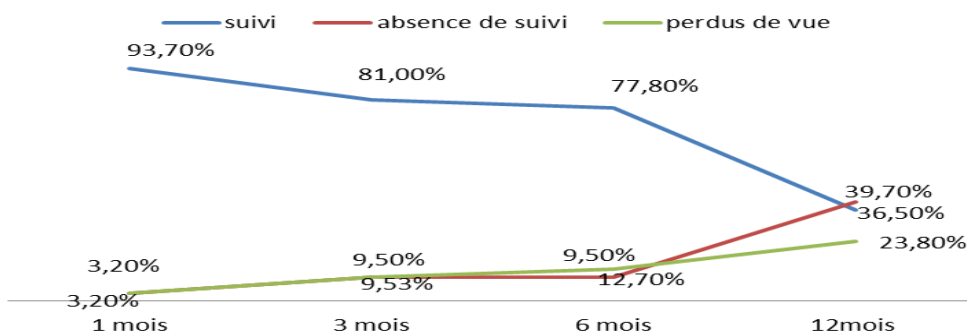
Evolution groupe HC



Evolution groupe HDJ



Evolution groupe ambulatoire



3.2 Les patients rechuteurs à 1 an :

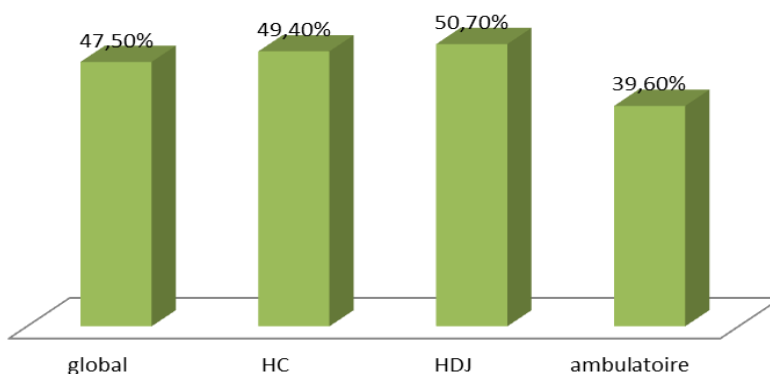
Le taux de rechute global à 1 an du sevrage est de 47,5% soit 96 patients parmi les 242 de l'étude.

Si l'on considère les décédés et les perdus de vue comme rechuteurs, ce taux passe à 56,2% (136 patients).

Le taux de rechute cumulé sur 1 an est le taux de rechuteurs retrouvé sur toute la durée de l'étude (1 patient rechuteur à 1, 3 ou 6 mois est considéré rechuteur à 1 an). Il est à 71,9% (174 patients). Sur nos 242 patients, 174 ont rechuté entre le début de l'étude et la fin.

Le groupe ayant le pourcentage de rechuteurs le plus élevé est le groupe HDJ (50,7%) suivi du groupe HC (49,4%). Le pourcentage de rechuteurs du groupe ambulatoire est de 39,6%.

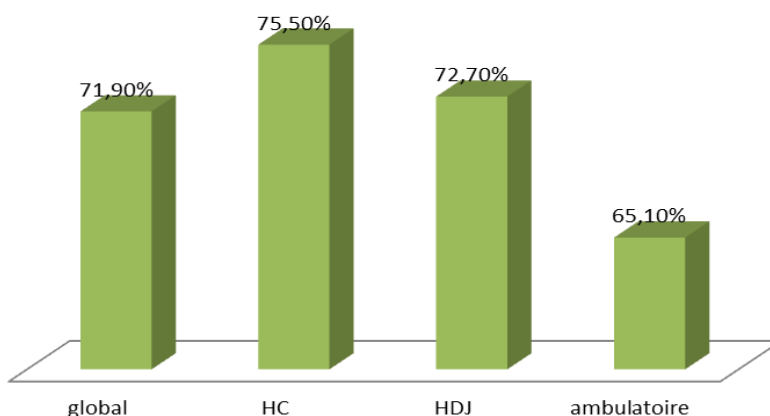
Figure 10 : Taux de rechute global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an :



Si l'on considère les décès et les perdus de vue comme des rechuteurs, le taux de rechute à 1 an du sevrage s'élève à 57,8% pour le groupe HC, 55,8% pour le groupe HDJ et 54% pour le groupe ambulatoire.

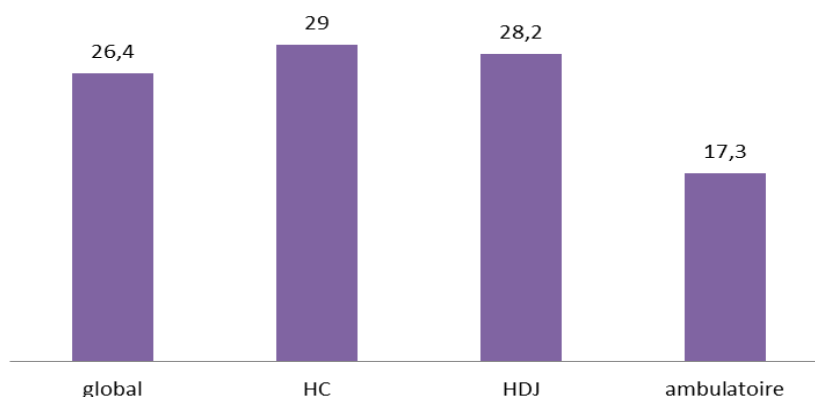
Enfin, le taux de rechute cumulé sur 1 an atteint 75,5% pour les patients en HC, 72,7% pour le groupe HDJ et 65,1% dans le groupe ambulatoire.

Figure 11 : Taux de rechute cumulé global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an :



Parmi les patients rechuteurs, ceux du groupe HC consommaient 29 US (+/- 20,5) d'alcool par jour, ceux du groupe HDJ étaient à 28,2 US (+/-19,9) par jour et ceux du groupe ambulatoire buvaient 17,3 US (+/-9,7) par jour.

Figure 12 : Consommation d'alcool moyenne par jour en US à 1 an :



3.3 Les patients non rechuteurs à 1 an :

Les patients non rechuteurs sont les abstinents, les consommateurs contrôlés, les consommateurs occasionnels et les «faux pas». Les définitions se trouvent dans la partie «Matériel et Méthodes» de notre travail.

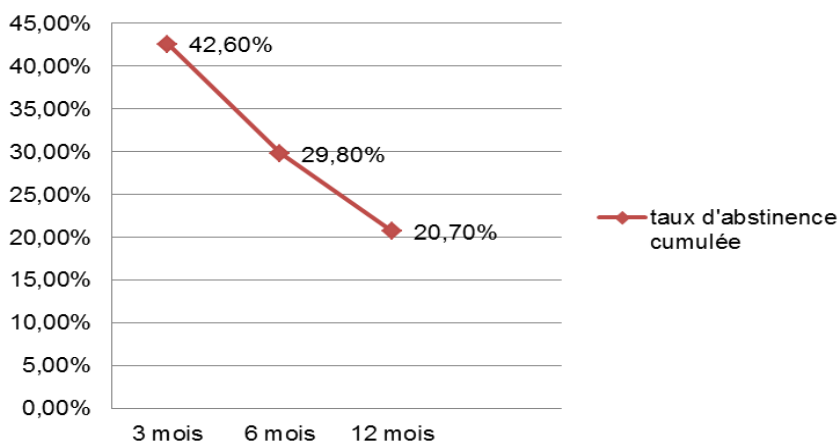
3.3.1 Les patients abstinents :

Le taux d'abstinence est de 28,9% à l'instant «T» 1 an, ce qui représente 70 patients sur les 242 patients de l'étude. Le taux d'abstinence cumulée sur 1 an est de 20,7% soit 50 patients sur 292.

Pour rappel, à l'instant «T» 1 mois, le taux d'abstinence était de 67,4% (163 patients), à 3 mois 47,9% (116 patients) et à 6 mois 36,9% (89 patients).

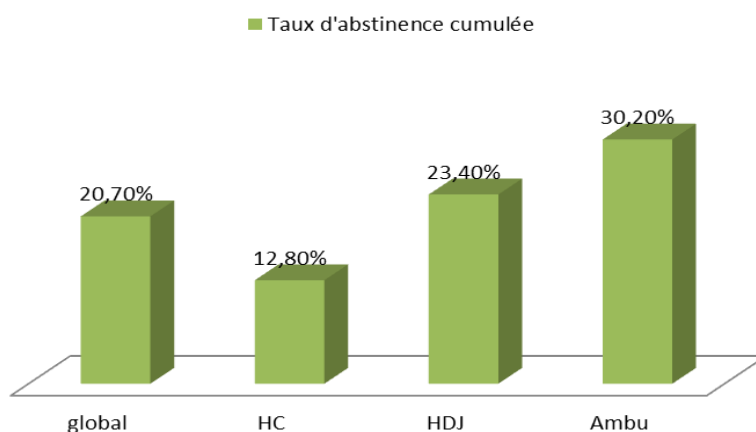
Le taux d'abstinence cumulée à 3 mois était de 42,6% (103 patients) et de 29,8% (72 patients) à 6 mois.

Figure 13 : Taux d'abstinence cumulée à 3, 6 et 12 mois :



Dans le groupe ambulatoire, le nombre d'abstinents à 1 an est de 34,9%. Parmi les 2 groupes, HC et HDJ, celui qui a le plus grand pourcentage d'abstinents est le groupe HDJ avec 29,9% suivi du groupe HC avec 24,5%. Concernant le taux d'abstinence cumulée sur 1 an, le groupe ambulatoire a 30,2% d'abstinents, le groupe HDJ 23,4% et le groupe HC 12,8%.

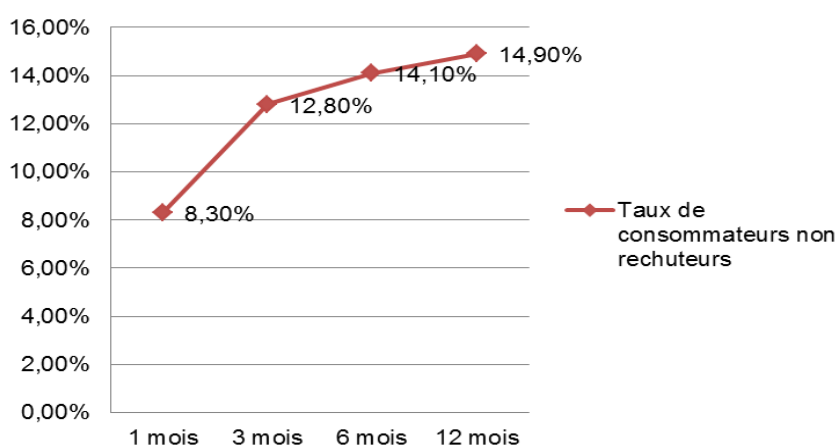
Figure 14 : Taux d'abstinence cumulée global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an:



3.3.2 Les consommateurs non rechuteurs à 1 an : Les consommateurs contrôlés, occasionnels et «faux pas» :

Dans notre étude, les consommateurs non rechuteurs sont 14,9% à 1 an soit 36 patients sur 242 alors qu'ils étaient 8,3% (20 patients) à 1 mois, 12,8% (31 patients) à 3 mois et 14,1% (34 patients) à 6 mois.

Figure 15 : Taux de consommateurs non rechuteurs à 1, 3, 6 et 12 mois :

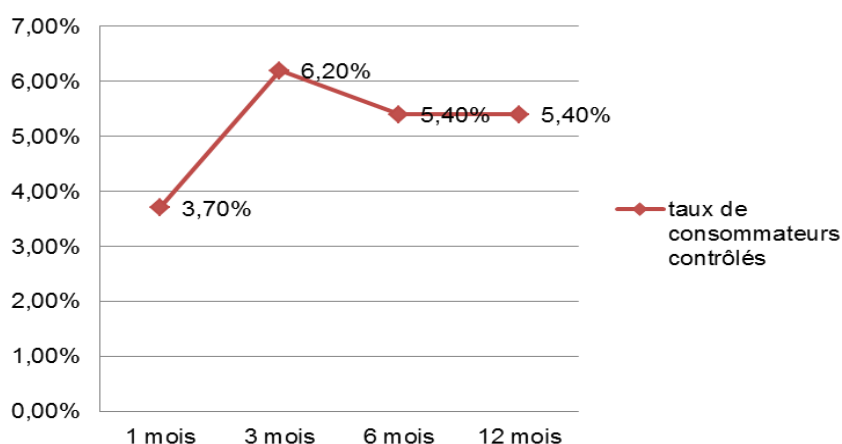


Nous allons désormais étudier les consommateurs contrôlés, occasionnels et les consommateurs «faux pas».

3.3.2.1 Les patients consommateurs contrôlés:

Au total, à 1 an, 5,4% (13 patients) des 242 patients ont déclaré avoir une consommation contrôlée alors qu'ils étaient 3,7% (9 patients) à 1 mois, 6,2% (15 patients) à 3 mois et 5,4% (13 patients) à 6 mois.

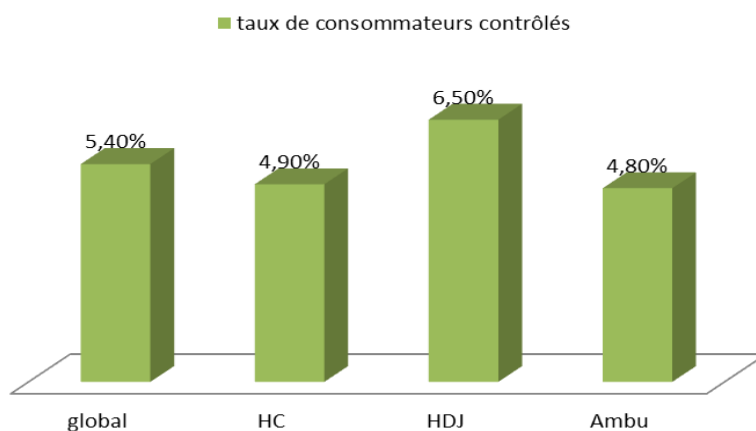
Figure 16 : Taux de consommateurs contrôlés à 1, 3, 6 et 12 mois :



Dans le groupe HDJ, ils sont 6,5% (5 patients) à s'être déclarés consommateurs contrôlés contre 4,9% (5 patients) dans le groupe HC et 4,8% (3 patients) dans le groupe ambulatoire à 1 an.

Pour rappel, à 1 mois, les consommateurs contrôlés étaient 4,8% (3 patients) dans le groupe ambulatoire contre 3,9% (3 patients) dans le groupe HDJ et 2,9% (3 patients) dans le groupe HC. A 3 mois, ils étaient à 12,7% (8 patients) dans le groupe ambulatoire, 5,2% (4 patients) dans le groupe HDJ et 2,9% (3 patients) dans le groupe HC. A 6 mois, 8,1% (5 patients) du groupe ambulatoire, 4,9% (5 patients) du groupe HC et 3,9% (3 patients) du groupe HDJ se déclaraient consommateurs contrôlés lors de nos appels téléphoniques.

Figure 17 : Taux de consommateurs contrôlés global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an:

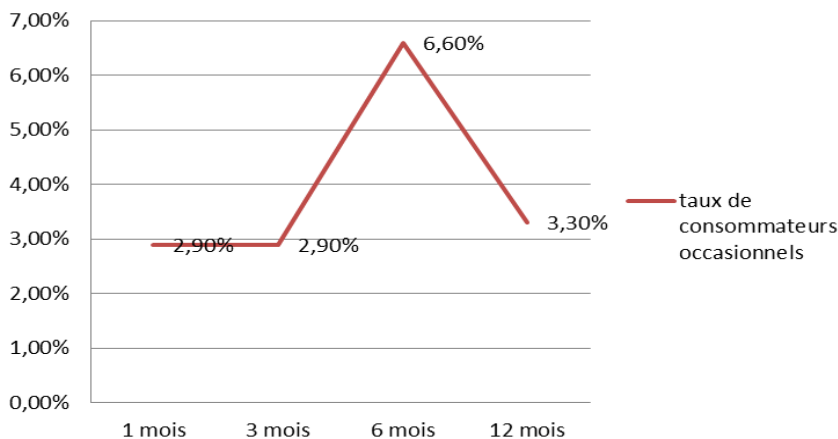


3.3.2.2 Les consommateurs occasionnels :

A 1 an du sevrage, les patients qui consommaient de façon occasionnelle étaient peu nombreux parmi les 242 patients: 3,3% (8 patients).

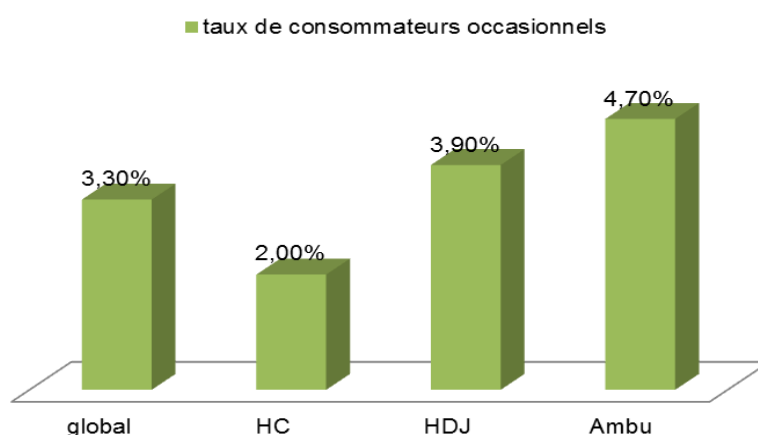
Pour rappel, à 1 mois du sevrage ils étaient 2,9% (7 patients), à 3 mois, 2,9% (7 patients) et à 6 mois 6,6% (16 patients).

Figure 18 : Taux de consommateurs occasionnels à 1, 3, 6 et 12 mois :



Le groupe ambulatoire a 4,7% de consommateurs occasionnels à 1 an (soit 3 patients). Le groupe HDJ compte 3,9% (3 patients) de consommateurs occasionnels et le groupe HC en compte 2% (2 patients).

Figure 19 : Taux de consommateurs occasionnels global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an :

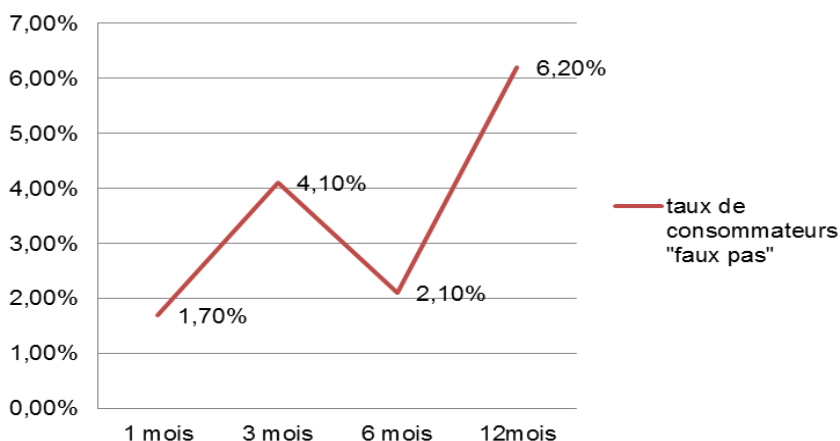


Pour rappel, à 1 mois, 3,9% (4 patients) des patients du groupe HC, 2,6% (2 patients) du groupe HDJ et 1,6% (1 patient) du groupe ambulatoire qui étaient consommateurs occasionnels. A 3 mois, il y avait 5,2% (4 patients) du groupe HDJ, 2,9% (3 patients) du groupe HC et 0% du groupe ambulatoire considérés comme consommateurs occasionnels. Enfin, à 6 mois, 9,1% (7 patients) des patients en HDJ, 5,9% (6 patients) en HC et 4,8% (3 patients) en ambulatoire se déclaraient consommateurs occasionnels.

3.3.2.3 Les patients consommateurs «faux pas» :

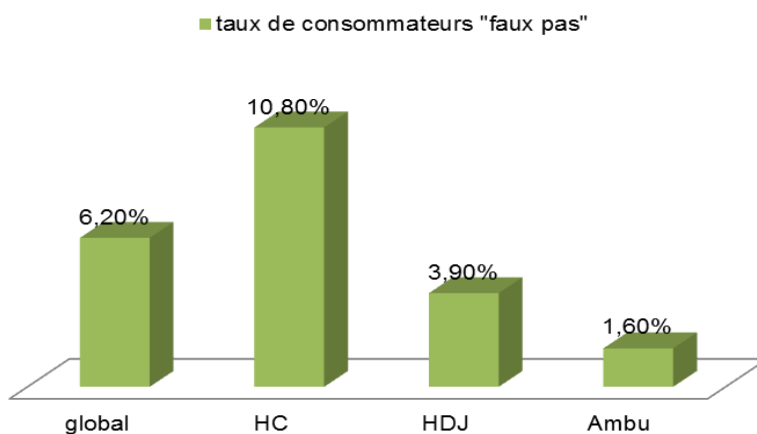
Parmi nos 242 patients, 6,2% (15 patients) ont déclaré être des consommateurs «faux pas» à 1 an alors qu'ils étaient 1,7% (4 patients) à 1 mois, 4,1% (10 patients) à 3 mois et 2,1% (5 patients) à 6 mois.

Figure 20 : Taux de consommateurs «faux pas» à 1, 3, 6 et 12 mois :



Parmi nos 3 groupes à 1 an, c'est le groupe HC qui compte le plus de consommateurs «faux pas» (11 patients soit 10,8%), suivi du groupe HDJ (3 patients soit 3,9%) et du groupe ambulatoire (1 patient soit 1,6%).

Figure 21 : Taux de consommateurs «faux pas» global, dans le groupe HC, HDJ et ambulatoire à 1 an :



Nous rappelons qu'à 1 mois, il y avait 2,6% (2 patients) des patients qui avaient une consommation «faux pas» dans le groupe HDJ, 2% (2 patients) dans le groupe HC et 0% dans le groupe ambulatoire. A 3 mois, 6,5% (5 patients) des patients du

groupe HDJ, 3,9% (4 patients) du groupe HC et 1,6% (1 patient) dans le groupe ambulatoire étaient considérés consommateurs non rechuteurs «faux pas». Enfin, à 6 mois, ces chiffres étaient de 3,2% (2 patients) dans le groupe ambulatoire, 2,6% (2 patients) dans le groupe HDJ et 1% (1 patient) dans le groupe HC.

Au total, 36 patients sur les 242 de l'étude sont consommateurs non rechuteurs à 1 an du sevrage. C'est dans le groupe HC où il y a le plus de consommateurs non rechuteurs (17,7%) suivi du groupe HDJ (14,3%) et le groupe ambulatoire en a 11,1%.

Figure 22 : Répartition globale des 242 patients en 5 catégories à 1 an :

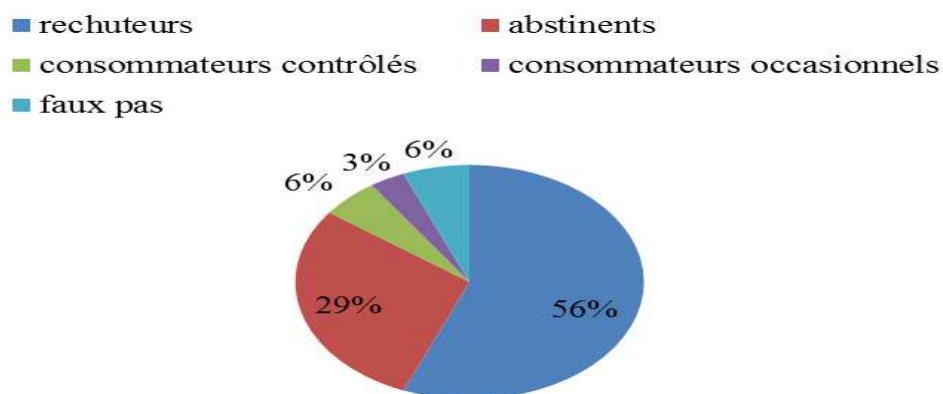


Figure 23 : Répartition des patients du groupe HC à 1 an :

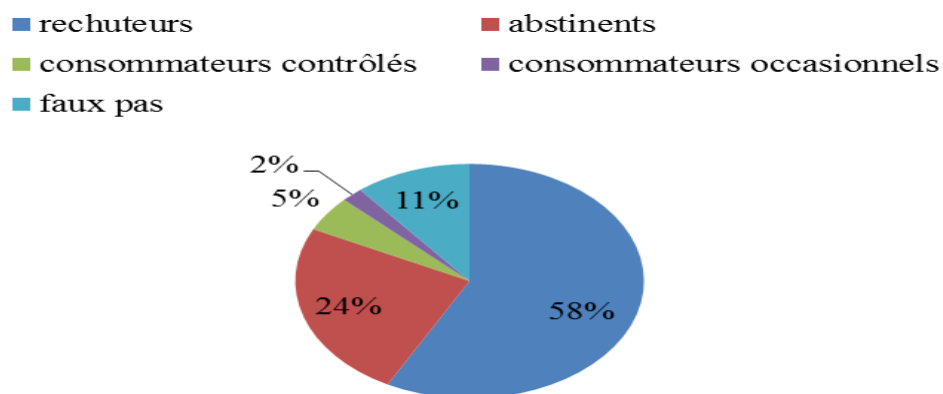


Figure 24 : Répartition des patients du groupe HDJ à 1 an :

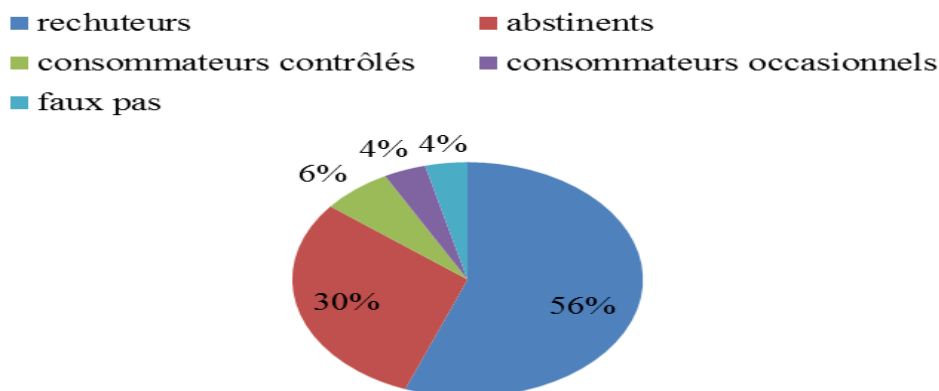
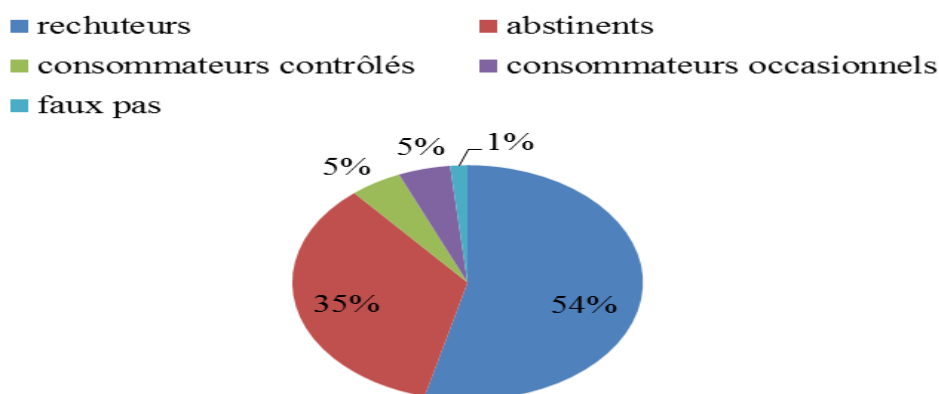


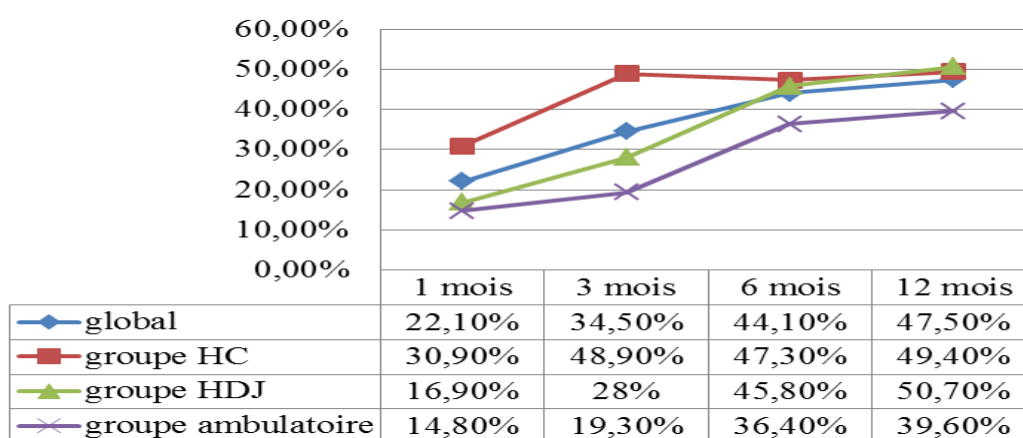
Figure 25 : Répartition des patients du groupe ambulatoire à 1 an :



3.4 L'évolution des groupes de patients entre le 1er et le 12ème mois :

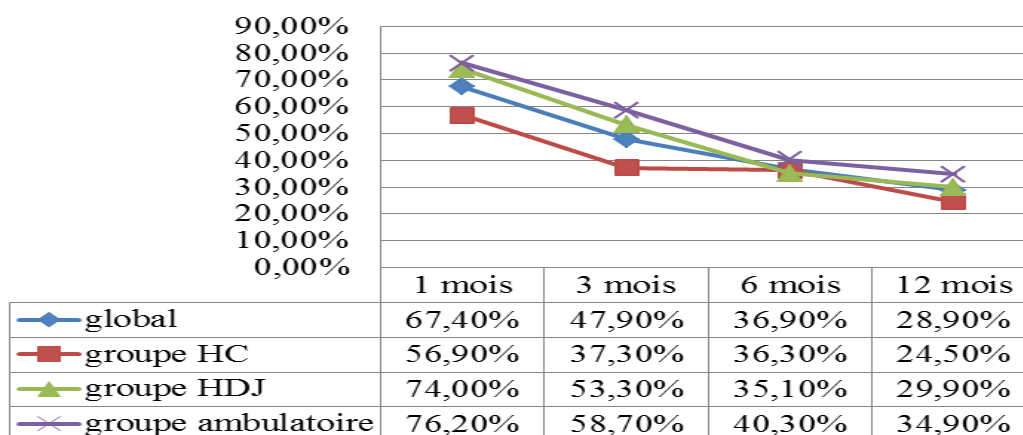
A 1 an du sevrage, le taux de rechute est à 47,5% alors qu'il était à 44,1% à 6 mois, 34,5% à 3 mois et 22,1% à 1 mois. Ce sont les patients du groupe ambulatoire qui apparaissent les moins rechuteurs à 1 an avec 39,6%. Il en est de même à 1,3 et 6 mois.

Figure 26 : Evolution du taux de rechute global et dans les 3 groupes entre le 1er et le 12ème mois :



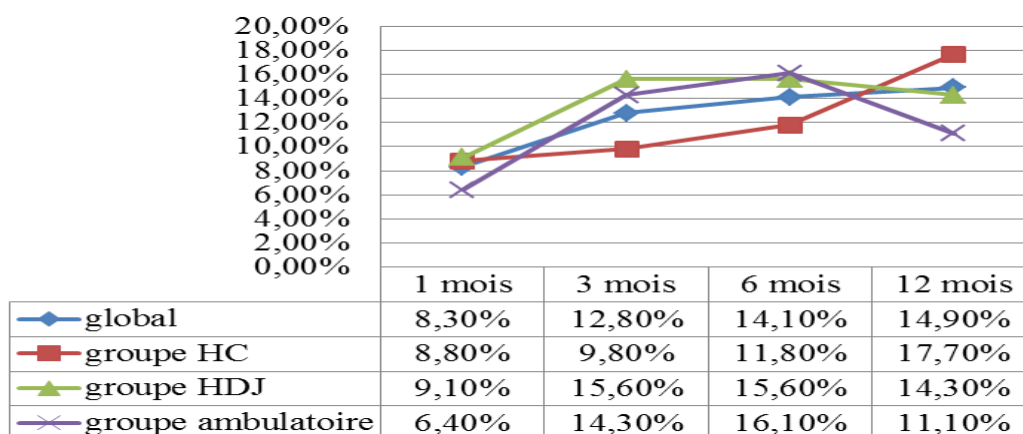
Le taux d'abstinence global à 1 an est de 28,9% alors qu'il était retrouvé à 36,9% à 6 mois, 47,9% à 3 mois et 67,4% à 1 mois. Ce sont les patients du groupe ambulatoire qui sont les plus abstinentes à 1, 3, 6 et 12 mois (34,9%) si l'on raisonne en chiffres.

Figure 27 : Evolution du taux d'abstinence global et dans les 3 groupes entre le 1er et le 12ème mois :



Concernant les patients consommateurs non rechuteurs, ils sont 14,9% à 1 an contre 14,1% à 6 mois, 12,8% à 3 mois et 8,3% à 1 mois. C'est dans le groupe HC qu'il y a le plus de consommateurs non rechuteurs à 1 an.

Figure 28 : Evolution du taux de consommateurs non rechuteurs global et dans les 3 groupes entre le 1er et le 12ème mois :

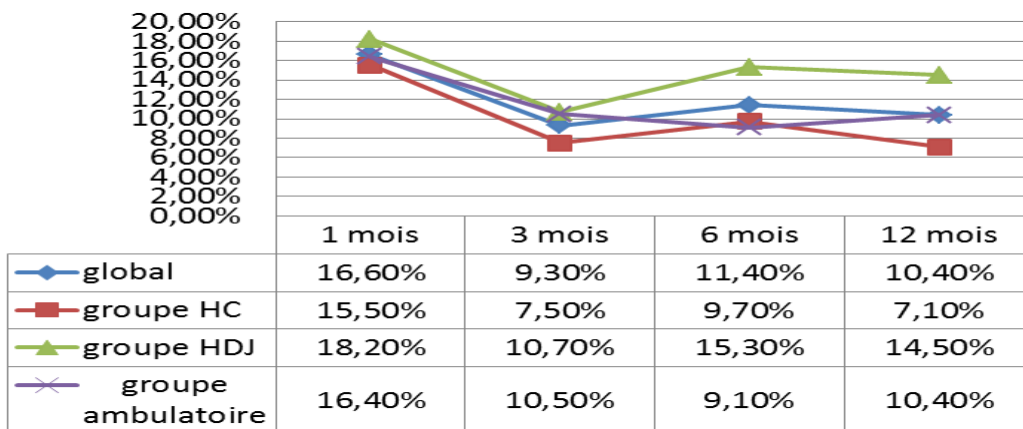


3.5 La participation à des réunions d'anciens buveurs à 1 an :

Lors des rappels téléphoniques, il était demandé aux patients s'ils participaient à des réunions d'anciens buveurs. Un an après le sevrage, seuls 10,4% des patients de l'étude, soit 21 patients sur 242 participent à ces réunions. Pour rappel, ce taux était à 11,4% à 6 mois, 9,3% à 3 mois et 16,6% à 1 mois.

Ce sont les patients du groupe HDJ qui participent le plus à des réunions d'anciens buveurs (14,5%) par rapport au groupe HC (7,1%) à 1 an. Le taux de participation du groupe ambulatoire est de 10,4% à 1 an.

Figure 29 : Le taux de participation aux réunions d’anciens buveurs global et dans les 3 groupes entre le 1er et le 12ème mois :

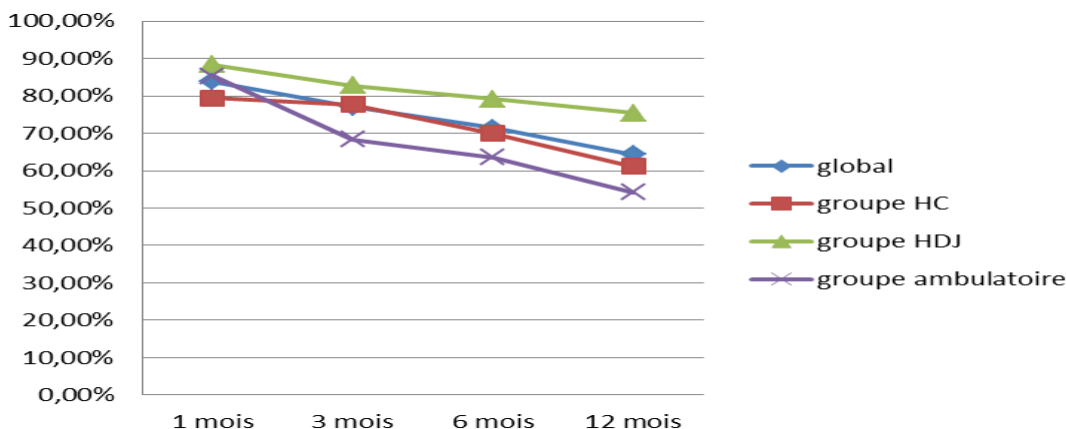


3.6 Le besoin de soins à 1 an :

Cent trente patients ou 64,4% des patients estiment avoir besoin de soins à 1 an vis-à-vis de l’alcool. Ce chiffre est en diminution par rapport à 6 mois (71,4%), à 3 mois (77%) et à 1 mois (83,8%).

Les patients ayant le plus de besoins de soins sont les patients du groupe HDJ avec 75,4% suivi du groupe HC avec 61,2%. Les patients du groupe ambulatoire sont 54,2% à avoir des besoins de soin.

Figure 30 : Le besoin de soins à 12 mois, global et selon les 3 groupes :



4. Analyse comparative des groupes HC et HDJ à 1 an :

Dans notre analyse comparative des groupes HC et HDJ, les patients perdus de vue ont été considérés perdus de vue et non suivis.

Au cours de notre enquête d'un an, 5 patients au moins sont décédés. Les causes des décès sont inconnues. N'ayant pas d'informations sur ces décès et la certitude que parmi les perdus de vue il n'y avait pas d'autres patients décédés, alors nous les avons considérés comme perdus de vue.

Par conséquent, en considérant les patients décédés et perdus de vue comme des rechuteurs, notre taux de rechute a été augmenté.

De plus, rappelons qu'il y a plus d'hommes dans le groupe HC. Donc, un ajustement au genre de la «p value» des groupes HC et HDJ a été fait afin que le genre ne soit pas un biais dans l'interprétation de nos résultats.

Concernant le groupe ambulatoire, ce dernier sera analysé séparément car la population n'est pas comparable aux deux autres groupes HC et HDJ. Les patients perdus de vue sont considérés rechuteurs également dans ce groupe.

Tableau 8 : Données pour l'analyse comparative à 1 an :

	TOTAL	HC	HDJ	AMBU
Effectifs	N=242	N=102	N=77	N=63
Suivi % (n)	46,3 (112)	45,1 (46)	55,8 (43)	36,5 (23)
Rechuteurs % (n)	56,2 (136)	57,8 (59)	55,8 (43)	54 (34)
Abstinentes % (n)	28,9 (70)	24,5 (25)	29,9 (23)	34,9 (22)
Consommateurs non rechuteurs % (n)	14,9 (36)	17,7 (18)	14,3 (11)	11,1 (7)

4.1 La comparaison du suivi des patients à 1 an :

Après analyse statistique, à 1 an, le taux de suivi du groupe HDJ (55,8%) est plus élevé que dans le groupe HC (45,1%) mais de façon non significative ($p=0,1545$). Il en est de même lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,1665$).

Dans le groupe ambulatoire, 63,5% des patients étaient encore suivis à 1 an.

Tableau 9 : Comparaison du suivi à 12 mois et rappel des résultats à 1, 3, 6

et 12 mois :

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p*	Groupe AMBU
Effectifs	N=102	N=77			N=63
Suivi M12 %(n)	45,1 (46)	55,8 (43)	0,1545	0,1665	63,5 (40)
Suivi M6 %(n)	66,7 (68)	81,8 (63)	0,0235	0,0313	77,8 (49)
Suivi M3 %(n)	65,7 (67)	87 (67)	0,0011	0,0011	81 (51)
Suivi M1 %(n)	80,4 (82)	97,4 (75)	0,0006	0,0012	93,6 (59)

p* ajusté au genre

4.2 La comparaison de la rechute des patients à 1 an :

Le taux de rechute a été étudié de deux façons. En effet, dans un premier temps nous avons analysé le taux de rechute à l'instant «T» 1 an au moment du rappel téléphonique. Puis, nous avons étudié le taux cumulé à 1 an c'est-à-dire qu'un

patient qui a rechuté au moins 1 fois lors d'un rappel téléphonique était considéré comme rechuteur tout le reste du suivi.

4.2.1 A l'instant «T» 1 an:

A 1 an, le taux de rechute dans le groupe HC (57,8%) est plus élevé que dans le groupe HDJ (55,8%).

Cependant, le taux de rechute à l'instant «T» 1 an lors du rappel téléphonique au douzième mois dans le groupe HC n'est pas significativement supérieur à celui du groupe HDJ ($p=0,7891$). Il en est de même lors de l'ajustement sur le genre ($p^*=0,8408$).

Dans le groupe ambulatoire, le taux de rechute à l'instant «T» 1 an est de 54%. Il s'agit du taux le plus bas de nos 3 groupes.

4.2.2 Taux cumulé à 1 an :

Le taux de rechute lors de cette analyse est, là aussi, légèrement plus élevé dans le groupe HC (75,5%) que dans le groupe HDJ (72,7%) mais de façon non significative ($p=0,6753$). Donc, le taux de rechute cumulé à 1 an n'est pas significativement plus élevé dans le groupe HC que dans le groupe HDJ. Ceci se confirme lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,6987$).

Dans le groupe ambulatoire, le taux de rechute cumulé à 1 an est de 65,1% et est moins élevé que dans les groupes HC et HDJ.

Au total, que ce soit à l'instant «T» 1 an ou cumulé à 1 an, la rechute n'est pas significativement plus importante dans le groupe HC que dans le groupe HDJ. Néanmoins, il y avait plus de rechuteurs dans le groupe HC que HDJ à l'instant «T»

et cumulé à 1 an. Dans le groupe ambulatoire, le taux de rechute à l'instant «T» 1 an ou cumulé à 1 an était plus bas que dans les deux autres groupes.

Tableau 10 : Comparaison de la rechute à 12 mois et rappel des résultats à

6,3 et 1 mois :

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p*	Groupe ambulatoire
Effectifs	N=102	N=77			N=63
Rechute instant "T" 12 mois % (n)	57,8 (59)	55,8 (43)	0,7891	0,8408	54 (34)
Rechute cumulée à 12 mois % (n)	75,5 (77)	72,7 (56)	0,6753	0,6987	65,1 (41)
Rechute instant "T" 6 mois % (n)	52 (53)	49,3 (38)	0,7295	0,6713	44,4 (28)
Rechute cumulée à 6 mois % (n)	65,7 (67)	54,5 (42)	0,1305	0,1358	55,5 (35)
Rechute instant "T" 3 mois % (n)	52,9 (54)	29,9 (23)	0,002	0,0033	27 (17)
Rechute cumulée à 3 mois % (n)	56,9 (58)	33,8 (26)	0,0022	0,0032	35 (22)
Rechute à 1 mois % (n)	34,3 (35)	16,9 (13)	0,0092	0,0125	17,5 (11)

p*ajusté au genre

4.3 La comparaison de l'abstinence à 1 an:

De la même façon que pour le taux de rechute, le taux d'abstinence a été analysé de deux façons différentes : le taux à l'instant «T» 1 an et le taux cumulé à 1 an.

Le taux d'abstinence à l'instant «T» 1 an est le taux d'abstinents à 1 an lors de notre dernier rappel téléphonique. Le taux cumulé d'abstinence concerne les patients abstinents à 1, 3, 6 et 12 mois. Ce sont les patients qui n'ont jamais rechuté pendant 12 mois.

4.3.1 A l'instant «T» 1 an :

A 1 an, le taux d'abstinence dans le groupe HDJ (29,9%) n'est pas significativement ($p=0,4228$) plus élevé que dans le groupe HC (24,5%). Ceci se confirme lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,4219$).

Dans le groupe ambulatoire, à l'instant «T» 1 an, le taux de rechute est de 34,9%.

4.3.2 Taux cumulé à 1 an :

Le taux cumulé à 1 an d'abstinence n'est pas significativement ($p=0,0627$) plus élevé parmi les patients du groupe HDJ (23,4%) que parmi les patients du groupe HC (12,8%). Il en est de même lors de l'ajustement au genre ($p^*=0,0675$) car «p» et «p*» sont inférieurs à 0,05. Néanmoins, ils sont inférieurs à 0,09. Donc, nous ne pouvons conclure à une tendance à l'abstinence. Lors de la prise en compte du taux

d'abstinence cumulé ajusté ou pas sur le genre, il est retrouvé une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ.

Le groupe ambulatoire présente un taux cumulé d'abstinence à 1 an de 30,2%.

L'analyse n'a pas montré de différence significative entre l'HC et l'HDJ concernant le taux d'abstinence à l'instant «T» 1 an. Néanmoins, nous parlons de tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ sur le taux d'abstinence cumulé à 1 an ajusté ou pas au genre.

Tableau 11 : Comparaison de l'abstinence à 12 mois et rappel des résultats à 6, 3 et 1 mois :

	Groupe HC	Groupe HDJ	p	p*	Groupe ambulatoire
Effectifs	N=102	N=77			N=63
Abstinence à l'instant " T" 12 mois % (n)	24,5 (25)	29,9 (23)	0,4228	0,4219	34,9 (22)
Abstinence cumulée à 12 mois % (n)	12,8 (13)	23,4 (18)	0,0627	0,0675	30,2 (19)
Abstinence à l'instant "T" 6 mois % (n)	36,3 (37)	35,1 (27)	0,8672	0,8779	38,1 (24)
Abstinence cumulée à 6 mois % (n)	25,5 (26)	29,9 (23)	0,5153	0,5519	28,6 (18)
Abstinence à l'instant "T" 3 mois % (n)	36,3 (37)	53,3 (41)	0,0234	0,0401	57,1 (36)
Abstinence cumulée à 3 mois % (n)	32,4 (33)	46,8 (36)	0,05	0,0711	55,5 (35)
Abstinence à 1 mois % (n)	56,9 (58)	74 (57)	0,0177	0,0207	76,2 (48)

p*ajusté au genre

5. Evolution des patients entre le 1er et le 12ème mois :

Afin de connaître le devenir des patients rechuteurs, abstinents et consommateurs non rechuteurs de l'étude, nous avons réalisé une analyse entre le 1er et le 12ème mois de suivi.

R=Rechuteurs ; A=Abstinents ; CNR=Consommateurs non rechuteurs.

5.1 Les patients rechuteurs :

A 1 mois, 48 patients étaient rechuteurs.

A 3 mois, parmi ces 48 patients, 41 étaient toujours rechuteurs, 7 étaient devenus abstinents.

A 6 mois, parmi les 41 patients rechuteurs à 3 mois, 33 étaient toujours rechuteurs, 6 étaient devenus abstinents et 2 étaient des consommateurs non rechuteurs.

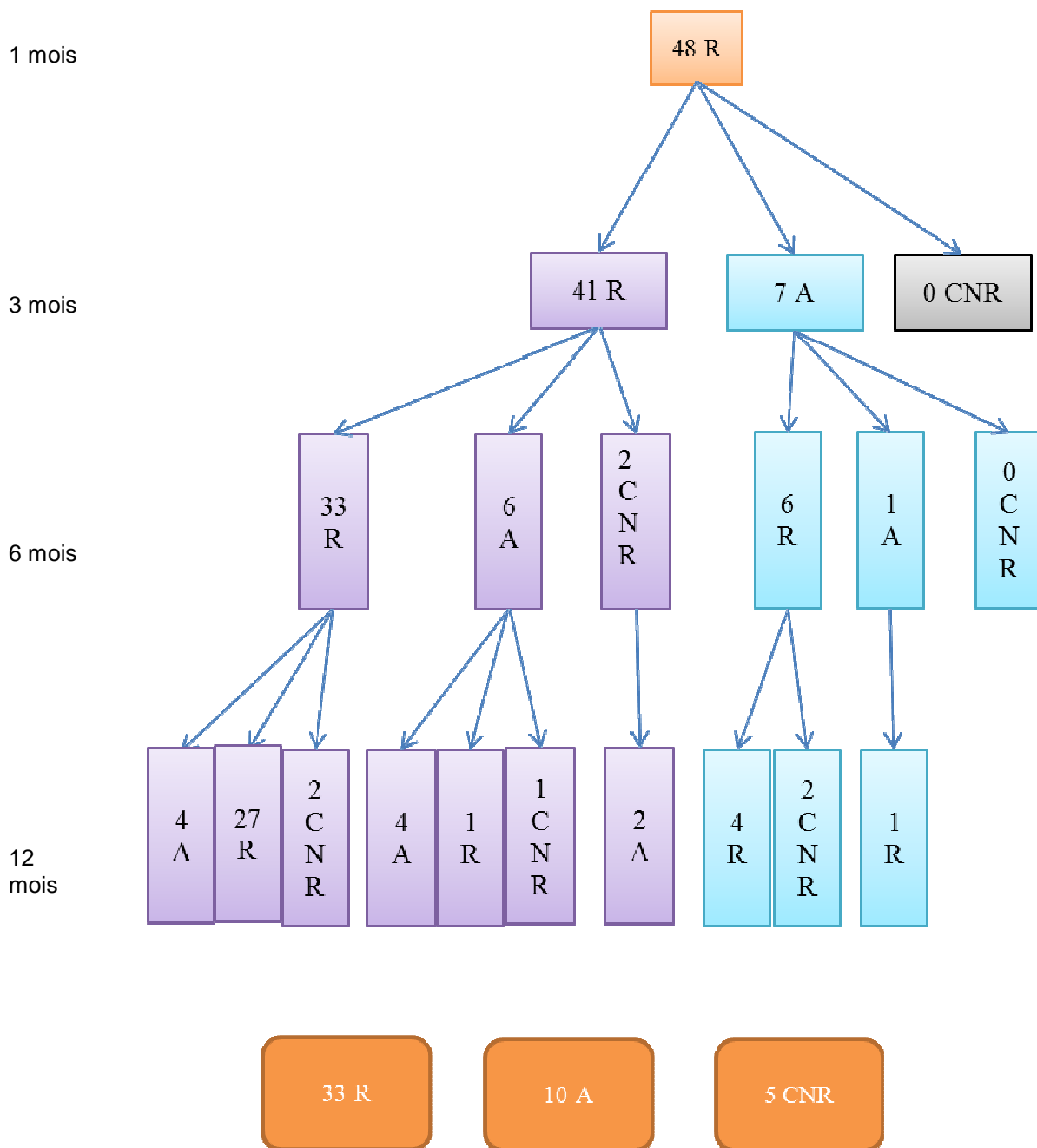
Enfin, à 12 mois, parmi les 33 rechuteurs à 6 mois, 27 étaient encore rechuteurs, 4 étaient devenus abstinents et 2 étaient consommateurs non rechuteurs.

Sur les 7 patients devenus abstinents à 3 mois, 6 patients ont rechuté et 1 est resté abstinents à 6 mois. Sur les 6 patients devenus abstinents à 6 mois, 4 sont toujours restés abstinents, 1 seul a rechuté et 1 était consommateur non rechuteur à 12 mois.

Donc, à 12 mois, parmi les 48 rechuteurs à 1 mois, 33 sont restés rechuteurs, 10 sont devenus abstinents et 5 sont devenus consommateurs non rechuteurs.

Figure 31 : Evolution des patients rechuteurs entre le 1er et le 12ème

mois :



R=Rechuteur ; A=Abstinent ; CNR=Consommateur non contrôlé

5.2 Les patients abstinents :

Un mois après le sevrage, 115 patients se déclaraient abstinents.

A 3 mois, parmi ces 115 patients, 71 étaient devenus abstinents, 31 étaient encore rechuteurs et 13 étaient consommateurs non rechuteurs.

Parmi les 71 patients abstinents à 3 mois, 49 sont restés abstinents, 16 ont rechuté et 6 étaient consommateurs non rechuteurs à 6 mois. A 12 mois, parmi les 49 abstinents, 28 étaient toujours abstinents, 13 avaient rechuté et 8 étaient consommateurs non rechuteurs. Parmi les 16 rechuteurs, 3 étaient devenus abstinents, 12 étaient toujours rechuteurs et 1 patient était consommateur non rechuteur à 12 mois. Parmi les 6 consommateurs non rechuteurs, 5 étaient devenus rechuteurs et 1 seul était resté consommateur non contrôlé à 12 mois.

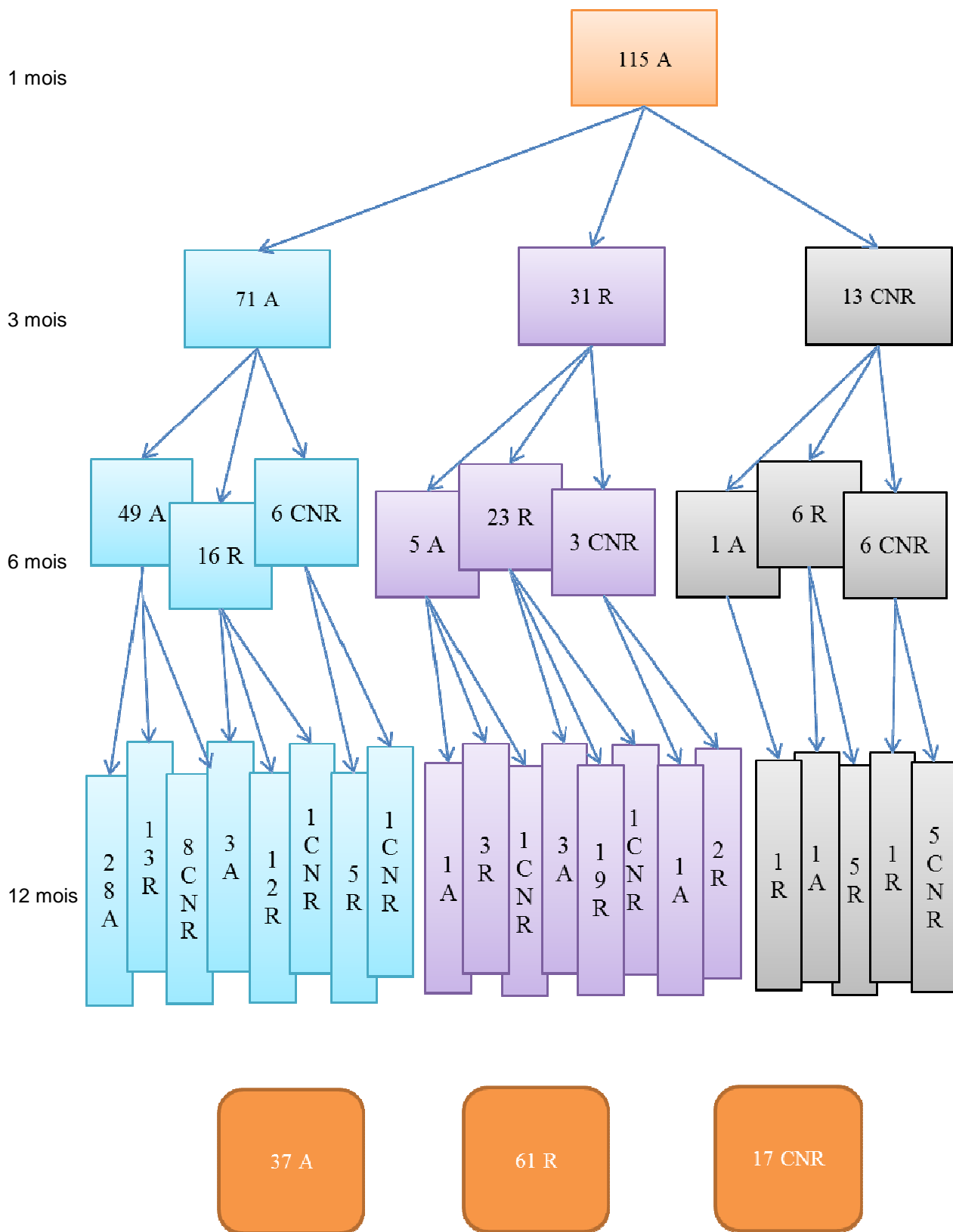
Concernant nos 31 patients rechuteurs à 3 mois, 23 étaient encore rechuteurs, 5 étaient devenus abstinents et 3 étaient consommateurs non rechuteurs à 6 mois. A 12 mois, 1 seul patient de nos 5 abstinents était resté abstinents, 3 avaient rechuté et 1 était consommateur non rechuteur. Parmi les 23 patients rechuteurs, 19 étaient toujours rechuteurs, 3 étaient devenus abstinents et 1 était consommateur non contrôlé à 12 mois. Enfin, nos 3 consommateurs non rechuteurs à 6 mois se répartissaient de la façon suivante à 12 mois : 1 abstinents et 2 rechuteurs.

A 3 mois, 13 patients étaient déclarés consommateurs non rechuteurs. A 6 mois, 1 était devenu abstinents mais avait rechuté à 12 mois. Six patients avaient rechuté à 6 mois, 5 étaient restés rechuteurs et 1 était abstinents à 12 mois. Enfin, à 6 mois, 6 étaient des consommateurs non rechuteurs. Cinq étaient restés consommateurs non rechuteurs et 1 avait rechuté à 12 mois.

Au total, à 12 mois du sevrage, parmi nos 115 patients abstinents à 1 mois, 37 sont restés abstinents, 61 ont rechuté et 17 sont devenus des consommateurs non rechuteurs.

Figure 32 : Evolution des patients abstinent entre le 1er et le 12ème

mois :



A=Abstinent ; R=Rechuteur ; CNR=Consommateur non rechuteur

5.3 Les consommateurs non rechuteurs :

Un mois après le sevrage, 16 patients étaient déclarés consommateurs non rechuteurs. A 3 mois, parmi ces 16 patients, 2 étaient devenus abstinents, 5 avaient rechuté et 9 étaient restés consommateurs non rechuteurs.

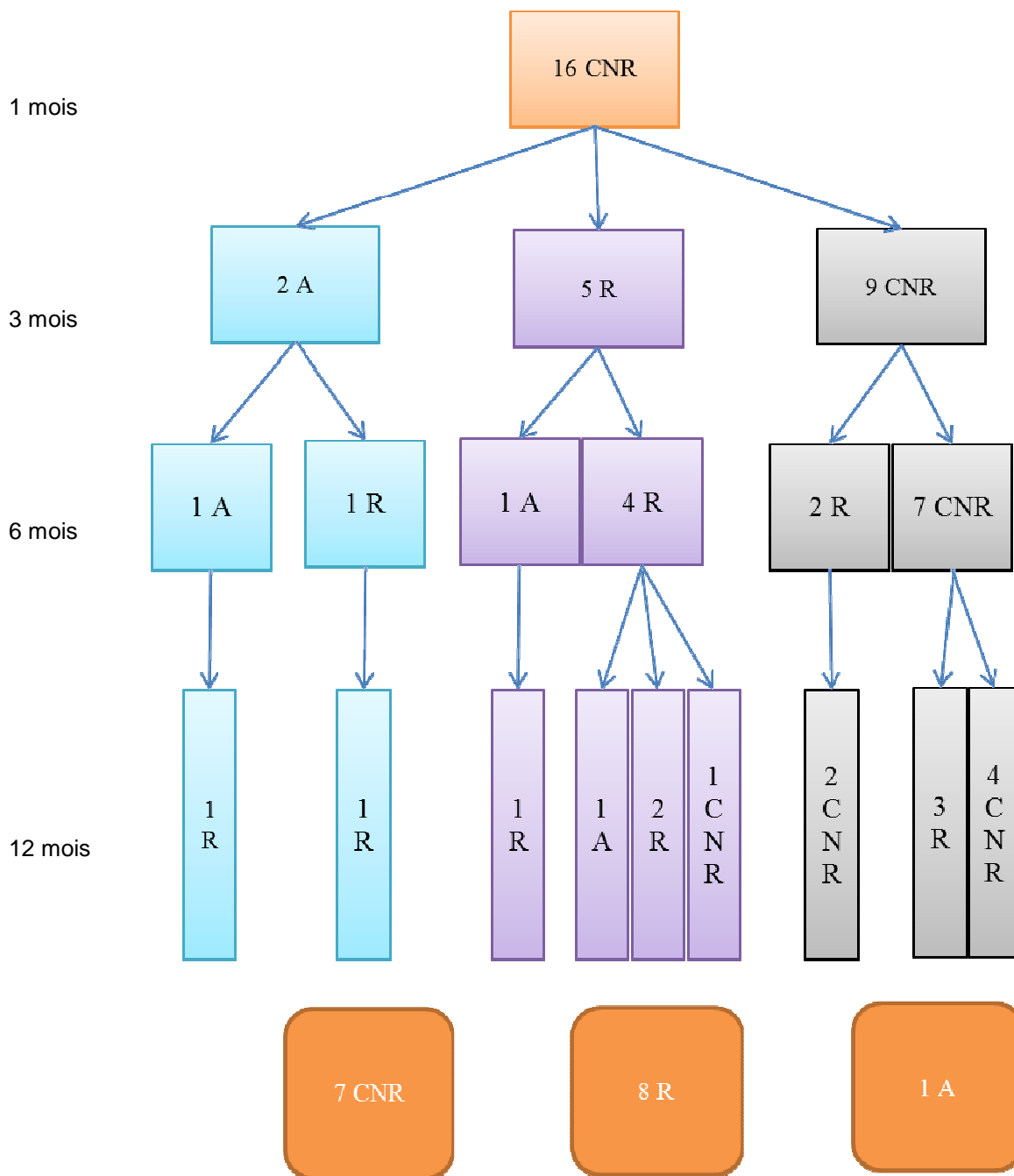
A 3 mois, parmi les 9 patients consommateurs non rechuteurs, 7 sont restés consommateurs non rechuteurs à 6 mois. A 12 mois, 3 ont rechuté et 4 étaient toujours consommateurs non rechuteurs. Deux patients ont rechuté à 6 mois et sont devenus tous les deux à 12 mois consommateurs non rechuteurs.

A 3 mois, 5 patients avaient rechuté. A 6 mois, 4 avaient rechuté puis 1 était devenu abstinente et 1 consommateur non rechuteur à 12 mois. Deux étaient restés consommateurs non rechuteurs à 12 mois. A 6 mois, 1 seul des 5 patients rechuteurs à 3 mois était devenu abstinente puis rechuteur à 12 mois.

Enfin, à 3 mois, 2 patients étaient devenus abstinents. A 6 mois, 1 était resté abstinente et 1 avait rechuté. A 12 mois, le patient rechuteur l'était toujours et le patient abstinente avait rechuté.

Donc, à 12 mois, parmi les 16 patients consommateurs non rechuteurs, il y avait 7 patients toujours consommateurs non rechuteurs, 8 rechuteurs et 1 abstinente.

Figure 33 : Evolution des consommateurs non rechuteurs entre le 1er et le 12ème mois :



CNR=Consommateur non rechuteur ; A=Abstinent ; R=Rechuteur

6. Les facteurs de risque de rechute identifiés à 1 an :

Des facteurs de risque de rechute ont été identifiés à 1 an lors de l'analyse comparative des populations du groupe HC et HDJ. Nous avons utilisé le taux de rechute cumulé.

Les facteurs de risque 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. Ils ont ensuite été étudiés de manière multivariée.

6.1 En analyse univariée :

6.1.1 Le genre :

Le genre n'est pas considéré de façon significative ($p=0,8355$) comme un facteur de risque de rechute. Ceci est confirmé lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,8908$).

Donc, dans notre étude, être un homme ou une femme n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.2 La tranche d'âge du patient lors du sevrage :

A 1 an, parmi les moins de 35 ans, 94,1% ont rechuté. Les personnes entre 35 et 45 ans étaient 77,4% à avoir rechuté contre 71,2% des 45-55 et 64,7% des plus de 55 ans.

Le fait d'être jeune, en l'occurrence moins de 35 ans, est un facteur de risque de rechute significatif ($p=0,0230$). Ce facteur de risque est confirmé lors de l'analyse ajusté sur les cohortes ($p^*=0,0213$).

Donc, dans notre étude, être un consommateur jeune (moins de 35 ans) est un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.3 L'âge de la première consommation d'alcool :

L'âge de la première consommation n'est pas associée de façon significative ($p=0,9834$) à un risque de rechute même lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,9768$).

Donc, dans notre étude, boire son premier verre d'alcool à un âge plus ou moins jeune n'est pas associé à un facteur de risque de rechute 1 an après le sevrage.

6.1.4 Le statut matrimonial :

Les patients seuls (célibataires, veufs ou divorcés) sont 78,9% à rechuter. Les patients mariés, pacsés ou en union libre sont 62,8% à rechuter. Le fait d'être seul est un facteur de risque significatif ($p=0,0271$) de rechute à 1 an et est confirmé avec l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0271$).

Donc, dans notre étude, être seul est un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.5 L'activité professionnelle :

L'activité professionnelle n'est pas un facteur de risque de rechute ($p=0,5299$). Il en est de même lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,5329$).

Donc, dans notre étude, ne pas avoir d'emploi, être au chômage ou avoir un emploi bien rémunéré ou pas n'est pas associé à un risque de rechute. Ce n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.6 Le nombre de sevrages antérieurs :

A 1 an du sevrage, les patients n'ayant jamais eu de sevrage dans le passé sont 56,8% à rechuter. Ceux qui avaient 1 antécédent de sevrage sont 75% à rechuter contre 87,1% qui en avaient 2, 73,1% qui en avaient 3 et 87% qui en avaient 4. Les patients qui avaient 3 antécédents de sevrages antérieurs semblaient moins rechuter que ceux qui n'en avaient que 2.

Néanmoins, il existe un lien significatif ($p=0,0248$) qui est confirmé lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0240$).

Donc, dans notre étude, il semblerait qu'il existe une tendance significative entre le risque de rechute et le nombre de sevrages antérieurs à 1 an du sevrage.

6.1.7 Les complications liées à l'alcool :

Les patients qui avaient des complications liées à la consommation d'alcool à 1 an du sevrage, n'avaient pas de risque significatif ($p=0,1384$) de rechute. Ceci se vérifie lors de l'analyse ajustée sur les cohortes ($p^*=0,1364$).

Donc, dans notre étude, le fait d'avoir des complications liées à l'alcool n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.8 Les antécédents de dépression :

Les patients rechuteurs ayant des antécédents de dépression étaient 81,2%. Les patients rechuteurs n'ayant pas d'antécédents dépressifs sont 70%.

Les patients ayant un antécédent médical de dépression ne rechutent pas plus de façon significative ($p=0,0985$) que les patients n'ayant pas d'antécédent de dépression. Après ajustement sur les cohortes, ceci se confirme ($p^*=0,0909$).

Donc, dans notre étude, les antécédents de dépression ne sont pas un facteur de risque significatif de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.9 L'arrêt prématuré du suivi :

L'arrêt du suivi dès le premier mois n'est pas un facteur de risque de rechute significatif ($p=0,3385$) même après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,3662$).

Donc, dans notre étude, le fait d'arrêter prématurément son suivi n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an du sevrage.

6.1.10 Le soutien de l'entourage :

L'absence de soutien de la part de l'entourage n'est pas un facteur de risque significatif ($p=0,6689$) de rechute à 1 an. Ceci est confirmé après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,6876$).

Donc, dans notre étude, le fait de ne pas avoir de soutien de son entourage n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an.

6.1.11 L'âge des consommations à problème :

L'âge où apparaissent les consommations d'alcool à problèmes n'est pas un facteur de risque significatif de rechute à 1 an ($p=0,2257$) même après ajustement ($p^*=0,2302$).

Donc, dans notre étude, que les consommations d'alcool à problème apparaissent à un âge plus ou moins jeune, n'est pas un facteur de risque de rechute à 1 an.

6.1.12 Pour conclure :

Ainsi, 2 facteurs de risque de rechute ont pu être identifiés en analyse univariée à 1 an d'un sevrage éthylique dans notre étude : être un jeune consommateur (moins de 35 ans) et être seul.

Il existe un lien significatif entre le nombre de sevrages antérieurs et le risque de rechute.

6.2 En analyse multivariée :

Après les analyses univariées, les variables significatives (p^* inférieure à 0,2) à 1 an ont été gardées : le fait d'être seul ($p^*=0,0271$), le nombre de sevrages

antérieurs ($p^*=0,0248$), les complications liées à la consommation ($p^*=0,1384$), les antécédents de dépression ($p^*=0,0985$), l'âge du patient lors du sevrage ($p^*=0,0230$).

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

Il n'a été gardé que le facteur «nombre de sevrages antérieurs» comme étant le plus lié à la rechute.

Les résultats ont été ajustés sur le type de sevrage et le genre.

6.2.1 Le nombre de sevrages antérieurs :

Le nombre de sevrages antérieurs apparait comme une tendance à la rechute avec un $p^*=0,0794$. Afin de mieux interpréter ce facteur, nous lui avons attribué des tranches de sevrages (1 sevrage, 2 sevrages, entre 3 et 5 sevrages et plus de 5 sevrages).

Le fait d'avoir réalisé 1 sevrage ou entre 3 et 5 n'est pas considéré comme un facteur de risque de rechute car les « p^* value» sont supérieures à 0,05. Ils ne sont pas non plus considérés comme une tendance à la rechute car les « p^* value» sont supérieures à 0,09.

Par contre, avoir réalisé 2 sevrages ou plus de 5 sevrages antérieurs est un facteur de risque de rechute car les « p^* value» sont inférieures à 0,05.

Pour l'antécédent de 2 sevrages, le « p^* value» est de 0,0096 avec un OR=5,115 IC 95% [1,486-17,604]. Un patient ayant 2 antécédents de sevrage à 5,115 fois plus de risque de rechuter que celui qui n'a aucun antécédent de sevrage.

Avoir réalisé plus de 5 sevrages antérieurs peut être considéré comme facteur de risque de rechute, dans notre étude, car le $p^*=0,0217$ et OR=5,039 IC 95% [1,267-20,036]. Donc un patient ayant déjà fait plus de 5 sevrages éthyliques à 5 fois

plus de chance de rechuter à 1 an par rapport à celui qui n'a pas d'antécédent de sevrage.

6.2.2 Pour conclure :

Ainsi, avoir 2 antécédents de sevrage ou plus de 5 est un facteur de risque de rechute à 1 an après sevrage éthylique.

Il s'agit du seul facteur de risque de rechute retrouvé dans notre étude à 1 an en analyse multivariée.

7. Les facteurs d'abstinence à 1 an :

Des facteurs d'abstinence à 1 an ont été recherchés de la même façon que pour la recherche de facteurs de risque de rechute.

Nous avons choisi, comme pour le taux de rechute, de faire l'analyse en utilisant le taux d'abstinence cumulé. Une analyse univariée et, avec ajustement sur les cohortes, puis une analyse multivariée ont été faites.

7.1 En analyse univariée :

7.1.1 Le genre :

Le genre n'est pas considéré de façon significative comme un facteur d'abstinence ($p=0,4975$) à 1 an. Il en est de même lors de l'ajustement sur les cohortes ($p^*=0,9790$).

Donc, dans notre étude, être un homme ou une femme n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.2 La tranche d'âge du patient lors du sevrage :

A 1 an, les moins de 35 ans sont 5,9% à être déclarés abstinents. Les 35-45 ans sont 16,1% à être abstinents contre 18,2% des 45-55 ans et 23,5% chez les plus de 55 ans.

Néanmoins, l'âge lors du sevrage n'est pas un facteur d'abstinence avec un $p=0,1385$, même après ajustement sur les cohortes $p^*=0,1088$.

Donc, dans notre étude, la tranche d'âge du patient lors du sevrage n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.3 L'âge lors de la première consommation d'alcool :

Avec un $p=0,07999$, on ne peut pas considérer l'âge de la première consommation d'alcool comme un facteur d'abstinence à 1 an mais comme une tendance à l'abstinence. Lors de l'analyse effectuée après ajustement sur les cohortes, le p n'est pas significatif ($p^*=0,1296$).

Nous avons étudié plus spécifiquement les tranches d'âge «moins de 15 ans», «entre 15 et 20 ans» et «plus de 20 ans» lors de la première consommation d'alcool. A 1 an, ceux qui ont consommé à moins de 15 ans sont 26,2% à être abstinents, les 15-20 ans sont 8,8% et les plus de 20 ans sont 20,6%. Il existe une différence significative ($p=0,0193$) entre ces 3 groupes, même après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0362$).

Donc, dans notre étude, la tranche d'âge lors de la première consommation d'alcool peut être retenue comme facteur d'abstinence à 1 an : consommer pour la première fois de l'alcool à moins de 15 ans ou à plus de 20 ans est un facteur d'abstinence à 1 an par rapport à la classe d'âge 15-20 ans et non par rapport à la population globale.

7.1.4 Le statut matrimonial :

Un an après le sevrage, les patients en couple sont 29,4% à être abstinents alors que ceux qui vivent seuls sont 12,5% à être abstinents.

Avec un $p=0,0070$, il apparait que vivre en couple est un facteur d'abstinence confirmé après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,0080$).

Donc, dans notre étude, vivre en couple est un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.5 L'activité professionnelle :

L'activité professionnelle n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an ($p=0,0888$) mais une tendance à l'abstinence car p est inférieure à 0,09. Lors de l'ajustement sur les cohortes ($p=0,1027$), p est supérieur à 0,05 donc il ne s'agit pas d'un facteur d'abstinence à 1 an.

Donc, dans notre étude, l'activité professionnelle n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an. Avoir une activité professionnelle ne protège pas de la rechute, qu'elle soit bien ou peu rémunérée.

7.1.6 Le nombre de sevrages antérieurs :

Le nombre de sevrages antérieurs n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an ($p=0,1185$) même après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,1075$).

Donc, dans notre étude, le nombre de sevrages antérieurs n'est pas retenu comme facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.7 Les complications liées à la consommation d'alcool :

Les complications liées à la consommation d'alcool n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an car $p=0,4337$. Il en est de même lors de l'ajustement sur les cohortes car $p^*=0,4115$.

Donc, dans notre étude, avoir ou pas des complications liées à la consommation d'alcool n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.8 Les antécédents de dépression :

Avoir des antécédents de dépression n'est pas considéré comme un facteur d'abstinence à 1 an ($p=0,7031$), même après ajustement ($p^*=0,5961$).

Donc, dans notre étude, les antécédents de dépression ne sont pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.9 Suivi à 1 mois :

A 1 an, 18,6% des patients suivis encore à 1 mois, étaient abstinents. Les patients non suivis à 1 mois étaient 8,7% à être abstinents.

Etre toujours suivi à 1 mois, ne peut pas être un facteur d'abstinence à 1 an car $p=0,2518$. L'ajustement sur les cohortes ne change pas les résultats ($p^*=0,4433$).

Donc, dans notre étude, être toujours suivi 1 mois après un sevrage éthylique, n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.10 Le soutien de l'entourage :

Avoir un soutien de l'entourage n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an. Avec un $p=0,0727$, il faut considérer le soutien de l'entourage comme une tendance à l'abstinence à 1 an car p est inférieur à $0,09$. Après ajustement sur les cohortes, la conclusion est la même ($p^*=0,0838$).

Donc, dans notre étude, avoir un soutien de l'entourage est une tendance à l'abstinence à 1 an du sevrage.

7.1.11 L'âge des consommations à problèmes :

L'âge des consommations à problèmes n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an ($p=0,1830$), même après ajustement sur les cohortes ($p^*=0,01940$).

Donc, dans notre étude, avoir des consommations à problèmes à un âge plus ou moins avancé n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an.

7.1.12 Pour conclure :

Ainsi, à 1 an d'un sevrage éthylique, deux facteurs d'abstinence sont identifiés en analyse univariée dans notre étude: l'âge inférieur à 15 ans ou supérieur ou égal à 20 ans lors de la première consommation d'alcool et vivre en couple. Un facteur est une tendance à l'abstinence : le soutien de l'entourage.

7.2 En analyse multivariée :

Après analyse univariée, les variables significatives à 1 an avec une «p value» inférieure à 2 étaient : le statut matrimonial ($p^*=0,0080$), l'activité professionnelle ($p^*=0,1027$), le nombre de sevrages antérieurs ($p^*=0,1075$), l'âge des consommations à problèmes ($p^*=0,1940$), le soutien de l'entourage ($p^*=0,0838$), l'âge lors du sevrage ($p^*=0,1088$) et l'âge lors de la première consommation ($p^*=0,1296$) et l'âge de la première consommation réparti en 3 tranches ($p^*=0,0362$).

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

Un modèle multivarié ne gardant que les facteurs statut matrimonial, soutien de l'entourage et tranche d'âge de la première consommation d'alcool comme étant les plus liés à l'abstinence.

7.2.1 Le statut matrimonial :

Etre en couple est un facteur d'abstinence à 1 an avec $p^*=0,0085$ et un $OR=3,207$ IC 95% [1,346-7,639].

Un patient en couple a 3,2 fois plus de chance d'être abstinent à 1 an d'un sevrage éthylique par rapport à un patient qui est seul dans notre étude.

7.2.2 Le soutien de l'entourage :

Avoir un soutien de l'entourage n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an dans notre étude avec $p^*=0,0826$ et $OR=3,144$ IC 95% [0,863-11,459]. L'intervalle de

confiance à 95% contient le chiffre 1 donc on ne peut pas considérer le soutien de l'entourage comme un facteur d'abstinence à 1 an.

7.2.3 La tranche d'âge lors de la première consommation d'alcool :

Avoir moins de 15 ans par rapport à avoir entre 15 et 20 ans lors de la première consommation d'alcool est un facteur d'abstinence à 1 an car $p^*=0,0125$ et $OR=3,540$ IC 95% [1,313-9,547].

Ainsi, par rapport aux personnes ayant commencé à boire de l'alcool entre 15 et 20 ans, ceux ayant commencé à moins de 15 ans ont 3,5 fois plus de chance d'être abstinents à 1 an dans notre étude.

Cependant, avoir plus de 20 ans lors de la première consommation d'alcool par rapport à avoir entre 15 et 20 ans n'est pas un facteur d'abstinence à 1 an. En effet, $p^*=0,1085$ et $OR=2,671$ IC 95% [0,805-8,864].

7.2.4 Conclusion :

Après analyse multivariée seuls deux facteurs apparaissent facteurs d'abstinence à 1 an d'un sevrage éthylique dans notre étude : vivre en couple et avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool.

DISCUSSION

1. Points forts de l'étude :

1.1 Le questionnaire :

En plus d'interroger les patients de l'étude sur leurs consommations quotidiennes d'alcool en unités standards, nous leur avons posé des questions sur leur statut matrimonial, l'âge de leur première consommation d'alcool, l'âge de leur première ivresse, la notion d'intoxication tabagique et la quantité, la notion de violence sous emprise d'alcool, l'activité professionnelle, l'origine de l'initiation du sevrage (patient, famille, médecin traitant, justice etc...), le nombre de sevrages antérieurs et les éventuelles complications liées à la consommation d'alcool. Ceci a donc permis d'identifier des facteurs de risque de rechute et d'abstinence chez nos patients.

1.2 Les patients exclus :

Nous avons exclu de l'étude les patients ayant une affection délirante et non ceux ayant une autre comorbidité psychiatrique. En effet, le patient atteint d'une

pathologie délirante se trouve dans l'incapacité de répondre au questionnaire de suivi de notre étude. Dans l'étude Bottlender (32), étaient exclus les patients atteints de psychoses aiguës et dans l'étude Florez (33), il avait été exclu tous les patients avec un diagnostic de pathologie psychiatrique autre que les troubles de la personnalité. Dans l'étude de Nalpas (34), un des critères d'inclusion était l'absence de comorbidité psychiatrique quelle qu'elle soit.

Il existe des relations entre troubles psychiatriques et addictifs. Il est fréquent que les patients ayant une addiction aient une ou plusieurs comorbidités psychiatriques (comme un syndrome dépressif). Ainsi, il est important de prendre en charge de façon simultanée l'affection psychiatrique et addictologique.

De plus, les patients qui n'avaient pas d'environnement social «stable» comme les SDF n'ont pas intégré notre étude, toujours pour des raisons de suivi. Ce critère d'exclusion est retrouvé dans l'étude Florez (33).

Enfin, ont été exclus également les patients dont la demande de prise en charge n'émanait pas d'eux-mêmes. Ces patients sont, par conséquent, moins motivés dans leur prise en charge et seraient moins disponibles pour répondre au questionnaire et probablement perdus de vue.

Tout ceci a pour but de limiter le nombre de perdus de vue et donc d'améliorer la puissance de notre enquête.

1.3 Les perdus de vue :

Tous nos patients perdus de vue ont été considérés rechuteurs, ceci afin d'apporter une meilleure sensibilité à l'étude.

2. Les points faibles :

2.1 Le mode de suivi :

Toutes nos données de suivi ont été recueillies lors de rappels téléphoniques à 1, 3, 6 et 12 mois par plusieurs enquêteurs. Un biais dans le recueil a donc pu se constituer.

Tous les appels étaient passés en numéro masqué, ce qui a pu empêcher certains patients de décrocher, augmentant ainsi le nombre de perdus de vue. L'enquêteur était tenu de laisser un message vocal afin de signaler au patient la date et l'heure du rappel et que ce dernier se ferait en numéro masqué. Le patient était considéré perdu de vue après 10 tentatives de rappels à des heures et dates différentes. Cependant, en indiquant le jour et l'heure du rappel, le taux d'abstinents a pu augmenter car les patients se «préparaient» au rappel, pouvaient diminuer voire stopper leurs consommations et poursuivre leur suivi après le sevrage. Quelques études dans la littérature ont recueilli leurs données de suivi par des consultations médicales. En effet, dans l'étude Menecier (35), qui étudie les facteurs prédictifs de rechute et de perte de suivi chez les patients alcoolo-dépendants pris en charge dans un service d'hépatogastroentérologie, le mode de suivi se faisait en consultation tous les mois. Il en est de même dans l'étude Mowbray (36), qui compare les consommations d'alcool des patients alcoolo-dépendants ayant un objectif d'abstinence à l'entrée en traitement et ceux n'en n'ayant pas tous les 6 mois par consultation pendant 2,5 ans. Dans l'étude De Silva (37) et Nalpas (34), les patients sont également revus en consultations. Ils pouvaient être influencés dans

leurs démarches de soins et dans leurs consommations car ils étaient face à l'enquêteur.

2.2 La consommation déclarée d'alcool :

Un biais déclaratif pouvait être constitué lorsque le patient répondait à la question «Quelle quantité d'alcool consommez-vous ?». Néanmoins, il a été démontré dans certaines études que les personnes déclaraient la vérité sur ce qu'ils consommaient. Dans l'étude de De Silva (37), il était demandé à un membre de l'entourage du patient, la consommation d'alcool de ce dernier, ce qui permettait de confirmer ou pas la déclaration du patient inclus dans l'étude.

Dans notre étude, il n'était pas possible de réaliser cela car il s'agissait de rappels téléphoniques et non de consultations.

2.3 Nouveaux traitements dans le traitement de l'alcoolodépendance :

Nos résultats ont pu être influencés par les nouveaux traitements mis en place comme le Lioresal ou le Nalméfène. En effet, certains patients de l'étude ont pu être placés sous Lioresal ou Nalméfène durant leur suivi.

2.4 Les patients exclus de l'étude :

Les patients n'ayant pas un environnement social stable comme les SDF et les patients souffrants d'une affection délirante ont été exclus. Néanmoins, ces patients,

sont la plupart du temps le plus à risque de rechute. L'étude Nalpas (34) incluait les patients n'ayant pas de comorbidités psychiatriques et ayant des conditions socio-environnementales favorables permettant un suivi, tout comme l'étude de Florez (33). Cependant, l'étude d'Osama (38) conclut que l'état psychologique comme l'humeur ou l'affect peuvent jouer un rôle dans le craving et les comportements d'alcoolisation parmi les femmes alcoolo-dépendantes. Ces dernières rapportent une fréquence plus élevée d'alcoolisation importante lors des baisses de moral que les hommes.

2.5 Les antécédents familiaux d'alcoolisme :

Il s'agit d'un facteur de risque potentiel de rechute. Dans l'étude Nalpas (34), 36,3% des patients inclus avaient au moins un parent alcoolo-dépendant. L'étude de Ruutel (39), portant sur la consommation d'alcool des adolescents dans 11 pays différents, a montré que la consommation d'alcool dans la structure familiale a une influence sur la consommation d'alcool des jeunes. Ainsi, une des conclusions de cette étude est le fait que la fréquence de consommation, la quantité consommée et la fréquence des ivresses chez les adolescents augmentent s'ils ont déjà vu un membre de leur famille ivre. Enfin, dans l'étude de Mennecier (35), parmi les facteurs de risque de rechute, il est retrouvé les antécédents familiaux d'alcoolisme (OR=3,47 p=0,05).

Dans notre étude, nous avons omis de faire préciser aux patients, lors de l'inclusion, la notion d'antécédents d'alcoolo-dépendance dans la famille.

2.6 Les raisons de la rechute :

Lorsque le patient rechutait, il ne lui était pas demandé les raisons de sa rechute. D'autres facteurs de risque de rechute auraient pu être découverts s'il était connu les raisons de la rechute. En effet, nous aurions pu savoir si la rechute était attribuable, par exemple, à l'environnement social, familial ou encore professionnel.

3. La représentativité de notre étude :

Notre étude inclut des patients issus de deux centres hospitaliers du Nord de la France (Lille et Roubaix). Notre population est-elle représentative des patients ayant un problème d'addiction à l'alcool au niveau national ?

Le Nord de la France a un profil particulier. En effet, parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans, le taux de consommation d'alcool de façon quotidienne est plus important dans la population nordiste que dans les autres régions françaises (12.6% vs 11%) alors que les ivresses dans l'année sont moins nombreuses dans le Nord que sur le reste du territoire (16.1% vs 19.1%) d'après les dernières données du Baromètres Santé 2010 (11). Il existe une différence significative concernant ces deux paramètres entre le Nord-Pas-de-Calais et le reste de la France.

Néanmoins, en ce qui concerne l'usage à risque chronique ou de dépendance, le Nord ne se distingue pas des autres régions de façon significative (8.9% vs 9%). Il en est de même pour les alcoolisations ponctuelles mensuelles et hebdomadaires (11).

Ainsi, il est possible de conclure que notre étude est représentative du reste de la population française.

4. Discussion des résultats : taux de rechute, d'abstinence, de suivi, identification de facteurs de risque de rechute et facteurs d'abstinence à 1 an :

La discussion de nos résultats portera sur les taux cumulés avec les «p* value» ajustés au genre. Ceci permet d'avoir un meilleur reflet du suivi des patients. De même, les facteurs de risque de rechute et les facteurs d'abstinence ont été recherchés à partir des taux cumulés.

4.1 Les résultats à 1 an : taux de rechute, abstinence et suivi, comparaison du groupe HC et HDJ :

Notre objectif principal était de déterminer le taux de rechute à 1 an. Il est retrouvé à 47,5%. En considérant les perdus de vue et les patients décédés comme rechuteurs, le taux de rechute à 1 an est de 56,2%.

Un autre point de l'objectif principal était de comparer les groupes HC et HDJ entre eux. Après analyse statistique, à 1 an, le fait d'être dans le groupe HDJ n'a pas démontré de différence significative en terme de taux de rechute mais il existe une tendance à l'abstinence par rapport au groupe HC. Donc, **l'HDJ n'a pas démontré sa supériorité par rapport à l'HC sur le taux de rechute à 1 an d'un sevrage éthylique.**

En effet, les taux de rechute cumulés dans le groupe HC (75,5%) et dans le groupe HDJ (72,7%) sont pratiquement équivalents à 1 an. Avant sevrage, les patients du groupe HC consommaient 26,67 US/j et ceux du groupe HDJ 26,97 US/j, ce qui est équivalent. Parmi les patients rechuteurs, ceux du groupe HDJ avaient

tendance à un peu moins consommer (28,17 US/j) que ceux du groupe HC (29,02 US/j) après leur sevrage. Ainsi, les patients qui ont bénéficié d'un hôpital de jour après leur hospitalisation avaient une consommation d'alcool moins importante, lors de la rechute, que ceux qui n'ont réalisé qu'une hospitalisation conventionnelle.

Concernant le taux d'abstinence cumulé à 1 an, il est plus important dans le groupe HDJ (23,4%) que dans le groupe HC (12,8%) si l'on ne considère que les chiffres. Il existe une tendance à l'abstinence à 1 an dans le groupe HDJ ($p^*=0,0675$).

Autre point important à préciser, le suivi des patients à 1 an n'est pas significativement ($p^*=0,1665$) plus important dans le groupe HDJ (55,8%) par rapport au groupe HC (45,1%).

Ainsi, que ce soit en terme de rechute ou de suivi, l'hôpital de jour n'est pas supérieur à l'hospitalisation conventionnelle. Mais, il semblerait que les patients en HDJ consomment moins d'alcool lors de la rechute que ceux du groupe HC, ce qui laisse à penser que l'hôpital de jour aurait une influence sur le niveau de consommation d'alcool lors de la rechute. Nous rappelons que les nouvelles recommandations de bonnes pratiques parues en février 2015 insistent sur le fait que c'est le patient qui décide de ses objectifs de consommation et que la notion de consommation contrôlée est mise en avant.

Même s'il n'y a pas de différence significative sur le taux d'abstinence cumulé à 1 an entre nos 2 groupes, il existe une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ. Ceci s'explique probablement par le fait que les patients ayant bénéficié d'un sevrage institutionnel suivi d'une hospitalisation de jour sont plus longtemps «protégés» par le milieu hospitalier que ceux n'ayant réalisé qu'une hospitalisation conventionnelle avec retour à domicile ensuite. Les patients du groupe HDJ sont plus longtemps

dans le système de soins hospitalier et préparent sans doute mieux le retour dans le milieu familial et professionnel.

Dans le groupe ambulatoire à 1 an, le taux de rechute cumulé était de 65,1%, le taux d'abstinence cumulé de 30,2% et le taux de suivi était de 36,5%.

Il n'est pas possible de comparer directement les patients du groupe ambulatoire avec ceux des groupes HC et HDJ car ils n'étaient pas comparables lors de notre inclusion. Néanmoins, si l'on ne considère que les chiffres, ceux des patients du groupe ambulatoire sont meilleurs pour le taux de rechute (65,1%), le taux d'abstinence (30,2%) et le suivi (63,5%).

Une explication est possible. Les sevrages des patients suivis en ambulatoire sont moins complexes et les patients ont moins d'antécédents addictologiques par rapport aux patients en hospitalisation conventionnelle ou en hospitalisation de jour et ont donc moins de risques de rechuter. Pour exemple, un patient ayant fait un délirium tremens ou des convulsions sur sevrage éthylique ne pouvait effectuer son sevrage en ambulatoire. Ces patients sont plus à risque de rechute et de complications lors du sevrage. Par conséquent, il n'est pas possible de les suivre en ambulatoire sans surveillance médicale quotidienne. Une hospitalisation est nécessaire.

Lors du premier travail (28), l'hypothèse de départ était un taux de perdus de vue global chiffré à 20% à 1 an. Au total, dans notre travail, le taux de perdus de vue est à 14,5% à 1 an. Nous sommes sous les 20%. Notre hypothèse était bonne.

Le taux global de rechute à 1 an, tout type de sevrages confondus, était estimé à 65% (28). Malheureusement, nous obtenons un chiffre supérieur. Le taux global de rechute à 1 an est de 71,9%.

Enfin, l'hypothèse de départ était que le taux de rechute dans le groupe HDJ serait de 40% à 1 an. Malheureusement, à 6 mois le taux de rechute dans le groupe HDJ était à 54,6% (30). A 1 an, il est retrouvé à 72,7%.

4.2 Comparaison des résultats à 6 mois et 1 an :

A 6 mois, les taux de rechute et d'abstinence ne sont pas significativement plus élevés dans le groupe HC que dans le groupe HDJ. La conclusion est la même à 1 an pour la rechute mais il existe une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ sans réelle différence significative entre les 2 groupes.

Cependant, à 6 mois, les patients du groupe HDJ étaient significativement plus suivis que les patients du groupe HC. A 1 an, il n'y a plus de différence significative entre les 2 groupes concernant le suivi.

Rappelons qu'à 3 mois, le taux de rechute était significativement moins important dans le groupe HDJ que dans le groupe HC (56,9% contre 33,8%, $p^*=0,0032$) et il y avait une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ (46,8% contre 32,4%, $p^*=0,0711$) (30).

L'hôpital de jour montre une efficacité dans la prise en charge des patients, sur le taux de rechute à court terme (3 mois) par rapport à l'hospitalisation conventionnelle seule. Il permet un suivi jusqu'à 6 mois après le sevrage, le patient peut, ainsi, rester dans le parcours de soins en cas de rechute. Malheureusement, sa supériorité sur le taux de rechute n'est plus démontrée à 1 an d'un sevrage éthylique. Une raison qui pourrait expliquer ces résultats est le fait que tous les perdus de vue et décédés ont été considérés comme des rechuteurs dans notre analyse. Ainsi, le nombre de rechuteurs a pu être augmenté à tort. Un patient perdu de vue peut l'être

parce qu'il a rechuté mais aussi parce qu'il est abstinent et se sent guéri de l'alcoolisme, ne ressentant plus le besoin de soins.

Un patient alcoolo-dépendant présente un parcours de prise en charge complexe. Il est souvent parsemé de rechutes et comporte plusieurs épisodes de sevrages.

4.3 Identification de facteurs de risque de rechute :

L'objectif secondaire de notre étude était la recherche de facteurs de risque de rechute. Deux analyses ont été faites : en univariée et en multivariée.

4.3.1 En analyse univariée :

Trois facteurs ont pu être identifiés :

- a) Etre un jeune consommateur lors du sevrage ($p^*=0,0213$),
- b) Etre seul ($p^*=0,0271$),
- c) Avoir un nombre de sevrages antérieurs élevé ($p^*=0,0240$).

4.3.2 En analyse multivariée :

Un seul facteur de risque de rechute a été retrouvé : il s'agit du nombre de sevrages antérieurs égal à 2 ($p^*=0,0096$, OR=5,115 IC 95% [1,486-17,604] ou supérieur à 5 ($p^*=0,0217$, OR=5,039 IC 95% [1,267-20,036]).

Ainsi, un patient ayant 2 antécédents de sevrage ou plus de 5 antécédents de sevrage à 5 fois plus de risque de rechuter à 1 an que celui qui n'a aucun antécédent de sevrage.

Aucun lien n'a été trouvé entre avoir 1 antécédent de sevrage et avoir entre 3 et 5 antécédents de sevrage à 1 an. Généralement, lors d'une rechute rapide après un premier sevrage, le patient demande très vite une nouvelle prise en charge. La plupart du temps, il ne s'est pas préparé au deuxième sevrage et n'a pas eu le temps de réfléchir sur sa rechute et les raisons. Ainsi, il rechute après son deuxième sevrage. De même, avoir plus de 5 antécédents de sevrages est associé à un facteur de risque de rechute car le patient multiplie les demandes de soins et fini par « connaître » la démarche de soins. De plus, généralement, il effectue ses sevrages dans le même établissement. Probablement qu'entre 3 et 5 sevrages, le patient prend le temps de réfléchir à sa prise en charge et comprend les raisons de sa rechute.

Rappelons qu'à 6 mois, les facteurs de risque de rechute retrouvés étaient un nombre de sevrages supérieur à 5 et les antécédents de dépression.

Pourquoi les antécédents de dépression ne sont pas retrouvés à 1 an comme facteur de risque de rechute ? Une explication est sans doute possible. Le fait d'avoir des antécédents de dépression n'est plus associé à un risque de rechute à 1 an car les patients dépressifs ont rechuté avant les 1 an. Ils rechutent à 6 mois ou avant car les patients disposent d'un suivi soutenu et restent dans le système de soins quelques mois après leur sevrage.

4.4 Identification des facteurs d'abstinence à 1 an :

4.4.1 En analyse univariée :

Une tendance à l'abstinence a été trouvée : le soutien de l'entourage ($p^*=0,0838$).

Deux facteurs d'abstinence ont été identifiés :

- a) L'âge de la première consommation d'alcool : moins de 15 ans ou plus de 20 ans ($p^*=0,0362$),
- b) Vivre en couple ($p^*=0,0080$).

4.4.2 En analyse multivariée :

Deux facteurs d'abstinence ont été retrouvés.

Il s'agit d'être en couple ($p^*=0,0085$ OR=3,2017 IC 95% [1,346-7,639]). Ainsi, un patient en couple a 3,2 fois plus de chance d'être abstinent qu'un patient célibataire à 1 an. En effet, ne pas être seul dans sa vie permet d'être soutenu dans son parcours de soins, notamment par son ou sa compagne. Par conséquent, les chances de maintenir l'abstinence sont préservées, surtout lorsque le patient ressent des envies de consommer après son sevrage.

Le deuxième facteur d'abstinence à 1 an est l'âge de la première consommation d'alcool, notamment à moins de 15 ans ($p^*=0,0125$ OR=3,540 IC 95% [1,313-9,547]). Par conséquent, avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool par rapport à avoir entre 15 et 20 ans est associé à 3,5 fois plus de chance d'être abstinent à 1 an. En effet, les moins de 15 ans sont, pour la plupart, encore sous l'influence des parents et la première consommation d'alcool est

une expérience. Entre 15 et 20 ans, il s'agit de la tranche d'âge où le phénomène du «binge drinking» est important et de plus en plus fréquent. L'influence de l'environnement social est importante pour ces jeunes qui passent de l'adolescence à l'âge adulte et deviennent étudiants pour la plupart d'entre eux.

Dans la littérature, nous ne retrouvons pas ce fait mais il semble que les études aient été faites par rapport à la population globale tout âge confondu. Dans notre étude, la référence prise pour la première consommation d'alcool est la tranche d'âge des 15-20 ans et non la population globale.

5. Comparaison à la littérature de nos critères de jugement principaux :

Il est difficile de comparer nos résultats à la littérature car toutes les études parues n'ont pas la même méthodologie ni la même durée de suivi. De plus, la définition de la rechute et de l'abstinence est différente dans chacune des études. Par exemple, dans l'étude Nalpas (34), la rechute est définie par « toute reprise de boisson alcoolisée ». La majorité des études sur le sujet ont déjà été citées lors des travaux de recherche précédents (30) (31).

Enfin, il n'a été retrouvé que peu d'études comparant l'HC et l'HDJ après un sevrage éthylique.

5.1 Le taux de rechute :

Il est estimé dans la littérature que, chez les patients traités pour alcoolodépendance, le taux de rechute à long terme varie entre 20% et 80%.

Peu d'études ont étudié le taux de rechute à 1 an après un sevrage éthylique.

Dans notre étude, le taux de rechute cumulé du groupe HC était de 75,5%. Ce chiffre est en adéquation avec l'étude de Nalpas (34). En effet, le taux de rechute à 1 an suivant l'hospitalisation est retrouvé à 71,5% et l'étude portait sur 267 patients. Notre enquête est réalisée sur 242 patients.

Dans l'étude Mennecier (36), le taux de rechute à 6 et 9 mois était respectivement de 41,5% et 43,6% chez les patients alcoolodépendants hospitalisés en gastroentérologie. De même, il y avait 45,2% de rechuteurs dans l'étude Gelsi(40) et les perdus de vue n'étaient pas considérés comme rechuteurs. Nous rappelons

qu'à 6 mois, le taux de rechute cumulé était de 65,7 % dans le groupe HC (31). Dans notre analyse, les patients perdus de vue ont été considérés rechuteurs, ce qui a pu augmenter le taux de rechute.

Dans notre étude, à 1 an, le taux de rechute cumulé du groupe HDJ était de 72,7%. D'après l'étude Pallincourt (41), le taux de rechute retrouvé était de 35% à 2 ans. Cependant, il n'y avait que 29 patients inclus dans l'étude. Ce taux de rechute est donc difficilement exploitable.

Le taux de rechute cumulé à 1 an dans le groupe ambulatoire était de 65,1%. L'étude Bottlender (32) considérait, comme dans notre étude, les perdus de vue comme des rechuteurs et le taux de rechute était chiffré à 57% après 3 ans de suivi. Parmi les patients rechuteurs, 63% ont rechuté la première année, 20% la seconde année et 17% la troisième année. A 12 mois, les chiffres du taux de rechute dans l'étude Bottlender (32) et dans la nôtre sont pratiquement similaires.

Cependant, toutes les études sont difficilement comparables à la nôtre. En effet, la méthodologie n'est pas la même, la définition de la rechute et de l'abstinence est différente et dès qu'un verre d'alcool était consommé par le patient, il était considéré rechuteur. Dans notre étude, nous avons défini la notion de consommateur non rechuteur (consommateur contrôlé, consommateur occasionnel et consommateur faux pas), permettant d'être en adéquation avec les nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

Une étude détaillait 2 types de rechutes : il s'agit de l'étude Bottlender (32) parue il y a 10 ans. Un premier taux considérait tout patient ayant reconsommé de l'alcool comme rechuteur (57%) et un deuxième taux ne prenait pas en compte les patients ayant eu plus de 3 épisodes de reconsommation (la période ne dépassant pas 1 semaine) et ceux qui consommaient moins de 30 grammes d'alcool pur par

jour pour la femme et moins de 60 grammes pour les hommes. Ces patients étaient considérés «en amélioration».

Une enquête dans la littérature comparait le taux de rechute entre HC et HDJ. Il s'agit de l'étude Witbrodt (42). La même conclusion que la nôtre est tirée : il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes.

5.2 Le taux d'abstinence :

Notre étude retrouve un taux cumulé d'abstinence à 1 an dans le groupe HC de 12,8%.

Dans l'étude Gelsi (40), le taux d'abstinence à 6 mois était de 54,8%. A 6 mois, dans notre étude, le taux d'abstinence cumulé était de 25,5% (31) et était plus bas que dans l'étude Gelsi (40). Ceci s'explique probablement parce que, dans cette dernière, les patients perdus de vue étaient exclus des analyses. A 6 mois, le taux d'abstinence dans l'étude Nalpas (34) était retrouvé à 31%.

Dans l'étude Weithmann (43), qui est un essai clinique randomisé comparant les patients hospitalisés avec les patients en hôpital de jour dans le traitement de l'alcoolisme, le taux d'abstinence à 1 an était de 18,5% pour les patients hospitalisés, ce qui se rapproche de nos résultats.

A 1 an, le taux cumulé d'abstinence dans le groupe HDJ était de 23,4% et était supérieur à celui de l'HC. Ce taux se situe dans la même proportion que l'étude Weithmann (43), parue en 2004. En effet, le taux d'abstinence à 1 an était de 21,8% pour les patients en hôpital de jour. Onze ans après cette enquête, nos résultats sont en adéquation. Dans l'étude Witbrodt (42), le taux d'abstinence à 30 jours était de 53,9% dans le groupe HDJ randomisé et 51,4% dans le groupe HDJ non randomisé.

Rappelons que dans notre étude, le taux cumulé d'abstinence à 6 mois dans le groupe HDJ était de 29,9%. Ce résultat n'est pas comparable à l'étude Witbrodt (42) car elle étudie le taux d'abstinence à 30 jours. De plus, des patients dépendants à d'autres drogues étaient inclus dans cette étude.

Les deux études Witbrodt (42) et Weithmann (43) ont conclu toutes les deux qu'il n'y avait pas de différence significative concernant l'abstinence entre l'HC et l'HDJ à 6 et 1 an respectivement. Quelques années plus tard, notre étude tire la même conclusion à 1 an.

Le taux cumulé d'abstinence à 1 an dans le groupe ambulatoire était de 30,2% et était le plus élevé de nos 3 groupes. Rappelons toutefois, que le groupe ambulatoire n'était pas comparable aux groupes HC et HDJ. Peu d'études ont été publiées sur l'abstinence après traitement ambulatoire dans l'alcoolodépendance. L'étude Bottlender (32) retrouvait un taux d'abstinence à 3 ans de 43%. Il est indiqué que les patients abstinents l'avaient été durant toute la durée de l'étude.

5.3 Le taux de suivi :

La comparaison avec la littérature est difficile en terme de suivi. Une différence avec les autres études est la signification du mot «suivi». En effet, dans notre enquête, les patients «suivis» étaient les patients, encore dans le système de soins à 1 an. Nous entendons par «êtes-vous toujours suivis ?» le fait d'être suivi à 1 an par l'hôpital, un CSAPA, l'HDJ, le médecin traitant, un psychiatre etc...Pour certaines études, le taux de suivi correspond au nombre de patients encore présents dans l'étude. Ainsi, par exemple, un patient toujours présent dans l'étude mais n'ayant plus de contact avec le système de soins pour traiter son problème d'alcoolodépendance

pouvait être encore considéré comme «suivi» dans certaines études. La comparaison avec notre étude est donc difficile concernant le suivi.

Rappelons, de plus, que tous nos patients perdus de vue étaient considérés comme rechuteurs et n'ayant plus de suivi.

Le taux de suivi dans le groupe HC était de 45,1% à 1 an. Dans la littérature, nous trouvons majoritairement des études avec des suivis à 6 mois. En effet, le taux de suivi à 6 mois dans l'étude Gelsi (40) était de 63,5% et de 77% dans l'étude Witbrodt (42). A 6 mois, dans notre étude, le taux de suivi du groupe HC était de 63,7%.

Dans le groupe HDJ, le taux de suivi à 1 an était de 55,8% et était plus important que dans le groupe HC mais de façon non significative. Dans l'étude Witbrodt (42), le taux de suivi à 6 mois était de 83% et 80% pour les groupes HDJ randomisés et non randomisés respectivement. Ceci est en accord avec notre étude mais à 6 mois uniquement (81,8%) (31). Dans cette même étude, il n'y avait pas de différence significative sur le suivi entre les groupes HC et HDJ (31). Nous trouvons la même conclusion à 1 an dans notre étude contrairement à ce qui avait été annoncé à 6 mois. L'étude Pallincourt (41), quant à elle, avait un taux de suivi de 80% à 2 ans mais ce résultat semble difficilement exploitable étant donné le faible nombre de patients.

5.4 Pour conclure :

La comparaison de notre étude avec celles parues dans la littérature n'est pas facile. Peu d'études ont étudié la comparaison de l'HC avec l'HDJ après sevrage

éthylrique. La méthodologie de chaque étude publiée est différente. Nous n'avons trouvé que quelques études sur le sujet.

Ainsi, l'étude Weithmann (43) se rapproche le plus de notre étude car il s'agit d'une population européenne et la méthodologie se rapproche de la nôtre. Cependant, les critères de jugement principaux étaient le pourcentage de jours d'abstinence après prise en charge et la quantité d'alcool consommée. Dans notre étude, nous étudions le taux de rechute, d'abstinence et de suivi 1 an après un sevrage éthylrique. La même conclusion était trouvée : il n'y a pas de différence significative entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle sauf que nous, nous concluons à une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ à 1 an d'un sevrage éthylrique.

L'étude Weisner (44) compare l'hôpital de jour avec les traitements traditionnels ambulatoires dans les traitements contre l'alcool et les drogues. Il n'est pas retrouvé de différences globales dans les résultats entre l'hôpital de jour et les traitements ambulatoires sauf pour les patients ayant un problème psychiatrique d'importance moyenne. En effet, pour ces derniers, l'hôpital de jour permet d'obtenir un meilleur taux d'abstinence et coûte moins cher. Cependant, il s'agit d'une étude californienne où les patients ne sont, sans doute, pas comparables à notre population. Il en est de même pour l'étude de Witbrodt (42).

Notre étude enrichit le domaine de la recherche dans le traitement et le suivi des patients alcoolodépendants. Elle est récente et permet de mettre à jour les nouvelles connaissances sur le sujet. Malheureusement, la supériorité de l'HDJ n'a pas pu être démontrée par rapport à l'HC.

6. Comparaison à la littérature de nos critères de jugement secondaires :

A partir des données de l'inclusion de nos 242 patients, nous avons pu identifier des facteurs de risque de rechute et d'abstinence à 1 an du sevrage dans le groupe HC et HDJ.

Premièrement, nous avons réalisé une analyse univariée. Deuxièmement, à partir des facteurs significatifs de cette analyse, une analyse multivariée a été effectuée. Il s'agit d'une analyse qui permet de démontrer si un facteur est lié à la rechute ou à l'abstinence indépendamment des autres facteurs.

Nous ne considérons donc que les facteurs retrouvés en analyse multivariée.

Au total, 11 facteurs potentiels pouvant influencer sur la rechute ou l'abstinence ont été étudiés. Il s'agit du genre, de l'âge du patient lors de l'inclusion, du statut matrimonial, de l'activité professionnelle, du nombre de sevrages antérieurs, des complications liées à la consommation d'alcool, des antécédents de dépression, de l'arrêt précoce du suivi, de l'âge de la première consommation d'alcool, de l'âge des consommations à problèmes et du soutien de l'entourage.

6.1 Les facteurs de risque de rechute :

A 1 an, les facteurs de risque de rechute sont avoir un nombre de sevrages antérieurs égal à 2 et un nombre de sevrages antérieurs supérieur à 5. Lorsqu'un patient a 2 antécédents de sevrage ou plus de 5, il a 5 fois plus de risque de rechuter à 1 an que celui qui n'a pas d'antécédent ou entre 3 et 5 antécédents de sevrages.

Le nombre de sevrages antérieurs supérieur à 5 est également retrouvé dans les travaux précédents (30) (31).

Il s'agit de facteurs de risque significatifs de rechute.

Lorsque nous comparons à la littérature, notre étude retrouve ce fait. En effet, l'étude suisse Degrate (45) parue en 2008, étudiait les trajectoires de soins des patients adultes hospitalisés dans un hôpital de psychiatrie générale présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool. Il été conclu, notamment, qu'une précédente hospitalisation était associée à un risque majeur de réhospitalisation et par conséquent de rechute.

De plus, l'étude italienne Picci (46) publiée en 2014, qui a suivi 199 patients pendant 1 an après une hospitalisation conventionnelle, a permis de prouver qu'au plus le nombre de sevrages était élevé au plus le risque de rechute était important.

Dans notre enquête, les patients ayant plusieurs antécédents de sevrages sont donc à repérer car ils sont à risque de rechute.

Un facteur important n'a pas été étudié dans notre étude : les antécédents familiaux d'alcoolisme. En effet, dans l'étude Mennecier (35), les patients ayant des antécédents familiaux d'alcoolisme ont 3,47 fois plus de risque de rechute que ceux qui n'en ont pas en analyse multivariée ($p=0,05$; $OR=3,47$). Il en est de même dans l'étude Ruutel (39), menée dans 11 pays différents sur la consommation d'alcool des jeunes, où il est démontré que la consommation d'alcool dans la famille et la structure familiale a une influence sur la consommation des jeunes. Ceci confirme que le fait d'avoir des antécédents familiaux d'alcoolisme augmente le risque de consommation d'alcool et donc de rechute par la suite.

6.2 Les facteurs d'abstinence :

Nous rappelons qu'à 6 mois, il n'avait pas été trouvé de facteurs d'abstinence significatifs mais 2 facteurs qui auraient une tendance à l'abstinence. Il s'agissait du statut matrimonial et le fait d'être toujours suivi au premier mois du sevrage.

A 1 an, 2 facteurs d'abstinence significatifs ont été trouvés : être en couple (statut matrimonial) et avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool.

Ainsi, être en couple est associé à 3,2 fois plus de chance d'être abstinent à 1 an. De même, avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool est associé à 3,5 fois plus de chance d'être abstinent à 1 an.

Peu d'études dans la littérature ont recherché des facteurs d'abstinence. Ce sont souvent des facteurs de risque de rechute qui sont recherchés. La grande majorité des études considère que si un facteur est protecteur face à la rechute alors c'est un facteur d'abstinence et si un facteur est protecteur de l'abstinence alors c'est un facteur de rechute.

Dans l'étude Bottlender (32), les auteurs ont démontré qu'avoir des événements de vie positifs étaient facteurs protecteurs de la rechute et donc facteurs d'abstinence.

L'étude Mowbray (36) a montré que les patients ayant pour but l'abstinence à l'entrée en hospitalisation ont plus de pourcentage de jours d'abstinence comparés aux participants qui n'ont pas pour but l'abstinence à l'entrée après 2,5 ans de suivi.

En 2012, l'étude Aguiar (47) a recherché les facteurs liés à l'abstinence sur les 6 mois de suivi. Avoir un niveau socio-économique bas était un facteur protecteur de l'abstinence et donc cela était interprété comme un facteur de rechute car c'est un

facteur de mauvais pronostic pour l'abstinence. Néanmoins, avoir été aux consultations de suivi était un facteur significatif de l'abstinence.

Dans l'étude de Rüütel (39), parue en 2014, il est démontré que vivre dans une famille à l'adolescence avec ses deux parents est un facteur protecteur contre la consommation d'alcool. Les adolescents dans une famille monoparentale ou recomposée ont tendance à boire plus.

Aucune étude n'a trouvé les mêmes facteurs d'abstinence que les nôtres. De plus, notre définition de la rechute n'est pas la même que celle des autres études. La rechute n'est pas le contraire de l'abstinence. Nous avons séparé notre population en 3 catégories : rechuteurs, abstinents et consommateurs non rechuteurs. Dans la littérature, les patients sont classés en abstinents ou non abstinents. Or, de nos jours, l'abstinence à tout prix n'est plus l'objectif principal. Certains patients arrivent à maintenir une consommation contrôlée d'alcool après un sevrage éthylique. Nous avons pu, ainsi, étudier les facteurs de risque de rechute et d'abstinence sur les patients vraiment rechuteurs, ce qui fait une force de notre étude. Les patients consommateurs occasionnels ou contrôlés ne peuvent pas être considérés comme rechuteurs. Nous rappelons qu'à 1 an, 14,9% des patients de l'étude étaient consommateurs non rechuteurs. Ce chiffre n'est pas négligeable. Il aurait été intéressant d'étudier de plus près cette population de consommateurs.

CONCLUSION

Notre enquête permet de clore une étude ayant fait l'objet 4 travaux précédents (28) (29) (30) (31).

La comparaison des patients ayant bénéficié d'une hospitalisation de jour après hospitalisation conventionnelle par rapport aux patients n'ayant bénéficié que d'une hospitalisation conventionnelle pour sevrage éthylique, n'a pas permis de conclure une supériorité en terme de taux de rechute et de suivi pour le groupe de patients en hôpital de jour. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes HC et HDJ. Néanmoins, une tendance à l'abstinence est présente dans le groupe HDJ à 1 an.

Notre hypothèse de départ concernant un taux de rechute à 12 mois pour le groupe HDJ, fixée à 40% au début de l'étude n'est pas atteinte. En effet, le taux de rechute dans le groupe HDJ à 1 an d'un sevrage éthylique est de 72,7%. De même, l'objectif du taux de rechute global fixé à 65% n'est pas non plus atteint. Ce dernier est de 71,9%. Néanmoins, l'objectif de 20% de perdus de vue est atteint. Nous sommes à 14,5% à 1 an.

Grâce à notre étude, nous avons pu mettre en avant un facteur de risque de rechute qui est significatif et indépendant des autres facteurs étudiés. Il s'agit du fait d'avoir 2 antécédents ou plus de 5 antécédents de sevrages antérieurs. Le fait d'avoir plus de 5 sevrages antérieurs est en accord avec la littérature.

De même, 2 facteurs d'abstinence ont pu être découverts grâce à notre étude : avoir moins de 15 ans lors du premier verre par rapport à la tranche d'âge 15-20 ans et vivre en couple.

Nous savons que nous ne pouvons comparer les patients du groupe ambulatoire avec ceux du groupe HC et HDJ car les populations ne sont pas comparables. En effet, les patients en hospitalisation, que ce soit en HDJ ou en HC sont plus fragiles et ont la plupart du temps de plus nombreux antécédents addictologiques. Parfois, ils ont même des co-addictions. Cependant, lorsque nous raisonnons en terme de chiffres, ce sont les patients du groupe ambulatoire qui obtiennent les meilleurs résultats. Ces résultats se rapprochent plus de ceux obtenus dans le groupe HDJ.

Lorsque nous comparons à la littérature, notre étude est la seule à analyser 3 types de prises en charge de l'alcoolodépendance en France : hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour et ambulatoire, ce qui en fait une force. Les études retrouvées datent d'une dizaine d'années et n'étudient que l'hospitalisation conventionnelle et l'hôpital de jour. Le suivi ambulatoire est étudié individuellement.

Dans notre enquête, 5 décès ont été recensés. Les raisons des décès sont inconnues. Il aurait été intéressant d'étudier les causes, notamment celles en rapport avec l'alcoolisme. De plus, les patients perdus de vue ont été considérés rechuteurs et sans suivi. Nos résultats auraient peut-être été meilleurs si ces patients avaient été retirés de l'analyse statistique et nous serions plus proches de la réalité et des études parues dans la littérature.

A partir des données recueillies sur nos 242 patients lors des rappels téléphoniques, d'autres travaux pourraient être envisageables. En effet, par exemple, nous n'avons pas pris en compte les antécédents familiaux d'alcoolisme. Il aurait été intéressant de connaître la relation entre antécédents familiaux d'alcoolisme et risque

de rechute. De plus, de nouveaux traitements sont apparus dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants. Nous ne les avons pas pris en compte lors de nos rappels. Là encore, un travail pourrait être réalisé sur l'influence de ces traitements dans l'abstinence par exemple.

Nous avons introduit la notion de consommateurs non rechuteurs. Nous n'avons pas étudié les caractéristiques de ces patients. Un travail de thèse pourrait être réalisé afin d'étudier spécifiquement cette catégorie de patients dans l'alcoolodépendance.

N'oublions pas que l'alcoolisme est une maladie chronique et sa prise en charge est complexe. Le parcours de soin du patient alcoolo-dépendant comprend une ou plusieurs rechutes la plupart du temps. Actuellement, en France, les patients entrent dans un réseau de soins où il leur est proposé, non plus une seule et unique prise en charge pour leur alcoolisme, mais de multiples offres de soins se proposent à eux, notamment l'hôpital de jour. Grâce aux recommandations de bonnes pratiques récemment parues, le patient est acteur de sa prise en charge. La prise en charge est décidée en fonction des souhaits du patient, ce qui devrait permettre de faire entrer dans notre système de soins en alcoolodépendance, des patients réfractaires à la prise en charge de peur de devoir avoir pour but l'abstinence totale et durable. Le médecin traitant a sa place dans le traitement de l'alcoolisme. C'est souvent le premier recours dans la prise en charge car il est fréquent qu'un patient ayant des problèmes d'addictions consulte son médecin généraliste en premier lieu.

L'hôpital de jour a sa place dans la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant. Il permet de consolider la prise en charge des patients et de préparer son retour dans la vie sociale, familiale et professionnelle en proposant des activités sur la gestion du craving et des propositions d'alcool.

DUBAR Justine

C'est le patient qui est l'acteur principal dans la prise en charge de son addiction. Un patient qui croit au succès induit le succès de sa prise en charge!

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Consommation d'alcool [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
2. Limosin F. Mésusages d'alcool: les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale*. 2014;40(2):129-35.
3. Organization WH. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. 2010
4. Alcohol Facts and Statistics | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. Disponible sur: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-facts-and-statistics>
5. *Impact of alcohol consumption on Asia - IAS [Internet]. Disponible sur: <http://www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/The-Globe/Issue-4-2001-amp-3-2001/Impact-of-alcohol-consumption-on-Asia.aspx>*
6. Alcohol consumption in the European Union - IAS [Internet]. Disponible sur: <http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Consumption/Factsheets/Alcohol-consumption-in-the-European-Union.aspx>
7. Guérin S., Laplanche A., Dunant A. ; Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *BEH*, 2013, n°16-17-18 : p. 163-168.
8. Organization WH. European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.
9. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Tovar M-L, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitations des données du Baromètre santé. *Tendances*. 2011 ; 76 (6).
10. Inpes - Alcool, tabac et drogues illicites : Géographie des pratiques addictives en France [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/13/cp131107-pratiques-addictives.asp>
11. atlas-addictions-bs2010-nord-pas-de-calais.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/pdf/atlas-addictions-bs2010-nord-pas-de-calais.pdf>
12. Legleye, Beck. Alcool: une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre santé 2005*. 2005.
13. *La consommation d'alcool en France en 2014 - Évolutions n°33 - Avril 2015 - 1632.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>*
14. *Atlas de la santé 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Atlas-de-la-sante-2015.180745.0.html>*
15. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) :5-84
16. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 - Les consommations [Internet]. Disponible sur:

<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/consommations-alcool-15-30-ans.asp>

17. Richard J-B, Beck F, Spilka S. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolution depuis 2005. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire, 2013, vol. 16-17-18 :p. 176-179.
18. Dano C, Le Geay F, Lacave-Oberti N, Fournis G. Conduites d'alcoolisation des femmes françaises et catégories socioprofessionnelles : caractéristiques et liens. La lettre du gynécologue. 2014 ; (388) :8-12
19. Stockwell T. Can severely dependent drinkers learn controlled drinking? Summering up the debate. Br J Addict 1988;83: 149-52
20. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick D; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. Alcohol Alcohol 2010;45:136-42
21. Australian Government. Department of Health and Ageing. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems 2009. Disponible en ligne: [http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/76AE6384CE9A3830CA2576BF003073F8/\\$File/DEZEM_Alcohol%Guide_FA.pdf](http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/76AE6384CE9A3830CA2576BF003073F8/$File/DEZEM_Alcohol%Guide_FA.pdf)
22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE clinical guideline 2011. Disponible en ligne: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13337/53191/53191.pdf>
23. The Harvard Medical School Family Health Guide. Alcohol abstinence vs. moderation 2009. Disponible en ligne: <http://www.nice.org.uk/CG115>
24. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Helping patients who drink too much: a clinician's guide. 2008. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/PrescribingMeds.pdf>
25. Alcoologie et Addictologie 2012; 34(2):151-164
26. Rolland B, Laprevote V, Geoffroy PA, Guardia D, Schwan R, Cottencin O. Abstinence dans l'alcoolodépendance: approche critique et actualisée des recommandations nationales de 2001. La Presse Médicale. 2013 ;42(1) :19-25
27. Rolland B, Bence C, Cottencin. L'abstinence? Oui...mais avec moderation! Quatre raisons pour de nouvelles recommandations nationales sur l'alcoolodépendance. Courr addict 2013 ; 15(3) : 8-10
28. Rousseau L-H. Evaluation des consommations d'alcool après un sevrage éthylique hospitalier ou ambulatoire : mise en place d'une étude observationnelle portant sur 195 patients, 1 mois, 3 mois, 6mois et 1 an après la fin du sevrage (Thèse d'exercice). (Lille, France) : Université du droit et de la santé ; 2013
29. 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

30. Decock Locquet C. Résultats intermédiaires à 3 mois pour l'étude intitulée : Devenir des patients après un sevrage 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
31. Meurant R. 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 d'exercice). (Lille, France) : Université du droit et de la santé ; 2015
32. Bottlender M, Soyka M. Outpatient alcoholism treatment : predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Oct 1;80(1):83-9
33. Flórez G, Saiz PA, García-Portilla P, De Cos FJ, Dapía S, Álvarez S, et al. Predictors of Posttreatment Drinking Outcomes in Patients with Alcohol Dependence. *European addiction research.* 2015;21(1):19 30.
34. Nalpas B, Pierre B, Ledent T, Gillet C, Martin S, Playoust D, et al. Devenir des patients après sevrage d'alcool: Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers. *Alcoologie et addictologie.* 2002;24(4):337 44.
35. Menecier D, Wilhelm A, Arvers P, Corberand D, Sinayoko L, Bonnefoy S, et al. P. 146 Quels sont les facteurs prédictifs de rechute et de perte de suivi chez des patients alcoolo-dépendants pris en charge dans un service d'hépatogastroentérologie? *Gastroentérologie Clinique et Biologique.* 2009;33(3):A91.
36. Mowbray O, Krentzman AR, Bradley JC, Cranford JA, Robinson EA, Grogan-Kaylor A. The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence.* 2013;132(1):182 8.
37. 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.
38. Abulseoud OA, Karpyak VM, Schneekloth T, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Geske JR, et al. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *The American Journal on Addictions.* 2013;22(5):437 42.
39. Rütel E, Sisask M, Värnik A, Värnik P, Carli V, Wasserman C, et al. Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: results from the SEYLE Project. *International journal of environmental research and public health.* 2014;11(12):12700 15.
40. Gelsi È, 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 clinique et biologique.* 2007;31(6):595 9.
41. Pallincourt R, Kempeneers P, Lex O, Parent M. Hôpital de jour: outil de substitution dans l'alcoolo-dépendance. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.* 2009;11:78 84.

42. 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(6):947.
43. Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *European addiction research*. 2004;11(4):197-203.
44. Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Hunkeler EM, Hu T-W, et al. The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens. *Health Services Research*. 2000;35(4):791.
45. Degrate A, Bettelini CM, Intraina D, Khan R. Trajectoires de soins de patients alcooldependants: une etude longitudinale en Suisse italophone. *Schweizer Archiv Fuer Neurologie Und Psychiatrie*. 2008;159(1):16.
46. 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? *Quality of Life Research*. 2014;23(10):2757-67.
47. 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.

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information et consentement éclairé

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 : Questionnaire de suivi des patients sevrés



Questionnaire de suivi des patients sevrés

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

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

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

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

Vérification de la population étudiée

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

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

- Oui Non

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

- Oui Non
 Ne sait pas

Connaissance de la population étudiée

Structure

- Lens Lille
 Roubaix

Date de début du sevrage

Type de prise en charge

- PASBA Hospitalisation Conventionnelle
 Hôpital de jour

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

Tranche d'âge

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

Sexe

- Masculin Féminin

Statut matrimonial

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

Age de la première consommation d'alcool

Age de la première ivresse

Intoxication tabagique

- Oui Non
 Ne sait pas

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

- <5 5-10
 10-20 >20

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

- Oui Non
 Ne sait pas

Si 'Oui', précisez l'âge:



Questionnaire de suivi des patients sevrés

Activité

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

Date du premier contact avec le service

Nombre de sevrage(s) antérieur(s)

Données descriptives du sevrage

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

Quantité d'alcool standard quotidien (en US)

Age de début des consommations à problème

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

Qui a été à l'initiative du sevrage ?

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

Si 'Autres', précisez :

Existe-t-il des contre indications au PASBA

- 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

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

Si 'Autres', précisez :

Annexe 3 : Questionnaire de rappel des patients à 1, 3, 6 et 12 mois

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DES PATIENTS SEVRES, 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 4 : Avis du CPP 2/11/2010

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 5 : Avis favorable du CCTIRS 20/10/2011



Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE POUR LA RECHERCHE
ET L'INNOVATION

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

Dossier n° 11.325bis

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

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

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

Dossier reçu le : 26.09.11

Dossier examiné le : 20 octobre 2011

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

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

Fait à Paris, le 27 octobre 2011

Le Président du Comité consultatif
Docteur Mahmoud ZUREIK

Annexe 6 : Avis favorable de la CNIL 20/08/2012



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
REPUBLIQUE 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'exécution de ses missions. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au service des plaintes de la CNIL.

Annexe 7 : Signification du codage du dossier EXCEL

Rechute : selon les critères de l'OMS, pour les hommes c'est la consommation de plus de 3 verres par jour et plus de 2 verres par jour pour les femmes.

Abstinent : aucun verre par jour.

Consommation contrôlée : consommation de moins de 3 verres par jour pour l'homme et moins de 2 verres par jour chez la femme. Il y a un jour dans la semaine où il n'y a aucune consommation d'alcool et pas plus de 4 verres lors des occasions.

Consommation occasionnelle : consommation inférieure aux critères de l'OMS pour les occasions.

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

Structure : 1=Roubaix 2=Lille

Type Sevrage : 1=Hospitalisation conventionnelle 2=Hôpital de jour 3=Ambulatoire

Age : (âge au moment du sevrage) en années

Sexe : 1=Masculin 2=Féminin

Statut matrimonial : 1=Célibataire 2=Divorcé 3=Marié/Pacsé 4=Veuf 5=Union Libre

Age1ereconso (Age de la première consommation d'alcool) : en années

Age1ereivresse (Age de la première ivresse) : en années

Tabac : 1=oui 2=non

Cigarette_jour (Nombre de cigarettes par jour, si oui à la question précédente) :

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

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

AgeViolence (Si oui à la question précédente) : en années

Activite (socioprofessionnelle) : 1=ouvrier/employé 2=cadre 3=cadre supérieur
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 par 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 ans

- IndicPatient (Si le patient a souhaité lui-même son sevrage) : 1=oui 2=non
- IndicFamille (Si le sevrage est demandé par la famille) : 1=oui 2=non
- IndicMedecin (Si le sevrage est demandé par le médecin traitant) : 1=oui 2=non
- IndicPsycho (Si le sevrage est demandé par un psychologue) : 1=oui 2=non
- IndicJustice (Si le sevrage est demandé par la justice) : 1=oui 2=non
- IndicTravail (Si le sevrage est demandé par l'employeur) : 1=oui 2=non
- Complications (Complications liées à la consommation d'alcool) : 1=oui 2=non
- Ulcere (Ulcère gastrique) : 1=oui 2=non
- HA (Hépatite Alcoolique) : 1=oui 2=non
- Depression (Dépression) : 1=oui 2=non
- APanique (Attaque de Panique): 1=oui 2=non
- Pancreatite (Pancréatite): 1=oui 2=non
- Steatose (Stéatose): 1=oui 2=non
- PMI (Polynévrite des Membres Inférieurs): 1=oui 2=non
- Cirrhose 1=oui 2=non
- CancerORL (Cancer de la sphere ORL): 1=oui 2=non
- Noptique (Neuropathie Optique): 1=oui 2=non
- PMS (Polynévrite des Membres Supérieurs): 1=oui 2=non
- Psy (Décompensation psychiatrique): 1=oui 2=non
- SuiviM1: 1=oui 2=non 3=perdu de vue 4=décès
- IDEvilleM1 (Suivi assuré par une infirmière en ville à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- HopitalConsultM1 (Suivi assuré par des consultations à l'hôpital à 1 mois du sevrage) : 1=oui
2=non
- HopitalHDJM1 (Suivi assuré par l'Hôpital De Jour à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- MedecinTM1 (Suivi assuré par le médecin traitant à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- CSAPAM1 (Suivi assuré par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- PsychiatreM1 (Suivi assuré par un psychiatre à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- PsychologueM1 (Suivi assuré par un psychologue à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non
- ComSuiviM1 (Commentaire du patient sur son suivi à 1 mois du sevrage) : 1=pas de
commentaire 2=commentaire positif 3=commentaire négatif

DUBAR Justine

USquotM1 (Quantité d'alcool consommé par jour à 1 mois du sevrage) : en unités standards

RechuteM1 : 1=oui 2=non

ConsoM1 (Consommation à 1 mois du sevrage) : 1=rechuteur 2=abstiné 3=consommation contrôlée 4=consommation occasionnelle 5=faux pas

ConsoM1bis (Consommation à 1 mois du sevrage en 3 groupes) : 1=abstiné 2=rechuteur 3=consommateur non rechuteur (incluant la consommation contrôlée, la consommation occasionnelle et le faux pas)

ReunionAbuveurM1 (Participation à des réunions d'anciens buveurs à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

BesoinSoinM1 (Besoin de Soins ressenti par le patient à 1 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

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

IDEvilleM3 (Suivi assuré par une infirmière en ville à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

HopitalConsultM3 (Suivi assuré par des consultations à l'hôpital à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

HopitalHDJM3 (Suivi assuré par l'Hôpital De Jour à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

MedecinTM3 (Suivi assuré par le médecin traitant à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

CSAPAM3 (Suivi assuré par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

PsychiatreM3 (Suivi assuré par un psychiatre à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

PsychologueM3 (Suivi assuré par un psychologue à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

ComSuiviM3 (Commentaire du patient sur son suivi à 3 mois du sevrage) : 1=pas de commentaire 2=commentaire positif 3=commentaire négatif

USquotM3 (Quantité d'alcool consommé par jour à 3 mois du sevrage) : en unités standards

RechuteM3 : 1=oui 2=non

ConsoM3 (Consommation à 3 mois du sevrage) : 1=rechuteur 2=abstiné 3=consommation contrôlée 4=consommation occasionnelle 5=faux pas

ConsoM3bis (Consommation à 3 mois du sevrage en 3 groupes) : 1=abstiné 2=rechuteur 3=consommateur non rechuteur (incluant la consommation contrôlée, la consommation occasionnelle et le faux pas)

ReunionAbuveurM3 (Participation à des réunions d'anciens buveurs à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

DUBAR Justine

BesoinSoinM3 (Besoin de Soins ressenti par le patient à 3 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

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

IDEvilleM6 (Suivi assuré par une infirmière en ville à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

HopitalConsultM6 (Suivi assuré par des consultations à l'hôpital à 6 mois du sevrage) : 1=oui
2=non

HopitalHDJM6 (Suivi assuré par l'Hôpital De Jour à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

MedecinTM6 (Suivi assuré par le médecin traitant à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

CSAPAM6 (Suivi assuré par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

PsychiatreM6 (Suivi assuré par un psychiatre à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

PsychologueM6 (Suivi assuré par un psychologue à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

ComSuiviM6 (Commentaire du patient sur son suivi à 6 mois du sevrage) : 1=pas de
commentaire 2=commentaire positif 3=commentaire négatif

USquotM6 (Quantité d'alcool consommé par jour à 6 mois du sevrage) : en unités standards

RechuteM6 : 1=oui 2=non

ConsoM6 (Consommation à 6 mois du sevrage) : 1=rechuteur 2=abstinent 3=consommation
contrôlée 4=consommation occasionnelle 5=faux pas

ConsoM6bis (Consommation à 6 mois du sevrage en 3 groupes) : 1=abstinent 2=rechuteur
3=consommateur non rechuteur (incluant la consommation contrôlée, la consommation occasionnelle
et le faux pas)

ReunionAbuveurM6 (Participation à des réunions d'anciens buveurs à 6 mois du sevrage) :
1=oui 2=non

BesoinSoinM6 (Besoin de Soins ressenti par le patient à 6 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

SuiviM12 : 1=oui 2=non 3=perdu de vue 4=décès

IDEvilleM12 (Suivi assuré par une infirmière en ville à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

HopitalConsultM12 (Suivi assuré par des consultations à l'hôpital à 12 mois du sevrage) :
1=oui 2=non

HopitalHDJM12 (Suivi assuré par l'Hôpital de Jour à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

MedecinTM12 (Suivi assuré par le médecin traitant à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

CSAPAM12 (Suivi assuré par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

DUBAR Justine

PsychiatreM12 (Suivi assuré par un psychiatre à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

PsychologueM12 (Suivi assuré par un psychologue à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

ComSuiviM12 (Commentaire du patient sur son suivi à 12 mois du sevrage) : 1=pas de commentaire 2=commentaire positif 3=commentaire négatif

USquotM12 (Quantité d'alcool consommé par jour à 12 mois du sevrage) : en unités standards

RechuteM12 : 1=oui 2=non

ConsoM12 (Consommation à 12 mois du sevrage) : 1=rechuteur 2=abstinent
3=consommation contrôlée 4=consommation occasionnelle 5=faux pas

ConsoM12bis (Consommation à 12 mois du sevrage en 3 groupes) : 1=abstinent 2=rechuteur
3=consommateur non rechuteur (incluant la consommation contrôlée, la consommation occasionnelle et le faux pas).

ReunionAbuveursM12 (Participation à des réunions d'anciens buveurs) : 1=oui 2=non

BesoinSoinM12 (Besoin de Soins ressenti par le patient à 12 mois du sevrage) : 1=oui 2=non

*

Annexe 8 : Critères CIM 10 et DSM-IV de l'alcoolodépendance

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

Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- 1- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- 2- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- 3- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- 4- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante pour obtenir l'effet désiré ;
- 5- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- 6- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

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

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

- 1- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notamment plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- 2- Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractéristique,
 - La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- 3- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- 4- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- 5- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets ;
- 6- Les activités sociales, professionnelles ou 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.

NOM : DUBAR

Prénom : Justine

Date de Soutenance : Jeudi 25 Juin 2015

Titre de la Thèse : Résultats finaux à 1 an 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 1 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, sevrage alcool, hôpital de jour, hospitalisation conventionnelle, ambulatoire, facteurs de rechute, facteurs abstinence

Résumé.

Contexte : L'alcoolodépendance est un problème de santé publique et est responsable de nombreux décès notamment en France. Après un sevrage institutionnel ou en ambulatoire, le patient peut poursuivre le suivi en hôpital de jour. Peu d'études ont comparé l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

Méthode : L'étude est prospective, observationnelle, comparative, multicentrique portant sur 242 patients alcoolodépendants du Nord de la France. Trois groupes ont été étudiés : groupe ambulatoire, hôpital de jour (HDJ) et hospitalisation conventionnelle (HC). Seuls les groupes HC et HDJ ont été comparés entre eux car la population ambulatoire n'est pas la même à l'inclusion. L'objectif principal de l'étude est de connaître le taux de suivi, de rechute et d'abstinence à 1, 3 et 6 mois et 12 mois et de comparer ces résultats entre les groupes HC et HDJ. Les objectifs secondaires sont la recherche de facteurs de risque de rechute et d'abstinence.

Résultats : Le taux de rechute cumulé global à 1 an est de 71,9%. La consommation moyenne d'alcool chez les rechuteurs est de 26,4 US/j. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes HC et HDJ à 1 an pour le taux de suivi (45,1% Vs 55,8% $p^*=0,1665$) et de rechute (75,5% Vs 72,5% $p^*=0,6987$). Il existe une tendance à l'abstinence dans le groupe HDJ (12,8% Vs 23,4% $p^*=0,0627$). Dans le groupe ambulatoire, le taux de suivi est de 63,5%, de rechute est de 65,1% et d'abstinence de 30,2%. Deux facteurs de risque de rechute ont été mis en évidence à 1an en analyse multivariée : avoir 2 antécédents de sevrage (OR=5,1 IC95% [1,486-17,604] $p^*=0,0096$) et plus de 5 sevrages antérieurs (OR=5,039 IC95% [1,267-20,036] $p^*=0,0217$). Deux facteurs d'abstinence ont été identifiés : vivre en couple (OR=3,2 IC95% [1,346-7,639] $p^*=0,0085$) et avoir moins de 15 ans lors de la première consommation d'alcool (OR=3,5 IC95% [1,313-9,547] $p^*=0,0125$).

Conclusion : A 1 an d'un sevrage éthylique, l'hôpital de jour n'a pas démontré sa supériorité par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Avoir 2 ou plus de 5 sevrages antérieurs est un facteur de risque de rechute significatif. Avoir moins de 15 ans lors du premier verre et vivre en couple sont des facteurs d'abstinence.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Madame le Docteur Laure-Hélène ROUSSEAU

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Laurent URSO BAIARDO