



HAL
open science

Analyses des facteurs prédisposant à une rechute après un sevrage alcool en institution, et leur influence sur le suivi à 6 mois, chez des patients issus de CSAPA

Gwladys Petit

► **To cite this version:**

Gwladys Petit. Analyses des facteurs prédisposant à une rechute après un sevrage alcool en institution, et leur influence sur le suivi à 6 mois, chez des patients issus de CSAPA. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01844826

HAL Id: dumas-01844826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844826>

Submitted on 19 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS FACULTE DE
MEDECINE DE NICE**

Année 2018

THÈSE

Pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

PETIT Gwladys
Née le 7 Mars 1989 à La Rochelle

Présentée et soutenue publiquement le 6 Avril 2018 à Nice (06)

**Analyses des facteurs prédisposant à une rechute après un sevrage
alcool en institution, et leur influence sur le suivi à 6 mois, chez des
patients issus de CSAPA**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Membres : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER
Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Directeur : Monsieur le Docteur Jean NOUCHI

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie-médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention 46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER G. Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS F. Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI L. Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE S. Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Endocrinologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxillo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Merci à mon directeur de thèse, le Dr Nouchi qui m'a aidé durant la réalisation de ce travail.
Merci pour nos nombreuses discussions qui m'ont permis de progresser dans le milieu de l'addictologie.

Aux membres du jury.

Au Professeur Benoît, pour avoir accepté de présider ce jury.

Au Professeur Staccini, pour sa patience durant nos entretiens et son aide inestimable dans la réalisation des statistiques.

Au professeur Hoffliger, pour avoir pu trouver le temps d'être présent ce soir.

REMERCIEMENTS

A mon père, Je ne sais pas par où commencer pour te remercier. Il n'y a pas de mots pour décrire ce que tu m'as apporté. Je te dois mes sourires, mon optimisme, ma passion des voyages et surtout ma place aujourd'hui. Sache que je continuerai toujours à chercher les arcs en ciel. Je t'aime.

A ma mère, merci de toujours m'apporter ce qui me manque. Merci d'être là tous les jours pour me faire rire, me soutenir, me secouer et surtout me supporter ! On arrive au bout, maintenant on va se détendre avec un petit cocktail au bord de la piscine à Santorin.

A Kinou, pour être depuis toujours la personne sur qui je peux compter en toutes circonstances, je ne sais pas ce que j'aurais fait sans toi.

A Mamie, Doudou, Catherine, Bijou, Domi, Suzie, Raphael et Betty pour votre présence sans faille et cette force que m'a donné notre famille unie.

A Nicolas, pour ton amour. J'ai hâte de découvrir l'avenir avec toi.

A Charlotte, merci pour nos voyages et ces incroyables années de collocation qui m'ont permis de garder un esprit positif en toute circonstance. Pour ton soutien et ta façon très personnelle de me remettre direct d'aplomb même dans les pires situations. Pour nos fous rires, les potins, tes avis infectios... Enfin merci d'être là ;)

A Pauline, merci d'avoir été un pilier durant tout mon internat et toujours aujourd'hui.

A Franciiisss, dire qu'on a failli ne jamais se parler. Quelle perte ça aurait été ! Merci d'être passé au-dessus de « ta première impression » ce qui nous a permis de vivre tant de chose ensemble !!! Et merci pour les conseils statistiques de dernière minute ☺.

A Melissa, Coralie et Camille, merci pour les supers moments passés ensemble. Vivement le retour de Calviiiiii !!!!!

A Faustine, pour avoir été la meilleure des co-internes. Mon internat n'aurait pas été le même sans toi.

A Solène et Erwan, merci pour votre soutien INCONDITIONNEL durant toutes mes études de médecine. Merci pour votre patience et les nombreuses pauses « café minute ».

A Remi, Loraine, Jérôme, Maxime et Julien, Merci pour votre présence qui rend la vie formidable.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

ABREVIATIONS

CMP : Centres Médico-Psychologique

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

CSP : Catégories socio-professionnelles

ET : Ecart type

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UA : Unité Alcool

VHC : Virus de l'Hépatite C

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	14
2. MATERIELS ET METHODES.....	15
2.1. Type d'étude.....	15
2.2. Population étudiée.....	15
2.3. Recueil des données.....	15
2.4. Analyse statistique.....	16
3. RESULTATS.....	17
3.1.Caractéristiques de la population.....	17
a. Caractéristiques générales de la population étudiée.....	18
b. Facteurs socio-économiques.....	18
c. Facteurs psychopathologiques.....	19
d. Facteurs de gravité de l'alcoolisme.....	19
e. Facteurs médicaux associés.....	19
3.2. Les facteurs influençant le suivi à 6 mois.....	21
3.3. Les facteurs influençant la rechute à 6 mois.....	23
4. DISCUSSION.....	26
4.1. Les facteurs étudiés.....	26
4.2. Choix d'une définition de la rechute.....	26
4.3. Les limites de notre étude.....	27
4.4. Les constats.....	28
4.5. Perspectives et actions.....	29
5. CONCLUSION.....	31
6. BIBLIOGRAPHIE.....	32

1. INTRODUCTION

La consommation d'alcool est un véritable problème de santé publique (1).

Selon l'OMS, l'alcool est le troisième facteur de risque d'incapacité, responsable de 4,5 % de la charge de morbidité mondiale, et de décès prématuré (environ 2,25 millions en 2004) (23).

De plus, il représente un coût économique et social élevé (56) de par les problèmes sanitaires, sociaux et juridiques imputables à sa consommation.

Comme la plupart des substances psychoactives, l'alcool peut engendrer un syndrome de dépendance rendant difficile la prise en charge. Les reprises de consommation chez les patients alcool dépendants ayant réalisé un sevrage en institution sont très fréquentes et surviennent dans un délai relativement court (2).

De multiples articles montrent des taux de rechutes d'environ 50% dans les six premiers mois suivant la cure (3),(4),(5).

Ce fort taux d'échec, sachant l'impact économique que représente l'alcool dans la population (6), explique pourquoi de nombreuses études se sont penchées sur les indicateurs prédictifs du risque de rechute.

Nous retrouvons dans la littérature, l'influence de facteurs liés tant à l'individu qu'à ses conditions de vie, ses consommations et aux caractéristiques du sevrage.

Les conclusions entre les différentes études sont cependant discordantes et aucune ne porte sur les patients issus de CSAPA.

L'identification des caractéristiques des patients qui se réalcoolisent après un sevrage permettrait de favoriser le maintien de l'abstinence et d'optimiser le suivi.

Dans ce contexte, nous nous sommes fixés comme objectif principal de ce travail de mettre en évidence les facteurs associés à la rechute et leur influence sur le suivi à six mois au sein de patients issus de deux CSAPA à Nice ayant réalisé un sevrage en institution.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique au sein de deux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : le CSAPA Emergence (groupe PSA) et le CSAPA Odyssée (ANPAA) tous les deux à Nice, entre le premier janvier 2015 et 31 mai 2017.

2.2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient : les patients suivis dans un des deux centres, ayant réalisés un sevrage alcool en institution durant la période de l'étude.

Le critère d'exclusion était : le sevrage contraint en institution lors d'une hospitalisation pour une pathologie organique ou psychiatrique.

Nous entendons par institution toutes les structures, services hospitaliers ou non, accueillant les personnes pour réaliser un sevrage alcool.

2.3. Recueil des données

Au CSAPA Emergence, nous avons édité à partir du logiciel Progedis une liste des patients dont les motifs de consultations étaient : alcool, suivi sevrage, Archet (service d'hépatogastroentérologie), D1 (Service d'Addictologie) et Saint-Christophe (service d'Alcoologie de l'hôpital Sainte-Marie). Nous avons ainsi obtenu une liste exhaustive des patients suivis pour une dépendance à l'alcool durant la période de notre étude, les fonctions du logiciel ne nous ayant pas donné la possibilité de ne sélectionner que les sevrages en institution. L'étude de chacun des dossiers médicaux a ensuite permis de ne retenir que les patients ayant effectué un sevrage en institution.

Au CSAPA Odyssée (ANPAA), nous avons répertorié les patients à l'aide du logiciel GI2A.

Les données concernant les patients ont aussi été collectées dans les dossiers médicaux. Nous avons pu retrouver dans les comptes rendus d'hospitalisation les informations relatives au sevrage : en particulier la consommation en g/ 24 heures avant le début de l'hospitalisation et le nombre de jour en institution.

Pour évaluer le suivi, nous avons recherché à l'aide des logiciels informatiques l'existence d'une consultation honorée six mois après la date de sortie de cure. Parmi les patients revus à 6 mois, nous avons étudié la survenue ou non d'une rechute dans les dossiers médicaux.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de définition consensuelle validée de la rechute (7). Ainsi avons-nous décidé de la définir comme une prise de 2 verres d'alcool par jour pour la femme et 3 pour l'homme au moins 5 jours par semaine.

Cette définition, s'appuyant sur les recommandations de l'OMS, nous semblant cliniquement pertinente.

2.4. Analyse statistique

Les données ont été analysées avec le logiciel Minitab 17.3.1.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une description de la population suivie en CSAPA.

Dans un second temps, nous avons recherché quels étaient les facteurs associés à la rechute et au suivi à six mois à l'aide d'analyses univariées.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test du Chi², et les quantitatives à l'aide du test non paramétrique de Kruskal Wallis.

Enfin une analyse par régression logistique a été effectuée. Le seuil de la signification statistique a été fixé à 5%.

3. RESULTATS

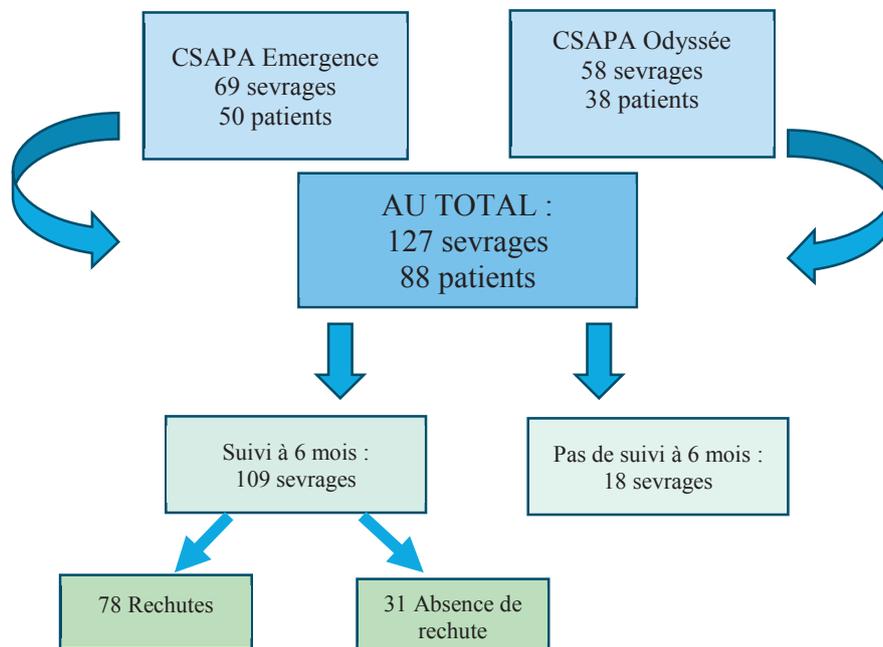
3.1. Caractéristiques de la population

Notre étude a répertorié 127 sevrages en institution réalisés par 88 patients entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mai 2017. A noter que 21 patients ont effectué plusieurs sevrages durant cette période. Pour 109 sevrages, nous avons pu enregistrer une consultation de suivi à six mois à compter de la date de sortie de cure.

L'étude des 209 dossiers médicaux du CSAPA Emergence a permis de faire ressortir 69 sevrages institutionnels effectués par 50 patients.

Au CSAPA Odyssée (ANPAA), nous avons répertorié 58 sevrages en institution réalisés par 38 patients.

Figure 1



a. Caractéristiques générales de la population étudiée :

Sur l'ensemble des 88 patients de notre étude, nous avons retrouvé un sex ratio de 2,5 correspondants aux données du rapport de l'OMS de 2008.

L'âge moyen était de 47 ans +/-10 ans.

b. Facteurs socio-économiques

Domicile :

La plupart des patients de l'étude avaient un domicile stable (78,2%, n=68), bien que nous ayons noté un taux non négligeable de patients sans domicile (12,8%, n=12).

Profession :

Les catégories socio-professionnelles (CSP) de niveau 1, cadres, chefs d'entreprise, professions libérales, représentaient 6,8% des patients (n= 6). Les CSP de niveau 2, employés, ouvriers, agent de maîtrise, représentaient 25% (n= 22) et les CSP de niveau 3, chômeurs et personnes sans activité, 68,2% (n=60).

Niveau d'études :

Un grand nombre de patients (68,24%, n=58) avaient arrêté leurs études avant le lycée (Niveau 1), 12,94% (n=11) avaient un niveau baccalauréat (Niveau 2) et 18,82% avaient réalisé des études supérieures (n=16). Pour trois patients les données sur le niveau d'étude étaient manquantes.

Enfants et enfants à charges :

Dans la population de l'étude, 63,6% des patients étaient parents (n=56) et 18,4% des patients avaient un enfant à charge (n=16).

Statut marital :

Une majorité de patients étaient célibataires au sein de la population des CSAPA (54,6%, n=48).

c. Facteurs psychopathologiques

Parmi les 88 patients de l'étude, 71,6% souffraient de comorbidités psychiatriques (n = 63) et 38,6% d'isolement social (n=34).

Chez 39% des patients (n= 23), nous avons retrouvé des antécédents de parents au premier degré alcooliques alors que 61% des patients (n=36) n'avaient pas de proches souffrant d'alcoolisme. Cette information n'a pas pu être récoltée pour 29 patients.

d. Facteurs de gravité de l'alcoolisme

L'âge moyen de début de l'addiction était de 24 ans (ET 10 ans). La consommation moyenne était de 188 g/24 heures, soit près de 19 UA/j (rappel : 1UA= 10g), avec la consommation la plus basse estimée à 40 g/24 heures et la plus haute à 600 g/24 heures.

La majorité des patients (80,7%, n=71) avait déjà effectué au moins un sevrage en institution avant notre étude.

e. Facteurs médicaux associés

Co-addictions :

Sur les 88 patients de notre étude, 86,4% (n=76) présentaient une co-addiction associée au tabac, 36,4% (n=32) à une drogue et 42% (n=37) à un médicament psychotrope.

Infection par le VHC :

Une infection par le virus de l'hépatite C était présente chez 16% des patients. Elle était souvent prise en charge avec 12 % des patients du CSAPA en cours de traitement pour le VHC.

Tableau 1 : Tableau descriptif de la population

Caractéristiques générales	
	n (%)
Age (années)	47 +/-10
Sex ratio (H/F)	2,5
Facteurs socioéconomiques	
Domicile au moment du sevrage	
Stable	68 (78,2%)
Provisoire	7 (8,1%)
Sans domicile	12 (13,8%)
Profession	
N1	6 (6,8%)
N2	22 (25%)
N3	60 (68,2%)
Niveau d'études	
N1	58 (68,2%)
N2	11 (12,9%)
N3	16 (18,8%)
Statut marital	
Célibataire	48 (54,6%)
Conjoint(e)	7 (8%)
Divorcé(e)	20 (22,8%)
Marié(e)	13 (14,8%)
Enfants ou enfants à charge	
Enfants	56 (63,6%)
Enfants à charge	16 (18,4%)
Facteurs psychopathologiques	
Comorbidités psychiatriques	63 (71,6%)
Atcd au premier degré de parents alcooliques	23 (39%)
Isolement social	34 (38,6%)
Facteurs de gravité de l'alcoolisme	
Age de début de l'addiction	24 +/-10
Consommation en g/24h	188
Atcd de sevrage en institution	71 (80,7%)
Facteurs médicaux associés	
Présence VHC connue au moment du sevrage	14 (16%)
Présence VHC en traitement au moment du sevrage	11 (12%)
Addiction tabac	76 (86,4%)
Addiction drogues au moment du sevrage	32 (36,4%)
Addiction psychotropes	37 (42%)
Durée du séjour (jours)	
	25 +/- 26

3.2. Les facteurs influençant le suivi à 6 mois

Sur les 127 sevrages, 109 (83%) ont été suivis d'une consultation au CSAPA 6 mois après la date de sortie d'institution. Ce taux d'adhésion à la prise en charge post sevrage est élevé comparativement à d'autres études (5).

Les patients ayant reconsulté étaient comparés en analyse univariée aux patients n'ayant pas réalisé de suivi (Tableau 2).

Nous avons constaté une plus faible participation au suivi à six mois chez les patients isolés socialement ($p=0,048$).

Tableau 2 : Facteurs associés au suivi. Analyse univariée.

	Suivi à 6 mois	Pas de suivi à 6 mois	
	n(%) ou m (ET)	n(%) ou m (ET)	p
Caractéristiques générales			
Age (années)	47+/-10	48+/-9	0,756
Sex ratio (H/F)	2	2	0,929
Facteurs socioéconomiques			
Domicile au moment du sevrage			
Stable	86 (80,4%)	13 (68,4%)	0,179
Provisoire	5 (4,7%)	3 (15,8%)	
Sans domicile	16 (15%)	3 (15,8%)	
Profession			
N1	6 (5,6%)	1 (5,3%)	0,372
N2	27 (25%)	2 (10,5%)	
N3	75 (69,4%)	16 (84,2%)	
Niveau d'études			
N1	76 (71%)	13 (81,3%)	0,216
N2	17 (15,9%)	0 (0%)	
N3	14 (13,1%)	3 (18,8%)	
Statut marital			
Célibataire	63 (58,3%)	12 (63,2%)	0,762
Conjoint(e)	8 (7,4%)	1 (5,3%)	
Divorcé(e)	23 (21,3%)	5 (26,3%)	
Marié(e)	14 (13%)	1 (5,3%)	
Enfants ou enfants à charge			
Enfants	60 (55,6%)	14 (73,7%)	0,139
Enfants à charge	21 (19,6%)	2 (10,5%)	0,344
Facteurs psychopathologiques			
Comorbidités psychiatriques	79 (73,2%)	12 (63,2%)	0,373
Atcd au premier degré de parents alcooliques	26 (33,8%)	4 (30,8%)	0,832
Isolement social	42 (38,9%)	12 (63,2%)	0,048
Facteurs de gravité de l'alcoolisme			
Age de début de l'addiction	24+/-9	30+/-13	0,162
Consommation en g/24h	196+/-116	217+/-159	0,962
Atcd de sevrage en institution	90 (83,3%)	16 (84,2%)	0,924
Facteurs médicaux associés			
Présence VHC connue au moment du sevrage	18 (16,7%)	3 (15,8%)	0,924
Présence VHC en traitement au moment du sevrage	16 (14,8%)	2 (10,5%)	0,621
Addiction tabac	94 (87%)	16 (84,2%)	0,739
Addiction drogues au moment du sevrage	35 (32,4%)	4 (21,1%)	0,322
Addiction psychotropes	51 (47,2%)	9 (47,4%)	0,991
Durée du séjour (jours)	25+/-27	26+/-24	0,795

3.3. Les facteurs influençant la rechute à 6 mois

Sur les 109 sevrages en institution répertoriés durant la période de notre étude, 78(71,6%) ont abouti à une rechute et 31(28,4%) à une absence de rechute.

Les patients ayant des consommations d'alcool en g/24h élevées avant le sevrage rechutaient plus que ceux ayant des consommations plus faibles.

En effet, nous avons observé une consommation moyenne de 160g/24h chez les patients n'ayant pas rechuté contre 210g/24h chez ceux ayant présenté une rechute ($p=0,044$).

De même, les patients isolés rechutaient plus que ceux entourés ($p<0,005$).

Les patients avec enfants rechutaient moins que ceux sans enfants (71% de parents chez les patients sans rechute contre 50 % chez les « rechuteurs », $p= 0,047$).

Cette différence significative se confirme avec la présence d'enfants à charge ($p=0,008$).

Nous avons également remarqué que les patients avec domicile stable rechutaient moins que ceux avec un domicile précaire ou sans domicile ($p=0,022$).

Chez les patients ayant rechuté, 16 (soit 20,5%) étaient sans domicile stable alors que nous ne retrouvons aucun cas de patient sans domicile dans le groupe n'ayant pas rechuté.

En analyse multivariée, seul l'isolement social était associé à une rechute OR (CI) 7,668 (1,486-19,164) $p= 0,006$.

Tableau 3 : Facteurs associés à une rechute. Analyse univariée

	Rechute (n78)	Absence de rechute (31)	
	n(%°) ou m (ET)	n(%°) ou m (ET)	p
Caractéristiques générales			
Age (années)	46+/-9	50+/-10	0,107
Sex ratio (H/F)	2,5	1,8	0,456
Facteurs socioéconomiques			
Domicile au moment du sevrage			
Stable	58 (74,3%)	29 (96,7%)	0,022
Provisoire	4 (5,1%)	1 (3,3%)	
Sans domicile	16 (20,5%)	0 (0%)	
Profession			
N1	3 (3,9%)	3 (9,7%)	0,093
N2	16 (20,5%)	11 (35,5%)	
N3	59 (75,6%)	17 (54,8%)	
Niveau d'études			
N1	58 (75,3%)	19 (61,3%)	0,310
N2	11 (14,3%)	6 (19,4%)	
N3	8 (10,4%)	6 (19,4%)	
Statut marital			
Célibataire	50 (64,1%)	14 (45,2%)	0,261
Conjoint(e)	4 (5,1%)	4 (12,9%)	
Divorcé(e)	15 (19,2%)	8 (25,8%)	
Marié(e)	9 (11,5%)	5 (16,1%)	
Enfants ou enfants à charge			
Enfants	39 (50%)	22 (71%)	0,047
Enfants à charge	10 (13%)	11 (35,5%)	0,008
Facteurs psychopathologiques			
Comorbidités psychiatriques	55 (70,5%)	25 (80,7%)	0,280
Atcd au premier degré de parents alcooliques	16 (29,1%)	10 (45,5%)	0,170
Isolement social	39 (50%)	4 (12,9%)	<0,005
Facteurs de gravité de l'alcoolisme			
Age de début de l'addiction	24+/-9	25+/-10	0,795
Consommation en g/24h	210+/-121	160+/-94	0,044
Atcd de sevrage en institution	68 (87,2%)	23 (74,2%)	
Facteurs médicaux associés			
Présence VHC	13 (16,7%)	5 (16,1%)	0,946
Présence VHC traitée	11 (14,1%)	5 (16,1%)	0,787
Addiction tabac	68 (87,2%)	27 (87,1%)	0,991
Addiction drogues	23 (29,5%)	13 (41,9%)	0,213
Addiction médicaments psychotropes	38 (48,7%)	14 (45,2%)	0,737
Durée du séjour (jours)	25+/-28	29+/-24	0,223

Tableau 4 : Facteurs associés à une rechute : Analyse multivariée.

Facteur de risque	p	AOR (95%CI)
Isolement social	0,0006	7,668(1,486-19,164)

4. DISCUSSION

4.1. Les facteurs étudiés

Lors de notre étude, nous nous sommes intéressés à de multiples facteurs ayant démontré, dans la littérature, un impact sur la rechute.

Certains portaient sur l'individu : âge (8), sexe (9), antécédents familiaux (10), comorbidités psychiatriques (11), niveau d'études (12) et profession (13) ; mais également, sur ses conditions de vie : statut marital (14), domicile (15) et isolement social (16).

Nous nous sommes aussi penchés sur les facteurs liés aux consommations : l'âge de début de la consommation (17), la quantité d'alcool quotidienne (18) et les co-addictions à d'autres SPA (19) y compris le tabac (20) et les médicaments psychotropes (21).

Enfin, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques du sevrage : durée du séjour et antécédents de sevrage (22).

L'objectif était de faire ressortir le plus grand nombre de variables sur lesquelles il était possible d'agir en pratique clinique.

Cependant, certains facteurs bien que reconnus comme ayant un rôle sur le résultat du sevrage tels que le craving (23) et la motivation à réaliser la cure n'ont pas pu être étudiés du fait du défaut d'information dans les dossiers.

Nous avons réalisé ce travail avec un suivi court de six mois, ceci conformément à d'autres études, qui objectivent l'importance du pronostic à court terme (4), (24).

4.2. Choix d'une définition de la rechute

Devant l'absence de définition consensuelle de la rechute, nous avons décidé de la définir comme une prise de 2 verres d'alcool par jour pour la femme et 3 pour l'homme au moins 5 jours par semaine.

Dans la littérature, on retrouve des définitions variées de la rechute impliquant la fréquence des alcoolisations, la quantité de boisson ou une combinaison des deux (25). Parfois elle est également définie par les conséquences médicales (réhospitalisation...) ou sociales (perte de l'emploi, divorce...) de la reprise des consommations (7), (26).

Pourtant, la notion de rechute est fondamentalement important en raison de son influence sur la conception de la recherche, la mesure et l'interprétation pratique des résultats (27), (15).

Nous avons fait le choix de prendre en compte la fréquence des consommations et la quantité absorbée pour donner une définition qui nous paraissait plus pertinente cliniquement.

En effet, la fréquence seule, exprimée en nombre de jours, n'apparaît pas comme un critère suffisant pour évaluer les consommations.

Par exemple, une personne peut boire tous les jours un verre, alors qu'une autre ne consommera que le samedi mais 10 verres en une occasion. Au final, le patient consommant tous les jours, a une consommation en g/24 h à la fin de la semaine moins élevée que celui n'ayant consommé que le samedi.

A l'inverse en ne prenant en compte que la quantité d'alcool, on risquerait de classer dans la rechute le patient n'ayant consommé qu'une seule fois en grande quantité dans le cadre d'un « faux pas ».

L'absence de référence universelle, nous a ainsi fait opter pour une définition s'appuyant, pour la quantité sur les recommandations de l'OMS, et pour la fréquence (5 jours par semaine) sur les résultats de l'étude de Richard K.Fuller.

4.3. Les limites de notre étude

Ce travail présente toutefois des limites, notamment la faible taille de l'échantillon potentiellement responsable d'un manque de puissance.

De même, le choix de la définition de la rechute peut être discuté. Comme énoncé précédemment, une autre définition aurait peut-être pu conduire à des résultats différents.

Nous pouvons également déplorer l'auto déclaration des consommations ainsi que le caractère rétrospectif de l'enquête pouvant être à l'origine d'un biais dans le recueil des informations.

Cette étude suggère des pistes, mais des recherches supplémentaires devraient viser à valider prospectivement ces résultats dans d'autres populations de CSAPA.

4.4. Les constats

Dans notre étude, le taux de rechute est élevé puisqu'il concerne 71,6% des patients suivis à 6 mois. Une explication possible serait le nombre très important de patients ayant déjà réalisé un ou plusieurs sevrages en institution dans notre enquête (80,7%), comparé aux autres avec un taux de rechute plus faible, où l'on retrouve un plus grand nombre de première tentative de sevrage (28).

En effet, bien que cela ne soit pas ressorti dans notre travail, la présence d'un antécédent de sevrage est souvent liée à un échec de la cure au vue de la littérature (24), (29), (17).

Ce résultat peut également s'expliquer par la forte proportion de la population des CSAPA souffrant d'isolement social (presque 40%).

Les patients isolés rechutant plus que les autres (30) dans notre étude ($p=0,000$) ainsi que dans de nombreuses autres (31), (32), (16).

Un autre constat a été que les patients avec un domicile stable rechutent moins que ceux sans domicile ($p=0,022$). Il en est de même pour les patients avec un enfant à charge, avec 35,5 % de parents chez les patients n'ayant pas rechuté contre 13% chez les patients avec rechute ($p=0,008$).

Ce travail de thèse a également mis en évidence une notion intéressante : les patients qui rechutent ont une consommation d'alcool en g/ 24 h significativement plus importante (210 g/24h en moyenne, $p=0,044$) que les patients n'ayant pas rechuté (160g/24h). Ce résultat se retrouve dans les études de Kelly et Chick (18) et Moos (12).

A l'inverse, certains auteurs suggèrent que les patients ayant des niveaux plus élevés de consommation à l'admission en cure ne rechuteraient pas plus (33), voire même moins (28).

Ces dernières études portaient sur des populations avec une plus grande proportion de patients exerçant une activité professionnelle. On peut émettre l'hypothèse que pour les patients qui travaillent, les impacts de l'alcool étant majorés, ils puissent être à l'origine d'une plus grande motivation à l'arrêt. Il serait nécessaire de rechercher ce lien dans une future étude.

Une autre hypothèse pourrait être l'utilisation non pas d'une moyenne en g/24h comme dans notre travail mais d'un taux fixe ou d'un comportement (boire avant le déjeuner) pour définir les consommations élevées.

Comme vu précédemment pour la rechute, l'utilisation d'une définition différente pourrait être à l'origine de résultats distincts.

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques, notre étude n'a pas confirmé l'association avec un mauvais pronostic trouvé par beaucoup d'autres auteurs (34), (35), (36), (37), (38), (39).

Il est important de noter que les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère non équilibrée sont renvoyés vers les centres médico-psychologique avant une prise en charge addictologique. Ainsi les malades les plus lourds, et plus à risque de rechute, ne sont pas suivis au CSAPA.

De plus, dans notre étude les patients ayant réalisés un sevrage contraint en institution dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie psychiatrique étaient exclus.

En accord avec la littérature nous n'avons pas retrouvé de différences significatives sur la rechute pour le sexe (40), le niveau d'études, la profession et le statut marital (8)(41).

4.5. Perspectives et actions

L'identification de facteurs prédictifs de rechute devrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients en ayant lorsque cela est possible une action en amont du sevrage sur le contexte social et les consommations, mais également d'optimiser le suivi par exemple en majorant la surveillance des patients à haut risque pour minimiser les rechutes.

Ces résultats sont une aide pour décider du meilleur moment pour réaliser le sevrage et aussi pour le préparer en travaillant avec une équipe pluridisciplinaire, le médecin intervenant sur les consommations avec ou sans aide médicamenteuse et l'assistante sociale sur la mise en place d'un domicile avant la cure.

Une fois cette démarche instaurée, il serait important de réaliser une intervention au sein du CSAPA permettant de voir si les actions mises en place pour prévenir les rechutes ont eu un effet.

Dans de futurs travaux, il serait intéressant de rechercher un pouvoir prédictif additif des différents facteurs. En effet, un facteur pris indépendamment n'entraîne qu'une faible association avec la rechute, c'est l'accumulation de facteurs qui représente un réel risque (15) et pourquoi ne pas imaginer une grille d'évaluation avec des scores attribués aux différents facteurs, le total exprimant le risque plus ou moins grand de rechute.

Nous pourrions également nous pencher sur le rôle des facteurs retrouvés dans notre étude, chez les patients ayant opté pour un contrôle des consommations (42) (43).

5. CONCLUSION

A l'issue de ce travail de thèse, nous avons mis en évidence certains facteurs prédictifs de rechute au sein de la population des CSAPA : l'absence de domicile stable, l'isolement social, l'importance de la consommation d'alcool et le fait de ne pas être parents.

Notre étude a remis en évidence l'absence de définition consensuelle de la rechute. Cette notion pourrait expliquer les résultats divergents de certains articles.

La découverte de ces facteurs nous paraît essentielle pour progresser dans la prise en charge des patients alcoolodépendants.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet Lond Engl.* 5 févr 2005;365(9458):519-30.
2. Neto D, Lambaz R, Tavares JE. Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* déc 2007;42(6):604-9.
3. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2007;257(6):344-51.
4. Chick J, Howlett H, Morgan MY, Ritson B. United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* avr 2000;35(2):176-87.
5. Labayle D, Dejonghe JP, Papoz L, Houdayer C, Persine M, Guerinot J, et al. [Follow-up of alcoholic patients in a hepatogastroenterology unit. Preliminary results (author's transl)]. *Nouv Presse Med.* 11 avr 1981;10(16):1305-8.
6. Nicolas Blanchard, Pierre Kopp. Le cout social de l'alcool en France. *Alcoologie Addictologie.* 2001;32(2).
7. Maisto SA, Roos CR, Hallgren KA, Moskal D, Wilson AD, Witkiewitz K. Do Alcohol Relapse Episodes During Treatment Predict Long-Term Outcomes? Investigating the Validity of Existing Definitions of Alcohol Use Disorder Relapse. *Alcohol Clin Exp Res.* oct 2016;40(10):2180-9.
8. Björnsson E, Olsson J, Rydell A, Fredriksson K, Eriksson C, Sjöberg C, et al. Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. *Scand J Gastroenterol.* févr 2005;40(2):206-16.
9. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clin Psychol Rev.* mars 2006;26(2):128-48.
10. Jauhar S, Talwalkar JA, Schneekloth T, Jowsey S, Wiesner RH, Menon KVN. Analysis of factors that predict alcohol relapse following liver transplantation. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* mars 2004;10(3):408-11.
11. Karim Z, Intaraprasong P, Scudamore CH, Erb SR, Soos JG, Cheung E, et al. Predictors of relapse to significant alcohol drinking after liver transplantation. *Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol.* avr 2010;24(4):245-50.
12. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addict Abingdon Engl.* févr 2006;101(2):212-22.
13. Ellis D, McClure J. In-patient treatment of alcohol problems--predicting and preventing relapse. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* juill 1992;27(4):449-56.

14. Dick DM, Agrawal A, Schuckit MA, Bierut L, Hinrichs A, Fox L, et al. Marital status, alcohol dependence, and GABRA2: evidence for gene-environment correlation and interaction. *J Stud Alcohol*. mars 2006;67(2):185-94.
15. Waisberg JL. Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1990;8(3-4):9-32.
16. Brown SA, Vik PW, Patterson TL, Grant I, Schuckit MA. Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *J Stud Alcohol*. sept 1995;56(5):538-45.
17. Bottlender M, Soyka M. Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *Eur Addict Res*. 2005;11(3):132-7.
18. Kelly M, Chick J, Gribble R, Gleeson M, Holton M, Winstanley J, et al. Predictors of relapse to harmful alcohol after orthotopic liver transplantation. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. juin 2006;41(3):278-83.
19. Stéphanie Pelletier, Matthieu Bédouet, Meïssa Nékaa, Philippe-Jean Bousquet, Hélène Rigole. Augmentation des polytoxicomanies chez les malades hospitalisés pour sevrage alcool. *Alcoologie Addictologie*. 2011;33(2):115-22.
20. Hufnagel A, Frick U, Ridinger M, Wodarz N. Recovery from alcohol dependence: Do smoking indicators predict abstinence? *Am J Addict*. juin 2017;26(4):366-73.
21. Bertrand Nalpas, Benoit Fleury, Delphine Jarraud, Michel Craplet, Alain Rigaud. Prévalence de prise de médicaments psychotropes chez les personnes en difficulté avec l'alcool consultant en CSAPA. *Alcoologie Addictologie*. 2016;38(4):287-93.
22. Walter M, Gerhard U, Duersteler-MacFarland KM, Weijers H-G, Boening J, Wiesbeck GA. Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*. 2006;54(2):100-6.
23. Georges Brousse, Ingrid de Chazeron. Le craving : des clés pour comprendre. *Alcoologie Addictologie*. 2014;36(2):105-15.
24. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Athayde LD, Ott DR, et al. Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients: a 6-month follow-up study. *Subst Use Misuse*. 2008;43(3-4):403-11.
25. De Sousa A, De Sousa A. A one-year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. déc 2004;39(6):528-31.
26. Fuller RK. Definition and diagnosis of relapse to drinking. *Liver Transplant Surg Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc*. mai 1997;3(3):258-62.
27. Maisto SA, Pollock NK, Cornelius JR, Lynch KG, Martin CS. Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. *Addict Behav*. avr 2003;28(3):449-59.
28. 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*. déc 2012;47(6):702-10.

29. Deruytter E, Van Steenkiste C, Trépo E, Geerts A, Van Vlierberghe H, Berrevoet F, et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease: a retrospective analysis of recidivism, survival and risk factors predisposing to alcohol relapse. *Acta Gastro-Enterol Belg.* sept 2013;76(3):282-90.
30. Moïse Dossa, Serge Guibert, Laurence Perault, Nematolah Jaafari. Réalcooolisation en cours d'hospitalisation pour sevrage. *Alcoologie Addictologie.* 2009;31(3):247-50.
31. Rodrigue JR, Hanto DW, Curry MP. The Alcohol Relapse Risk Assessment: a scoring system to predict the risk of relapse to any alcohol use after liver transplant. *Prog Transplant Aliso Viejo Calif.* déc 2013;23(4):310-8.
32. Dew MA, DiMartini AF, Steel J, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Unruh M, et al. Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* févr 2008;14(2):159-72.
33. Miguet M, Monnet E, Vanlemmens C, Gache P, Messner M, Hruskovsky S, et al. Predictive factors of alcohol relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Gastroenterol Clin Biol.* oct 2004;28(10 Pt 1):845-51.
34. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1987;44(6):505-13.
35. De Gottardi A, Spahr L, Gelez P, Morard I, Mentha G, Guillaud O, et al. A simple score for predicting alcohol relapse after liver transplantation: results from 387 patients over 15 years. *Arch Intern Med.* 11 juin 2007;167(11):1183-8.
36. Aurélien Ribadier, Géraldine Dorard, Isabelle Varescon. Alcoolo-dépendance, personnalité et symptomatologie anxio-dépressive : une question de genre? *Alcoologie Addictologie.* 2015;37(4):309-17.
37. Glenn SW, Parsons OA. Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *Int J Addict.* févr 1991;26(2):237-54.
38. McKay JR, Weiss RV. A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Eval Rev.* avr 2001;25(2):113-61.
39. Baldassarre M, Caputo F, Pavarin RM, Bossi MM, Bonavita ME, Caraceni P, et al. Accesses for alcohol intoxication to the emergency department and the risk of re-hospitalization: An observational retrospective study. *Addict Behav.* févr 2018;77:1-6.
40. O'Connor PG, Horwitz RI, Gottlieb LD, Kraus ML, Segal SR. The impact of gender on clinical characteristics and outcome in alcohol withdrawal. *J Subst Abuse Treat.* févr 1993;10(1):59-61.
41. Craig TJ, Krishna G, Poniarski R. Predictors of successful vs. unsuccessful outcome of a 12-step inpatient alcohol rehabilitation program. *Am J Addict.* 1997;6(3):232-6.

42. Henri-Jean Aubin, Amandine Luquiens, Amine Benyamina. Approches pharmacologiques du trouble de l'usage d'alcool : maintien de abstinence ou controle de la consommation? *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(3):205-11.
43. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol Alcohol Oxf* Oxf. oct 2011;46(5):586-91.

Analyses des facteurs prédisposant à une rechute après un sevrage alcool en institution, et leur influence sur le suivi à 6 mois, chez des patients issus de CSAPA

Introduction : La dépendance à l'alcool est un véritable problème de santé publique avec un coût économique et social élevé. Selon l'OMS, l'alcool est le troisième facteur de risque d'incapacité, avec 4,5 % de la charge de morbidité mondiale, et de décès prématuré. Sa prise en charge est complexe avec des taux de rechutes importants après sevrage. Dans ce contexte, nous avons tenté de mettre en évidence les facteurs associés à la rechute et au suivi à six mois au sein de patients issus de deux CSAPA à Nice et ayant réalisés un sevrage en institution.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique portant sur les patients suivis dans un des centres et ayant réalisé un sevrage alcool en institution entre le premier janvier 2015 et le 31 mai 2017. Les données concernant les patients, le suivi et la présence d'une rechute ont été récoltées dans les dossiers médicaux. Les informations relatives au sevrage dans les comptes rendus d'hospitalisation.

Nous avons étudié les variables à l'aide d'analyses univariées pour le suivi et la rechute. La rechute étant défini comme une prise de 2 verres d'alcool par jour pour la femme et 3 pour l'homme au moins 5 jours par semaine.

Résultats : Sur les 127 sevrages, 109 (83%) ont bénéficié d'un suivi à 6 mois parmi lesquels on a retrouvé 78 rechutes (71,6%). On constate que l'isolement social est plus fréquent chez les patients ayant rechuté que chez les patients n'ayant pas rechuté (50% vs 12,9%, $p=0,000$). On note également un plus grand nombre de patients sans domicile 20,5% vs 0% ($p=0,022$), et avec des consommations plus élevées en g/24h (210 vs 160g/24h, $p=0,044$) chez les patients ayant rechuté. A l'inverse, les patients avec enfants rechutent moins ($p=0,047$). Ces résultats se confirment lorsque les enfants sont à charge ($p=0,008$). On a également mis en évidence de manière significative, une plus faible participation au suivi à six mois chez les patients isolés socialement ($p=0,048$).

Conclusion : Nos résultats suggèrent le rôle de quatre facteurs dans la rechute après sevrage au sein de la population des CSAPA : l'isolement social, le type de domicile, l'absence d'enfant et une consommation plus importante en g/24 h. La confirmation de cette constatation permettrait des répercussions cliniques sur la préparation en amont du sevrage et sur l'adaptation du suivi.