



HAL
open science

**Place de la relaxation dans un service d'addictologie :
étude pilote et résultats préliminaires de séances de
relaxation chez des patients hospitalisés pour trouble de
l'usage de l'alcool**

Gaëlle Pain

► **To cite this version:**

Gaëlle Pain. Place de la relaxation dans un service d'addictologie: étude pilote et résultats préliminaires de séances de relaxation chez des patients hospitalisés pour trouble de l'usage de l'alcool. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02467909

HAL Id: dumas-02467909

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02467909>

Submitted on 5 Feb 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 11 septembre 2019

par

Mlle PAIN Gaëlle

Née le 13/11/1991 à Caen (14)

TITRE DE LA THÈSE :

Place de la relaxation dans un service d'addictologie : étude pilote et résultats préliminaires de séances de relaxation chez des patients hospitalisés pour trouble de l'usage de l'alcool

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal

Membres : Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Monsieur le Docteur PITHON Anni

Monsieur le Docteur CABE Nicolas « co-directeur de thèse »

Madame la Docteur EUDE Claire « co-directrice de thèse »

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie

Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

M. VIVIEN Denis

Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François

Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent

Neurologie

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne

Dermatologie

Mme LESCURE Pascale

Gériatrie et biologie du vieillissement

M. SABATIER Rémi

Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig

Anglais

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie

M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
M.	LE BAS François <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

Remerciements :

A mon président de jury, **Monsieur le Professeur Pascal DELAMILLIEURE**. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous en remercie très sincèrement. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Nicolas SAINMONT**, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Vous me faites l'honneur de représenter la médecine générale.

A **Monsieur le Docteur Anni PITHON**, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de représenter la médecine générale.

A ma directrice de thèse, **la Docteur Claire EUDE**, merci d'avoir été la première à accepter de t'aventurer dans ce travail en ma compagnie, d'avoir pris le temps d'échanger sur la relaxation avec moi et de m'avoir accompagnée dans la rédaction de cette thèse.

A mon directeur de thèse, **le Docteur Nicolas CABE**, qui par son expérience a permis de nous aider à développer ce projet de thèse. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ta patience. Merci pour l'apport de tes nombreuses connaissances.

Un grand merci à tous les médecins qui ont été mes chefs durant ces trois années d'internat, vous m'avez énormément appris et accompagnée durant cette étape, avec vos connaissances, vos conseils, vos expériences. J'espère devenir un médecin généraliste à la hauteur.

Un grand merci à toute l'équipe d'addictologie du CHU de Caen, sans qui ce travail n'aurait pas pu prendre forme. Merci aux infirmières (Marie, Magalie, Cécilia, Sandra et les autres) pour avoir transmis les questionnaires lorsque je ne pouvais pas me déplacer. Merci également à Karine et Patricia pour leur bienveillance et leur bonne humeur dès mon arrivée dans le service.

Je tiens également à remercier mes proches :

Mes parents, merci de m'avoir soutenue dans ces longues études, d'avoir supporté mon caractère lors de mes phases de stress avant les partiels et aux changements de stage. Vous avez fait de moi la personne que je suis devenue, j'espère que vous êtes fiers. Je vous aime !

Merci à mon frère, d'être unique à ta façon, mais de toujours être là pour moi.

Merci à mamie Hélène, pour ton amour, pour la fierté que je vois dans tes yeux lorsque tu parles de mes études. Merci pour ces après-midis passés en ta compagnie lorsque je n'étais pas en stage, pour les pains au chocolat en lendemain de garde et surtout merci pour ces délicieuses crêpes du vendredi. Je t'aime.

Merci à Robin d'être entré dans mon quotidien, de m'aimer chaque jour. De m'aider aussi face à mon incompetence dans Excel ! Merci pour ces nombreux voyages, ces beaux moments passés ensemble, qui seront encore je l'espère très nombreux. J'ai hâte de devenir ta femme, et que nous formions une famille. Je t'aime.

Merci à mes amis de promotion, qui me supportent depuis 9 ans. David merci pour ton soutien en salle des pas, merci de m'avoir raccompagnée de multiples fois en fin de soirée et pour tous ces bons moments en ta compagnie. Florent merci pour tous ces verres au Trappist et à l'Abreuvoir en ta compagnie, mais merci également à Simon, Duncan (merci pour ce beau mariage et la relecture de la traduction !), Mathieu et tous les autres ...

Merci aux copains des promotions supérieures et inférieures, à Ali pour ses croque-monsieurs et ses soirées chiffres avec Justin, à Bertrand notre orthopédiste préféré, à André notre tinois chanteur superstar de Youtube, à Roxane la meilleure des réa ...

Mais aussi merci à Arnaud pour ta folie, Marine ma future sage-femme pour ta bienveillance et ta gentillesse, Clémentine et Manon pour ces séances de sport en votre compagnie, à Adélaïde d'avoir fait un bébé aussi craquant, des rencontres que je n'aurais pas pu faire sans ces études...

Merci également à Marianne, la seule pharmacienne que j'aime et qui accepte de m'accompagner à Paris voir Britney ! Et aux filles, déjà devenues grandes et ayant passé l'internat, je vous laisse la place Claire, Camille, Coline, Pauline, Charlène, Audrey ! A Marine aussi, les ECN c'est ton tour maintenant !

Merci à tous les copains, pour ces soirées en votre compagnie, ces galas, ces apéros, ces journées salle des pas et BU ! Ces années de médecine en votre compagnie resteront de très beaux souvenirs.

Merci à Maxime, mon meilleur ami, qui est présent depuis le lycée, merci pour ces beaux voyages et ces souvenirs en ta compagnie. Merci pour ces dimanches à Démouville à manger des éclairs au chocolat avant le match de Jaouen !

Merci à Jaouen, de m'avoir toujours réservé une place dans le bus, si je suis médecin aujourd'hui c'est sans doute grâce à toi ! J'espère que Jade suivra notre exemple !

Merci à mes co-internes, l'internat n'aurait pas été le même sans vous ! A Andréas grâce à qui j'ai pu survivre à la pédiatrie, à Marie-Camille pour ces moments de fou rire dans le train pour Lisieux, à Jérôme pour tous ces bons moments en addictologie, le stage n'aurait pas été le même sans toi.

Merci beaucoup à Manon et Marine pour leur relecture attentive de ce travail.

ABREVIATIONS :

APA : Activité Physique Adaptée

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CLERS : Comité Local Ethique de la Recherche en Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GABA : Gamma-aminobutyrique acid ou acide γ -aminobutyrique

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

NMDA : N-méthyl-D-aspartate

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SGA : Syndrome Général d'Adaptation

SNC : Système Nerveux Central

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

TUAL : Trouble de l'Usage de l'Alcool

INDEX : FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : La respiration carrée	12
Figure 2 : Déroulé d'une séance de sophrologie	14
Figure 3 : Verre d'alcool standard, équivalences	18
Figure 4 : Structures cérébrales impliquées dans le circuit de récompense ..	20
Figure 5 : Coupe sagittale médiane du cerveau avec mise en évidence des structures du système limbique.....	21
Figure 6 : Effets de l'alcool sur la voie dopaminergique	22
Figure 7 : Les phases du processus du changement.....	24
Figure 8 : Contre-indications ou non-indications au sevrage ambulatoire.....	25
Figure 9 : Temporalité des signes cliniques d'un sevrage en alcool	26
Figure 10 : Score de Cushman	27
Figure 11 : neurochimie du sevrage d'alcool.....	28
Figure 12 : Planning du déroulement du protocole « APADDICTO ».....	37
Figure 13 : Echelles des troubles anxieux, dépressif et total, permettant de séparer en pathologique de non pathologique	40
Figure 14 : Chronologie des 3 temps étudiés.....	46
Figure 15: Temps de remplissage des questionnaires HAD	47
Figure 16 : Attentes des patients vis-à-vis de la relaxation	51
Figure 17 : Outils actuels face à une situation stressante	51
Figure 18 : Comparaison du score HAD0 entre les groupes R et NR	52
Figure 19 : Comparaison du score HAD1 entre les groupes R et NR	53
Figure 20 : Comparaison du score HAD2 entre les groupes R et NR	54
Figure 21 : Comparaison score HAD total aux 3 temps, groupe R et NR	55
Figure 22 : Comparaison score HAD anxiété aux 3 temps, groupe R et NR..	56
Figure 23 : Comparaison score HAD dépression aux 3 temps, groupe R, NR57	
Figure 24 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD total pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation..	58
Figure 25 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD anxiété pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation..	59
Figure 26 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD dépression pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation.....	60

Figure 27 : Evolution des scores bien-être au cours de la prise en charge....	61
Figure 28 : Qualité de vie avant chaque séance de relaxation.....	62
Tableau 1: Les onze critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool	16
Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée	50

Table des matières

I. Introduction :	1
II. Cadre théorique	3
A. La relaxation	3
1. Définition de la relaxation	3
2. Physiopathologie de la relaxation	3
3. Différentes techniques de relaxation	6
a) Le training autogène.....	6
b) La relaxation musculaire progressive.....	9
c) La relaxation appliquée d'ÖST.....	10
d) La sophrologie.....	11
e) La nouvelle approche de la relaxation.....	14
B. Trouble de l'usage d'alcool	15
1. Définition d'un trouble de l'usage de l'alcool	15
2. Les différentes recommandations	17
3. Définition d'un verre d'alcool standard	18
4. Physiopathologie de l'addiction à l'alcool	19
5. Prise en charge d'un trouble de l'usage d'alcool	23
6. Quels sont les éléments impactant la rechute ?	30
C. Place et intérêt de la relaxation dans la prise en charge du TUAL	32
III. Hypothèses et objectifs	34
A. Objectifs de l'étude	34
B. Critères de jugement	35
IV. Matériel et méthode	36
1. Type d'étude	36
2. Population étudiée	36
3. Déroulement de l'étude et recueil des données	37
a) Questionnaires	38
b) Déroulé des séances de relaxation.....	43
4. Réévaluation à 4 semaines	44
5. Séances de relaxation en intra-hospitalier	44
6. Analyses statiques et traitement des données	45
7. Avis éthique	48
V. Résultats	48

1. Effectif d'inclusion	48
2. Caractéristiques de la population.....	50
3. Critère de jugement principal : anxiété et dépression	52
a) Comparaison inter-groupe (R versus NR)	52
b) Comparaison intra-groupe (R et NR) score HAD.....	54
c) Comparaison intra-groupe (R et NR) catégories HAD	57
4. Critères de jugement secondaires	60
a) Score de bien-être en cours de prise en charge (groupe R)	60
b) Score de qualité de vie (groupe R)	61
c) Pratique en autonomie dans le service (groupe R)	62
d) Attentes envers la relaxation et perceptions des patients	63
5. Propositions de séances ambulatoires (groupe R)	64
6. Résultats qualitatifs du rappel téléphonique à 4 semaines	64
VI. Discussion	65
1. Acceptabilité et faisabilité du protocole	65
2. Effets de la relaxation.....	67
3. Appropriation de la pratique de la relaxation	69
4. Vers une « Relaxation adaptée » au trouble de l'usage d'alcool.....	72
5. Limites de l'étude	76
VII. Conclusion et perspectives.....	77
VIII. Bibliographie.....	79
IX. Annexes :	85
1. Annexe 1. Questionnaire avant la 1 ^{ère} séance de relaxation.....	85
2. Annexe 2 : Questionnaire HAD.....	87
3. Annexe 3 : Questionnaires d'évaluation des séances de relaxation.....	88
4. Annexe 4 : Questionnaire à l'issue de la dernière séance de relaxation	90
5. Annexe 5 : Statistiques descriptives du groupe R	92
6. Annexe 6 : Statistiques descriptives du groupe NR.....	93
7. Annexe 7 : Comparaison intergroupe de Mann Whitney	94
8. Annexe 8 : Comparaison intragroupe Wilcoxon	95
9. Annexe 9 : Comparaison des effectifs pathologique et non pathologique via le test de chi-2 avec correction de Yates	96

I. Introduction :

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales et d'approches humaines. Elles ont pour objectif le traitement et ou le soulagement de certains symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien-être et de prévenir la iatrogénie. Ces thérapeutiques accompagnent les soins quotidiens, dont les thérapeutiques médicamenteuses quand elles sont nécessaires, et sont pratiquées par des équipes pluridisciplinaires.

A l'heure actuelle, ces thérapeutiques non médicamenteuses sont en plein essor : 4 français sur 10 y auraient déjà eu recours (1). De plus, la Haute Autorité de Santé (l'HAS) incite les médecins à s'initier à ces techniques (2), afin de limiter la polymédication des patients, là où encore actuellement 80% des consultations se terminent par la prescription d'un médicament (3). La France reste le premier pays consommateur de médicaments en Europe (4).

La relaxation fait partie de ces thérapeutiques non médicamenteuses, qu'elle soit pratiquée en individuel ou en groupe, elle a pour effet un relâchement des tensions physiques et psychiques. Actuellement elle se développe dans de nombreuses spécialités médicales (dans la prise en charge de la douleur, au sein des soins palliatifs, en addictologie, en psychiatrie, en anesthésie, ou encore en pédiatrie...) (5).

L'alcool est la 2^{ème} cause de mortalité évitable en France après le tabac (6). Des estimations récentes évaluent que pour l'année 2015 par exemple, 41000 décès étaient imputables à la consommation d'alcool, soit 9% des décès cette année-là (7). Suite à une enquête réalisée en 2000 auprès de médecins généralistes libéraux (8), il

y aurait environ 18% des patients consultants chaque jour, pour quelconque motif que ce soit, qui présenteraient un risque d'alcoolisation excessive. Chaque médecin généraliste est donc régulièrement confronté au problème de santé publique majeur que constitue les conduites addictives de ses patients, avec des demandes d'aide au sevrage et au maintien de l'abstinence ou d'une consommation contrôlée d'alcool.

Actuellement la prise en charge pour un sevrage en alcool peut faire l'objet de protocoles (9), (10), elle se réalise en ambulatoire ou au sein de structures hospitalières. Cependant, la période de sevrage reste une période difficile à appréhender pour le patient, avec des signes d'inconfort au cours du sevrage, ceci malgré la mise en place de traitements médicamenteux systématiques ou au besoin. La relaxation a pour effet une détente physique et psychique via une décontraction neuromusculaire. Avec entre autre des exercices basés sur la respiration, elle pourrait être une aide à proposer aux patients afin par exemple, qu'ils puissent avoir une meilleure gestion de leur stress. Les patients dépendants à l'alcool utilisent cette substance souvent à visée anxiolytique (11). La relaxation pourrait donc être une aide supplémentaire à leur proposer, au cours du sevrage, afin que celui-ci se déroule de la façon la plus confortable possible, mais aussi et surtout après, pour les aider à maintenir le contrat thérapeutique d'abstinence ou de consommation contrôlée. La relaxation étant une technique pouvant se réaliser aussi bien en intra-hospitalier qu'en ambulatoire, elle pourrait donc être également proposée par les médecins généralistes afin de répondre aux demandes des patients.

II. Cadre théorique

A. La relaxation

1. Définition de la relaxation

Le mot relaxation désigne l'état de détente et des procédés qui l'induisent. Il est apparu dans la langue française au XXe siècle, et a été emprunté à l'anglais (12). L'étymologie remonte au latin *relaxatio*, qui signifie détente, relâche, repos (13).

Selon H. BENSON (14) on peut définir un état de relaxation comme étant un repos profond du corps (aspect organique, avec une diminution du niveau d'alerte, une diminution de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire et de la tension artérielle) et de l'esprit (aspect psychique, sensation de bien-être et de détente) survenant à l'état d'éveil et pouvant être reproduit à volonté pendant de courtes périodes de la journée. Un état de ce genre peut être produit par diverses techniques de relaxation (15). BENSON précise que cet état de relaxation s'acquiert dans des conditions propices à la détente, dans un endroit calme, avec une lumière douce, une température tempérée et dans une position confortable (14).

2. Physiopathologie de la relaxation

Les êtres humains comme les animaux réagissent de façon similaire face à une situation de stress, c'est une réponse innée : la « fight-or-flight response » ou en français « le combat ou la fuite », mécanisme décrit par le Dr Walter B. CANNON, physiologiste américain (16). La « flight-or-flight response » se caractérise par une augmentation de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de la fréquence

respiratoire..., suite à l'activation du système nerveux sympathique et la sécrétion d'hormones telles que l'adrénaline (épinéphrine) ou la noradrénaline (norépinéphrine) et le cortisol.

Hans SELYE a quant à lui défini « Le syndrome général d'adaptation » (SGA). Selon lui, il s'agirait d'une réaction générale d'alarme correspondant à un effort de l'organisme pour s'adapter à de nouvelles conditions (17). Auparavant cette réponse était nécessaire à la survie, l'homme s'est adapté aux situations dangereuses, c'est ce qui a permis sa reproduction et la persistance de son espèce. Désormais, les situations de danger extrême sont moins nombreuses et la réponse « flight or fight » est surtout observée lorsqu'il est nécessaire d'ajuster son comportement (par exemple lorsqu'un athlète se prépare à une course ou tout simplement lorsqu'un employé est soumis à une charge de travail trop importante dans un court délai). C'est ce que Hans SELYE a appelé la phase d'alerte (17) qui est subdivisée en deux parties. Lors de cette première phase, il y a tout d'abord le choc, face à l'agression soudaine la tension artérielle augmente, la fréquence cardiaque également, qui dure de quelques minutes à 24 heures. Puis vient le contre-choc, où l'organisme va inverser les signes de choc avec par exemple une majoration de la diurèse, une augmentation du volume plasmatique. Ensuite si la situation stressante qui a déclenché la phase d'alerte perdure, le patient va entrer dans une deuxième phase dite de résistance ou d'habituation : les phénomènes débutés lors du post-choc vont alors persister. Le risque ensuite est de passer dans la 3^{ème} phase appelée phase d'épuisement, l'organisme cesse de pouvoir s'habituer au stimulus auquel il est confronté, il s'épuise au fur et à mesure pouvant amener à la destruction des glandes surrénales et au décès (17).

L'objectif de la relaxation est de diminuer le stress auquel le sujet pourrait être confronté, et de permettre une réponse rapide à la phase d'alerte, sans entrer ensuite dans la phase de résistance. Ainsi, pour trouver une réponse face à ces situations de stress intense, Herbert BENSON a créé dès les années 70 la « Relaxation Response » qui cherche à atteindre un équilibre entre les situations stressantes et la réponse que l'organisme peut leur apporter (14). La « Relaxation Response » est une réaction opposée aux situations de stress qui va provoquer une diminution de l'hyperactivation du système nerveux sympathique.

Dès 1967 les docteurs F. N. PITTS Jr et J. N. MCLURE de l'université de Washington (18) avaient découvert que les patients souffrant de crises d'angoisse présentaient un fort taux de lactates dans le sang. Cependant, si ces derniers pratiquaient la relaxation pendant au moins 10 minutes ce taux de lactates diminuait de façon significative et les patients se sentaient moins anxieux et stressés. L'origine exacte de cette diminution est encore incertaine, néanmoins il y aurait un lien probable avec la baisse d'activité du système nerveux sympathique. Lors d'un sevrage en alcool, il existe une hyperactivité catécholaminergique (19) qui suscite ou aggrave l'anxiété ou l'angoisse perçues par les patients. La « Relaxation Response » pourrait ainsi être un outil pour diminuer ces symptômes.

3. Différentes techniques de relaxation

Il existe différentes techniques de relaxation, deux techniques sont particulièrement utilisées : le training autogène de SCHULTZ et la relaxation musculaire progressive du psychiatre américain Edmund JACOBSON.

Nous parlerons également de la méthode développée par ÖST et de la sophrologie qui incorpore la relaxation au sein de sa pratique.

a) *Le training autogène*

Le training autogène ou méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative est une technique de relaxation créée par le psychiatre allemand Johannes Heinrich SCHULTZ élaborée entre 1905 et 1932 (20). Cette dernière consiste à apprendre au sujet à se relaxer « n'importe où, n'importe quand, sans que l'on ait besoin d'autre chose que la force de sa pensée » (21). C'est la plus ancienne méthode de relaxation thérapeutique et c'est cette approche qui a inspiré les techniques d'auto-hypnose et d'auto-concentration. L'expression est issue du grec « autos » (par soi-même) et « gennân » (engendrer) (22).

Le training autogène est un exercice facile d'accès réalisé par le sujet lui-même, mais il nécessite cependant une période d'apprentissage avec un thérapeute. C'est une décontraction consciente du corps qui permet, comme l'explique SCHULTZ, une « relaxation bienfaisante analogue au sommeil sans recours à une suggestion étrangère » (23).

Cette technique a un protocole extrêmement rigoureux, qui consiste à répéter des phrases suggestives et clairement codifiées du type : "Je suis relaxé" ou "Mon cœur bat de façon régulière", ce qui conduit progressivement le pratiquant à développer un véritable "conditionnement", pour parvenir quand il le souhaite à la maîtrise de ses émotions. Pour son créateur, l'entraînement autogène doit être compris comme un entraînement à l'autohypnose, dans le but de permettre une réduction des tensions et du stress. Les exercices à point de départ mental par autosuggestion de chaleur et de lourdeur ont également pour but de provoquer un état de relaxation.

La technique comporte en général deux cycles (24). Tout d'abord, le cycle inférieur, il consiste en un nombre d'exercices regroupés en stades permettant l'apprentissage de la relaxation. Le sujet s'allonge les bras le long du corps, les mains à plat, les jambes rapprochées, les pieds légèrement tournés vers l'extérieur ou reste assis, puis viennent les six stades successifs, le cycle durant entre vingt à trente minutes.

Les six stades sont les suivants :

- La pesanteur (c'est la détente musculaire qui est recherchée lors de ce stade, la sensation de pesanteur est acquise progressivement, en se concentrant d'abord sur une partie du corps, puis de façon généralisée)
- La sensation de chaleur avec la même progression corporelle
- Puis la technique se concentre sur le contrôle des battements du cœur de façon à ce que ce dernier batte de façon calme et forte, (attention certaines précautions médicales sont impératives. Le patient ne doit pas avoir de pathologie cardiaque pour faire cet exercice)

- Puis sur la respiration, avec une respiration calme et ample, mais cette respiration doit être non volontaire, le souffle doit être laissé aller de façon naturelle
- Ensuite sur l'induction de chaleur sur la région abdominale et au niveau du plexus solaire
- Puis sur la sensation de fraîcheur au niveau du front, en effet la chaleur pourrait plutôt conduire à une sensation d'énervement.

Chacune de ces phases doit être parfaitement acquise avant de passer à la suivante. Par exemple, pour la première semaine d'exercices quotidiens, l'entraînement est basé sur la sensation de lourdeur, la semaine suivante sur la sensation de chaleur et ainsi de suite (20).

A la fin de ces stades, SCHULTZ évoque la « reprise » avec 3 ordres qui combinent la flexion vigoureuse des avant-bras sur les bras, une respiration profonde et l'ouverture des yeux, afin que le sujet retrouve une pleine conscience rapidement.

Le second cycle, appelé le cycle supérieur est très différent. Il se rapproche davantage de la méditation avec des exercices de visualisation et d'autosuggestion.

L'intérêt de cette méthode selon SCHULTZ (25) est de permettre une « autosédation » du patient. C'est-à-dire de mettre au repos tout le système corporel, ainsi que les tensions affectives. Cette mise au repos, même pour un temps court, permet selon lui l'équilibration des tensions et favorise donc le rendement lors d'une activité soutenue, ou même compense des états de fatigue suite à des insomnies.

b) La relaxation musculaire progressive

La relaxation musculaire progressive a été créée par le psychiatre américain Edmund JACOBSON en 1928, c'est la technique de relaxation la plus utilisée en Amérique du Nord (21).

Selon JACOBSON, toute anxiété, toute tension psychique ou mieux toute pensée se traduit toujours par une augmentation de la tension musculaire, en particulier celle des muscles phonateurs ou oculaires (on pense en paroles ou en images) (26). Pour le prouver, il utilise un électromyographe (que JACOBSON appelle un neurovoltmètre) qui démontre objectivement la présence d'un léger niveau de tension musculaire lorsqu'un sujet contracte un muscle en pensée seulement, même s'il ne le fait pas volontairement.

Par ailleurs, toujours selon JACOBSON, l'inverse est automatiquement vrai. En effet, si une personne réussit à détendre complètement sa musculature, il s'ensuivra automatiquement une diminution ou même une disparition complète de l'anxiété ou de la tension psychique. Donc, pour pouvoir se relaxer, il suffit d'être capable de bien détendre sa musculature (27). La détente musculaire serait donc obtenue par contraction-décontraction successive de l'ensemble des groupes musculaires selon un protocole structuré établi par JACOBSON lui-même. La relaxation s'obtiendrait en quinze à vingt minutes. Une séance est séparée en deux parties, la relaxation générale et la relaxation différentielle.

Lors de la phase de relaxation générale le sujet est allongé au sol et après une période de repos d'environ cinq minutes il met en tension un membre (en général le sujet débute par un bras). Lors de la mise en tension le sujet doit ressentir la

contraction des différents muscles stimulés, puis il cesse l'effort et doit dans ce cas ressentir le relâchement musculaire. Cet exercice est répété pendant trente minutes, ainsi au fur et à mesure des séances le sujet pourra obtenir un contrôle général, une relaxation globale du corps. Ensuite, il existe la phase de la relaxation différentielle qui se définit de la façon suivante : « le minimum de contraction musculaire nécessaire pour l'exécution d'un acte, en même temps que la relaxation des muscles dont l'activité n'est pas indispensable pour la réalisation de cet acte » (24). Cependant, cette technique restant complexe, la nécessité de créer une technique plus simple et rapide s'est justifiée.

c) La relaxation appliquée d'ÖST

Cette méthode de relaxation créée par ÖST, part des principes de la relaxation progressive de JACOBSON, elle permet une relaxation dans un délai plus court, d'environ cinq à sept minutes avec six étapes proposées (21) :

- La contraction-décontraction qui intéresse les groupes musculaires du haut et du bas du corps, avec une période de contraction qui dure environ cinq secondes et une période de décontraction de dix à quinze secondes.
- La détente ou décontraction seule, le sujet va se concentrer sur sa respiration puis devra détendre l'ensemble des muscles de son corps.
- La relaxation conditionnée ou contrôlée par un signal, le thérapeute va associer à la consigne de détente un mot comme « relaxer » qu'il va répéter, au cours de cette étape la respiration sera toujours ample, lente, régulière.

- La relaxation différentielle, le sujet va être dans l'action cette fois-ci, il devra réaliser une action avec comme objectif de maintenir détendues les parties du corps qui ne sont pas en lien avec l'action.
- L'entraînement à l'application, pour cette dernière phase il est demandé au sujet d'identifier des situations pouvant déclencher du stress afin de le prévenir par une relaxation rapide.

L'objectif de cette technique plus simple à réaliser et plus courte pour avoir des effets similaires est de pouvoir l'utiliser face aux événements de stress de la vie quotidienne.

d) *La sophrologie*

La sophrologie qui prend ses origines de la technique de training autogène, est une méthode de relaxation dynamique dont l'objectif est de transformer les angoisses ou phobies en pensées positives.

Elle a été mise au point en 1960 par le neuropsychiatre Alfonso CAYCEDO qui a inventé le terme « sophrologie » à partir des mots grecs « sos » (harmonie) « phrên » (esprit) et « logos » (étude), soit l'étude de la conscience en harmonie (21).

La sophrologie propose tout d'abord une relaxation dynamique, cette elle est réalisée en position assise et debout (28). Elle se décompose en trois degrés :

- Le premier degré consiste en des stimulations corporelles réalisées debout. Le but est une prise de conscience du corps et des sensations corporelles. Le sujet a une respiration dite « synchronisée » ou en carré. En effet, l'inspiration est associée à la mise en tension et l'expiration associée au relâchement. Les

pauses appelées suspensions ou pause d'intégration, permettent un « accueil des sensations et des phénomènes perçus ».

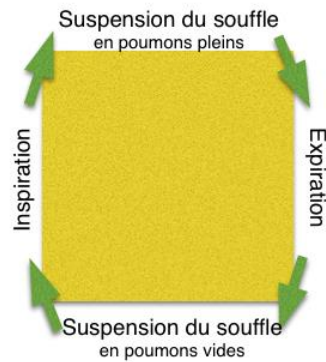


Figure 1 : La respiration carrée

- Pour le deuxième degré il s'agit d'une relaxation en position assise. Le sujet va effectuer des mouvements en série de la nuque, du cou, des membres et du tronc, suivis d'une pause et de la contemplation des sensations du corps. La pause est également appelée pause d'intégration. La séquence se termine en invitant le sujet à éprouver un sentiment positif vis-à-vis de lui ou des autres.
- Pour le troisième degré, la pratique se fait en position assise, le sujet pratique à nouveau la respiration « synchronisée ». Il va tenter avec les expirations de « déplacer » le négatif de son existence vers l'extérieur.

Ensuite, il y a la sophronisation de base, c'est la partie centrale d'une séance de sophrologie. C'est une méthode de relaxation statique, physique et mentale. Elle consiste à modifier l'état de conscience, à se situer dans un état « sophroliminal » afin d'évoluer vers un état de conscience « sophronique » Elle comprend 3 moments :

- L'induction : le sophrologue guide la personne à la prise de conscience de chacune des parties de son corps afin d'y amener la détente. Le but est d'atteindre l'état entre veille et sommeil. La décontraction musculaire s'installe, c'est un moment de « lâcher prise ».
- L'activation ou approfondissement : cela consiste à utiliser une image ou une pensée agréable pour activer le positif chez la personne. Le sophrologue propose des activations variées (prise de conscience de la respiration, des battements du cœur ...). Chaque exercice est suivi d'une pause qui sert à capitaliser et à mémoriser les sensations vécues.
- La reprise : c'est la remontée vers l'état de veille ordinaire. Le but est de ramener progressivement la personne à son état habituel. C'est une reprise progressive avec d'abord une amplification de la respiration, puis la réalisation de mouvements pour récupérer un tonus musculaire normal (29).

Cette étape est plus courte, elle dure environ quinze minutes.

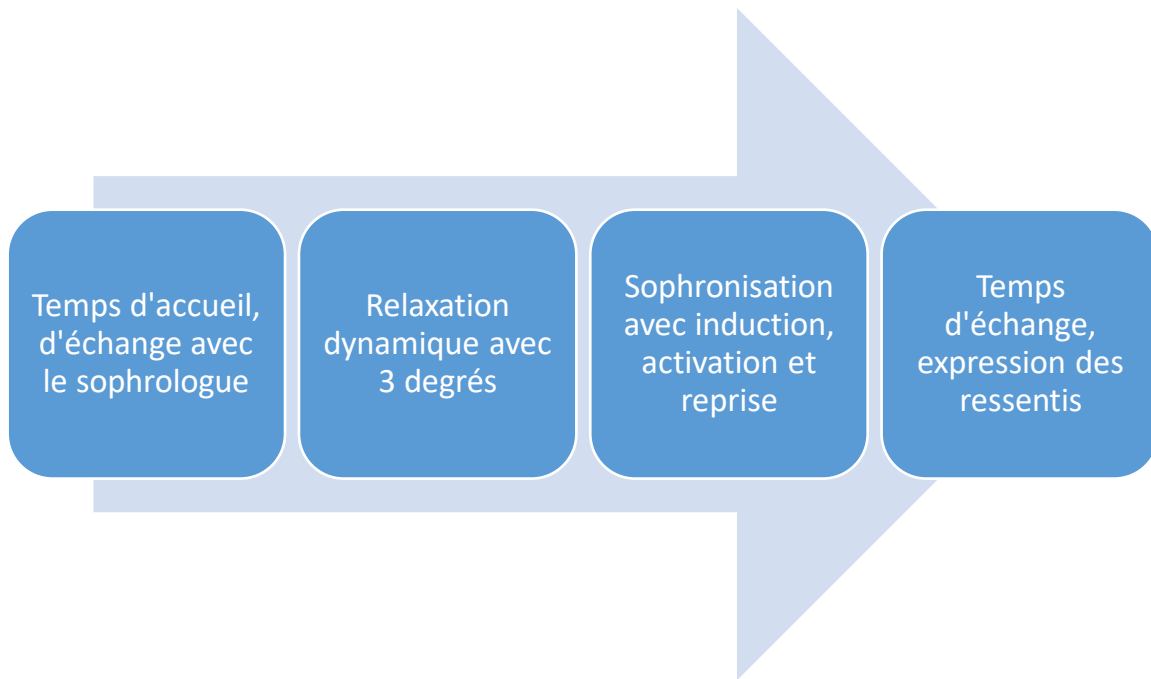


Figure 2 : Déroulé d'une séance de sophrologie (30)

e) *La nouvelle approche de la relaxation*

Actuellement, la relaxation au sens large regroupe des outils des différentes techniques décrites précédemment. La relaxation se déroule lors de séances plus courtes, elle est adaptée aux problèmes médicaux et psychologiques auxquels les patients font face. L'apprentissage est structuré mais avec de nouveaux moyens : techniques audio, livres avec des exercices afin de pratiquer seul, applications sur smartphone, chaînes youtube, ... Cette évolution permet de rendre la relaxation accessible à un public plus large, avec des services qui peuvent être « à la demande », voire même gratuits, la pratique peut se faire au domicile, les contraintes semblent moins importantes pour effectuer des séances de relaxation. Désormais la relaxation est utilisée à la fois comme outil de bien-être mais aussi comme outil thérapeutique.

La technique de base va se concentrer en grande partie sur la respiration, qui peut être passive (le patient ne contrôle pas sa respiration) ou active, et sur la détente

musculaire (le but étant de prendre conscience de son corps). En effet, comme nous l'avons vu plus haut la respiration a un rôle majeur dans la prise de conscience de l'état de relaxation dans tous les types de relaxation. Le sujet doit être capable de respirer sans entrave, sans blocage tensionnel avec une respiration à la fois abdominale, thoracique, diaphragmatique, afin de pouvoir profiter pleinement de sa capacité pulmonaire.

Cette nouvelle façon de pratiquer la relaxation, semble être une approche plus simple pour initier un individu à cette technique. Cela pourrait être une thérapie supplémentaire à proposer aux patients souffrant de pathologies addictives.

B. Trouble de l'usage d'alcool

1. Définition d'un trouble de l'usage de l'alcool

La classification américaine de psychiatrie des troubles mentaux, le DSM (pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a publié sa 5ème version en 2014. Dans cette dernière, il n'y a plus de notion comme dans le DSM IV et le CIM-10 de mésusage et de dépendance. Le DSM 5 évoque un trouble de l'usage de l'alcool avec un gradient de sévérité.

Le diagnostic d'un trouble de l'usage de l'alcool s'obtient via 11 critères, avec trois niveaux de gravité qui sont faible, modéré et sévère.

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu (perte de contrôle)
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. syndrome de sevrage du produit caractérisé b. le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Tableau 1: Les onze critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool(31)

- Présence de 2 à 3 critères : trouble de l'usage de l'alcool faible
- Présence de 4 à 5 critères : trouble de l'usage de l'alcool modéré
- Présence de 6 critères ou plus : trouble de l'usage de l'alcool sévère

Les critères doivent être présents sur une période d'au moins un an pour que le diagnostic puisse être établi.

2. Les différentes recommandations

- **Normes de l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé)**

Le seuil de consommation d'alcool à moindre risque défini par l'OMS est différent si le sujet est un homme ou une femme :

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

Ainsi qu'une recommandation de ne pas consommer d'alcool au moins un jour par semaine.

- **Recommandations de Santé Publique France et de l'Institut National contre le Cancer :**

Les recommandations suite à l'avis d'expert de mai 2017 sont plus strictes que pour l'OMS et il n'y a plus de distinction homme-femme. La règle est la suivante : « maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours ». Cette règle a bénéficié d'une campagne de santé publique début 2019 (32).

Cela signifie qu'au cours d'une semaine il est recommandé :

- D'avoir au moins un à deux jours sans consommation d'alcool par semaine

- De ne pas boire plus de 2 verres dits « standards » les jours où l'on consomme de l'alcool.

- Et de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine.

3. Définition d'un verre d'alcool standard

Un verre standard d'alcool contient 10 grammes d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée (32).



Figure 3 : Verre d'alcool standard, équivalences

4. Physiopathologie de l'addiction à l'alcool

C'est en 1954 qu'OLDS et MILNER ont pu décrire l'existence d'un circuit de récompense se trouvant dans l'aire septale, suite à des expérimentations sur des rats (33). En effet, ils ont démontré chez les rats que l'autostimulation électrique de certaines structures cérébrales (dont l'aire tegmentale ventrale ATV) est associée à un jeûne fatal, un désintérêt des rats femelles, démontrant ainsi que l'activation de ces régions cérébrales surpasse celle induite par des récompenses naturelles comme la prise de nourriture ou l'activité sexuelle. Le circuit de la récompense apparaît donc capable de prendre le contrôle du comportement, et même de contrôler les déplacements (34).

Il y a trois structures cérébrales majeures dans le système de récompense. Tout d'abord il y a l'aire tegmentale ventrale (l'ATV) située dans le mésencéphale. C'est une des régions les plus primitives du cerveau, elle est située au sommet du tronc cérébral. Ce sont les neurones de cette région qui synthétisent la dopamine que leurs axones dirigent ensuite dans le noyau accumbens. L'ATV est aussi sous l'influence des endorphines dont les récepteurs sont la cible des drogues opiacées.

Il y a également les noyaux accumbens (ou striatum ventral) situés dans la région septale qui est une interface entre le système limbique et le système moteur. Ces derniers ont un rôle majeur dans le système de récompense et d'accoutumance. En effet, c'est au niveau de ces derniers que le neurotransmetteur appelé dopamine est libéré (35). La dopamine est impliquée dans le contrôle des fonctions motrices, exécutives et cognitives.

Puis il y a le cortex pré-frontal qui a un rôle dans l'attention et la motivation.

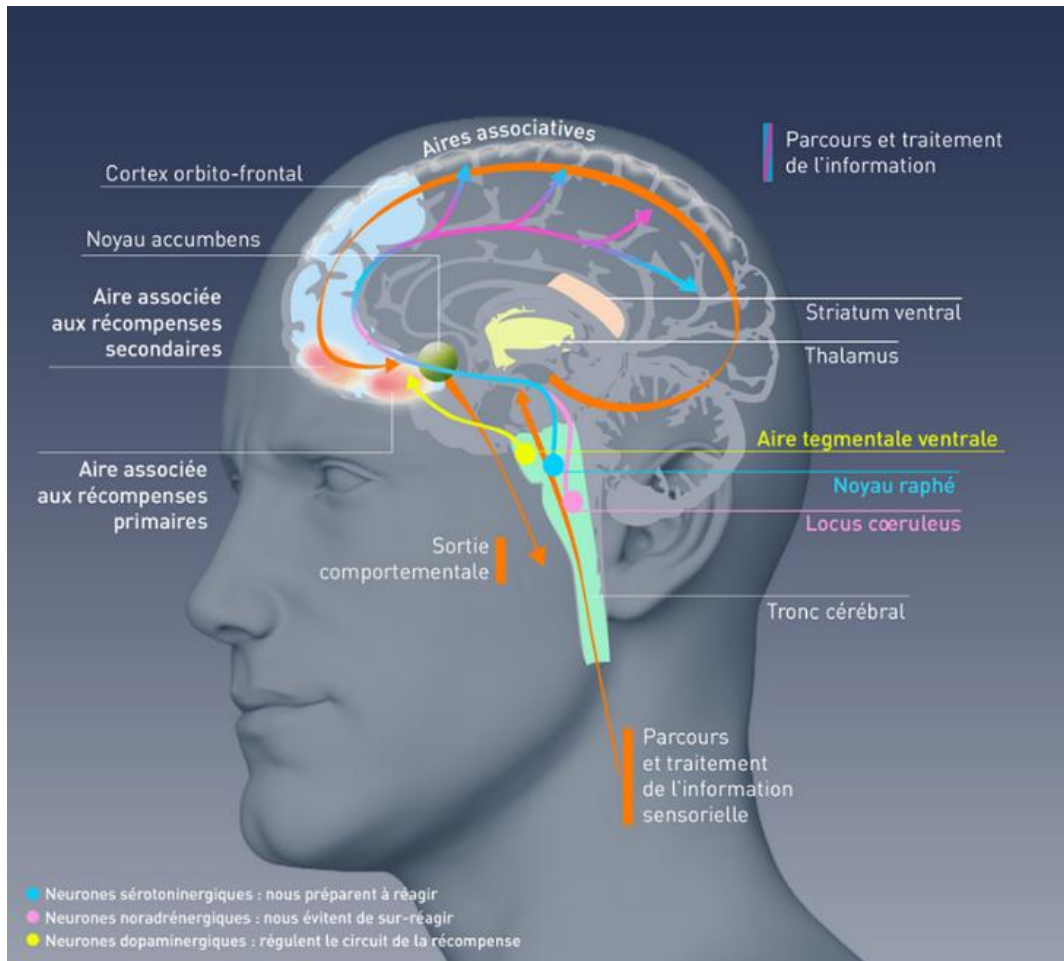


Figure 4 : Structures cérébrales impliquées dans le circuit de récompense (36)

Trois structures du système limbique ont également une implication dans le circuit de récompense. Tout d'abord l'amygdale, qui a un rôle dans la perception et l'évaluation des émotions via les stimulus extérieurs, dans l'anxiété et dans la peur, ainsi que dans la détection du plaisir (37). Ensuite, l'hippocampe, cette structure a une fonction centrale dans la mémoire, elle permet de conserver des souvenirs agréables liés par exemple à la consommation d'alcool. L'hippocampe permet également de garder en mémoire les détails de l'environnement lors des consommations, ce qui peut contribuer à la rechute du patient (38). Enfin, l'insula ou cortex insulaire, qui jouerait un rôle dans la recherche active du plaisir.

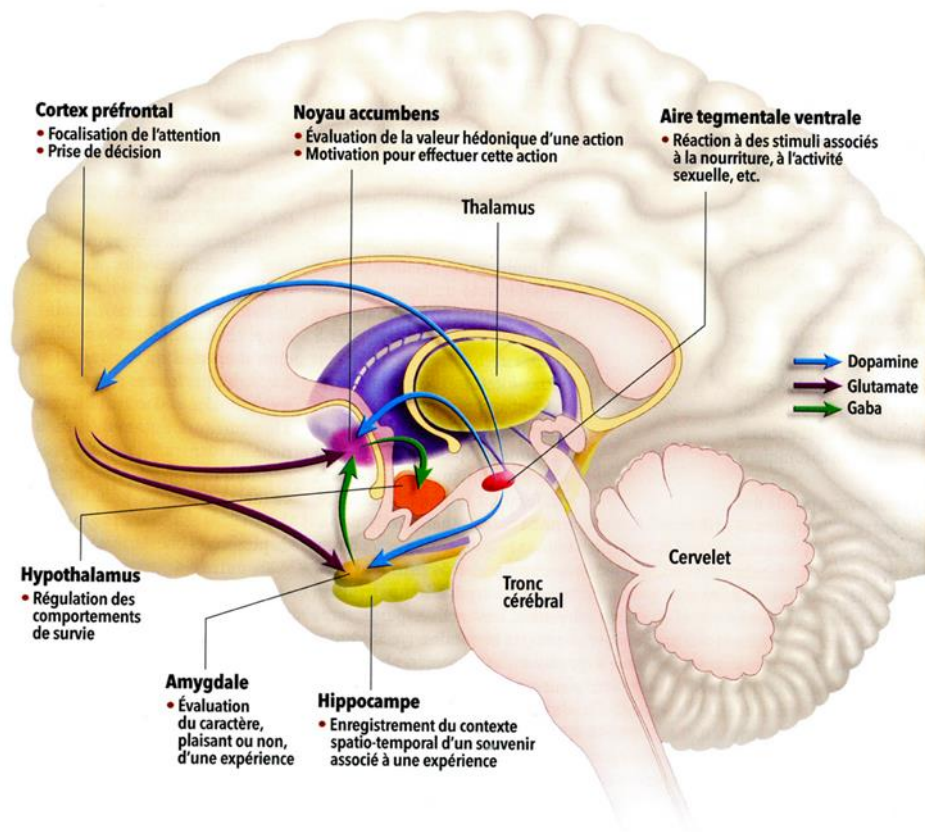


Figure 5 : Coupe sagittale médiane du cerveau avec mise en évidence des structures du système limbique (39)

Le circuit de récompense est important dans le fonctionnement de survie des mammifères. En effet, il permet de trouver la motivation afin de réaliser des tâches indispensables à la survie, telles que la quête de nourriture et la reproduction par exemple. L'ingestion d'alcool stimule de la même façon ce circuit de la récompense, ce qui provoque une libération de dopamine dans les noyaux accumbens. L'alcool prend en quelque sorte « la place » des substances qui produisent naturellement du plaisir via la libération de dopamine.

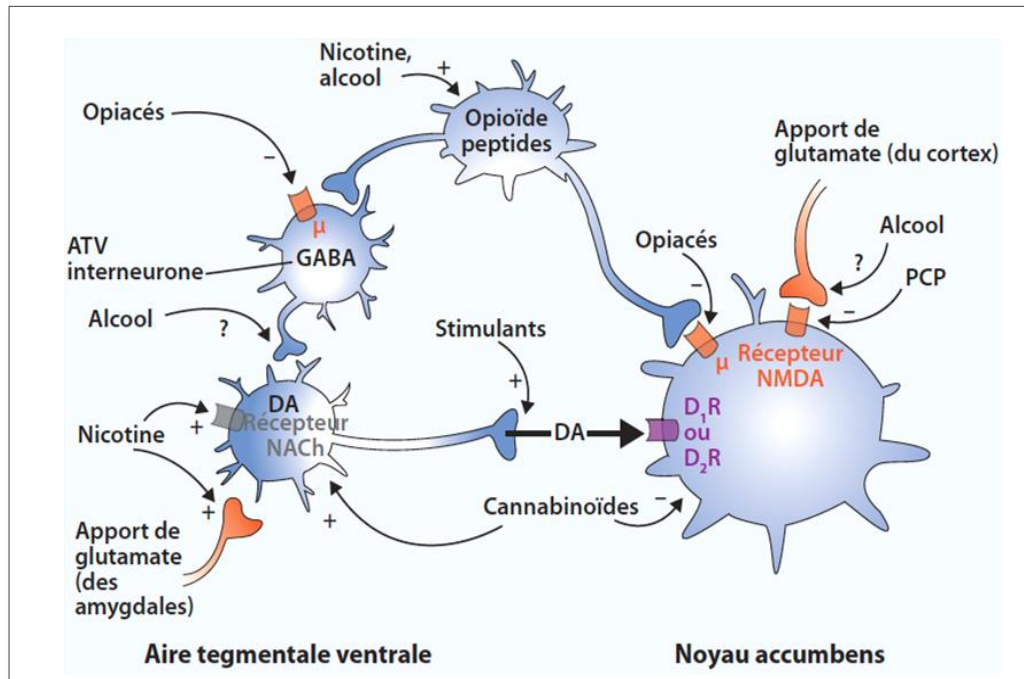


Figure 6 : Effets de l'alcool sur la voie dopaminergique (41)

L'effet de l'alcool se substitue à celui des récompenses naturelles pour lesquelles notre cerveau est programmé. L'alcool a un effet plus intense et prolongé, avec une augmentation de 25 à 50% de la concentration de dopamine extra-cellulaire. (40). De plus, lors d'une consommation aiguë d'alcool, le seuil de récompense est diminué, c'est ce qu'on appelle le renforcement positif (35).

A contrario, à long terme, lorsqu'il existe des consommations chroniques d'alcool, ce seuil de récompense est augmenté, les consommations doivent donc être plus importantes pour ressentir les effets plaisants. Il a également été remarqué une diminution du taux de récepteurs D2 de la dopamine (41). C'est ce qu'on appelle le phénomène de tolérance pharmacologique.

Chez un patient alcoolo-dépendant, il existe donc une dysfonction de la transmission dopaminergique avec la baisse du taux de récepteur, ce qui provoque une diminution de dopamine. Cette baisse associée à la dysfonction de l'activation du

circuit de récompense pousse le sujet à consommer de l'alcool car cela contribue à soulager des sensations négatives désagréables du manque d'alcool, c'est ce qui est appelé le renforcement négatif (35).

5. Prise en charge d'un trouble de l'usage d'alcool

La prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool associe des techniques médicamenteuse, cognitivo-comportementale, psycho-éducative et de prévention rechute (40) ainsi qu'une démarche globale de réhabilitation psycho-sociale.

Afin de prendre en charge un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool, il est nécessaire de savoir dans quelle phase motivationnelle il se situe. Cela s'établit via le modèle de changement de PROCHASKA et DI CLEMENTE (42).

- Phase de pré-contemplation : le patient n'identifie pas de problème en lien avec sa consommation d'alcool. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.
- Phase de contemplation : le patient commence à manifester une ambivalence, il envisage de changer de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. A ce stade, il est intéressant pour le médecin d'employer comme outil la balance décisionnelle afin que le patient puisse comparer les avantages et les inconvénients d'un changement avec ceux de son comportement actuel.
- Phase de préparation : le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche.

- Phase d'action : le patient effectue des changements dans ses consommations, dans son style de vie.
- Phase de maintien ou de consolidation : stade où pour le patient il peut être difficile de maintenir son projet, une rechute est possible.
- Phase de rechute : la rechute est possible, elle fait partie du processus de changement. Il est important d'identifier les processus en cause afin de prévenir d'autres rechutes.
- Phase de sortie permanente : ce stade marque la réussite finale du processus, avec la consolidation du stade de maintien.

LES PHASES DU PROCESSUS DU CHANGEMENT

(Prochaska et Di Clemente)

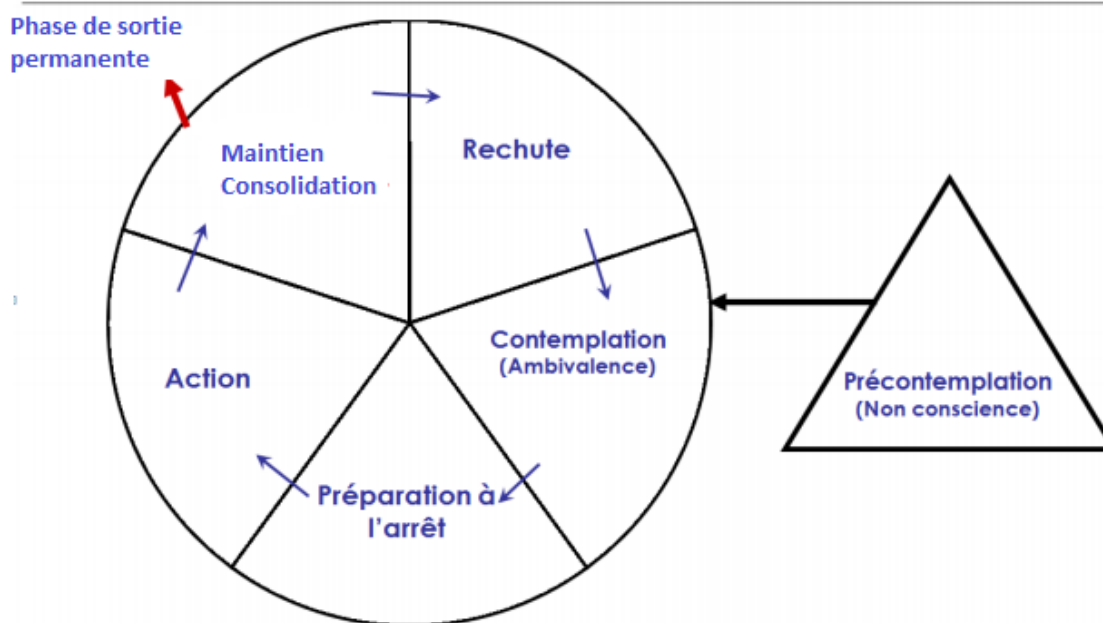


Figure 7 : Les phases du processus du changement (43)

Après une évaluation complète de la situation du patient, de ses besoins et de son projet, il peut lui être proposé un sevrage d'alcool. Celui-ci peut se réaliser aussi

bien en intra-hospitaliser qu'en ambulatoire, à condition de respecter les contre-indications à l'ambulatoire.

Alcoologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépendance physique sévère (score > 8) ■ Antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affections somatiques aiguës ■ Complication sévère de l'alcoolisme (dénutrition, hépatite alcoolique...)
Psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome dépressif sévère associé (jugement clinique) ■ Affection psychiatrique connue et évolutive
Environnementales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demande pressante de l'entourage (familial, social, judiciaire...) ■ Entourage non coopérant ou patient en situation d'isolement social sévère

Figure 8 : Contre-indications ou non-indications au sevrage ambulatoire (9)

Le sevrage en alcool se manifeste lors de l'arrêt brutal des consommations, avec des signes cliniques non spécifiques qui apparaissent en général dans les 24 premières heures de l'arrêt de l'alcool (9). Ces symptômes isolés, ou le plus souvent associés, se définissent en syndrome adrénurgique neurovégétatif avec des tremblements, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle, nausées, parfois vomissements, voire hyperthermie, ainsi qu'en troubles neuropsychiques mineurs (anxiété, irritabilité, troubles du sommeil) ou parfois plus intenses (agitation, confusion, attaque de panique, hallucinations).

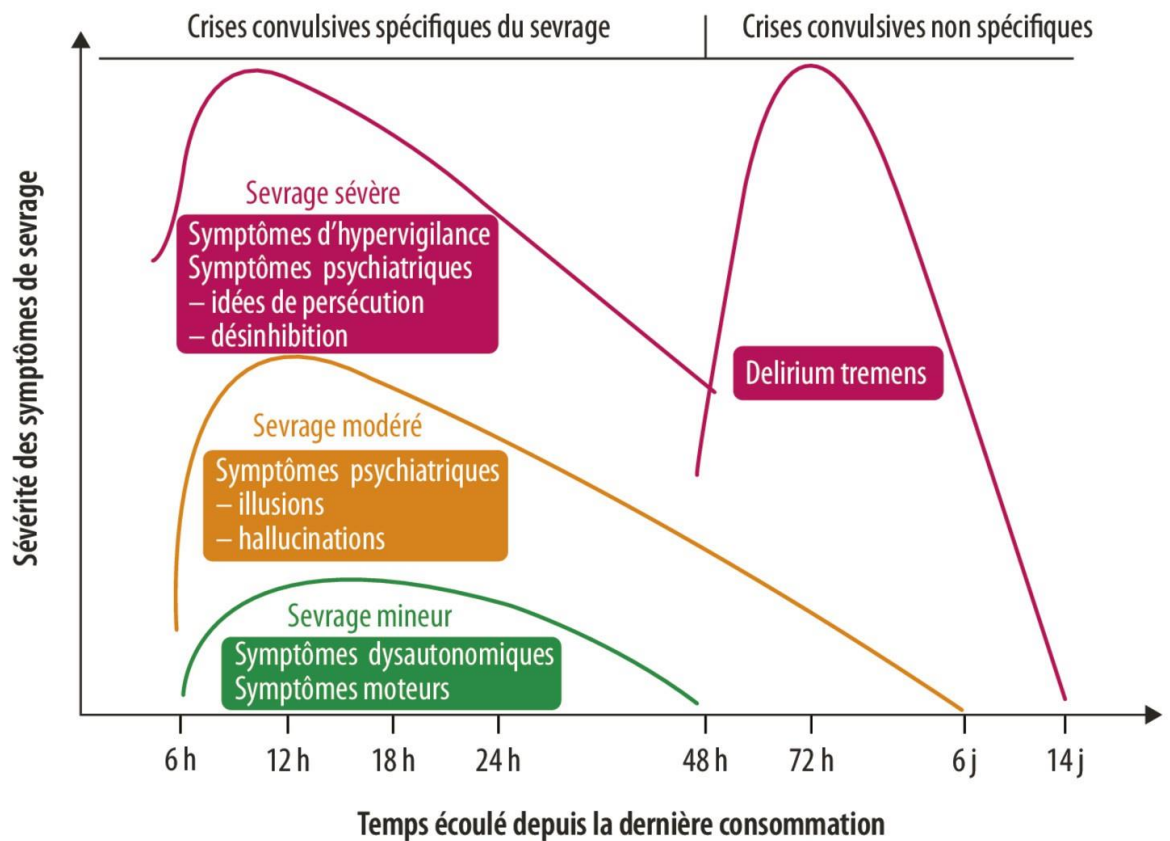


Figure 9 : Temporalité des signes cliniques d'un sevrage en alcool (44)

Un traitement médicamenteux n'est pas toujours obligatoire, il sera introduit en fonction de l'existence ou non d'une dépendance physique à l'alcool, et de la sévérité de celle-ci (elle est mesurée par le score de Cushman dont le but est de mesurer la sévérité du sevrage et de surveiller l'évolution de celui-ci).

	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81-100	101-120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 à 30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie, photophobie, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Index de Cushman. – Index de gravité du syndrome de sevrage alcoolique.

Score < 7 : état clinique contrôlé – Score de 7 à 14 : sevrage modéré – Score > 14 : sevrage sévère.

Figure 10 : Score de Cushman (45)

S'il est nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux, le traitement de premier choix reste les benzodiazépines à longue demi-vie. Les quantités seront diminuées progressivement, avec toujours une surveillance du score de Cushman afin de prévenir les complications du sevrage (46), sur 7 à 10 jours environ.

Chez un patient ne consommant pas d'alcool, il existe un état d'homéostasie dans lequel les neurotransmetteurs de GABA (acide γ aminobutyrique) (rôle d'inhibiteur du système nerveux central (SNC)) et les neurotransmetteurs de glutamate (rôle excitateur du SNC) sont à l'équilibre. Lorsqu'un sujet consomme de l'alcool de façon occasionnelle, cet équilibre se rompt, l'alcool favorisant l'action du GABA cela entraîne une diminution d'excitabilité du système nerveux central (47). A plus long terme, l'alcool agit comme un antagoniste du récepteur du N-méthyl-D-aspartate (NMDA) (récepteur du glutamate), réduisant ainsi le tonus excitateur du SNC. Il est aussi responsable d'une diminution du nombre de récepteurs GABA (down regulation). De plus, lors de consommations chroniques d'alcool, on observe une augmentation du nombre de récepteurs NMDA (up regulation) et une production accrue de glutamate. Cette neuroadaptation a pour but de maintenir une homéostasie du SNC.

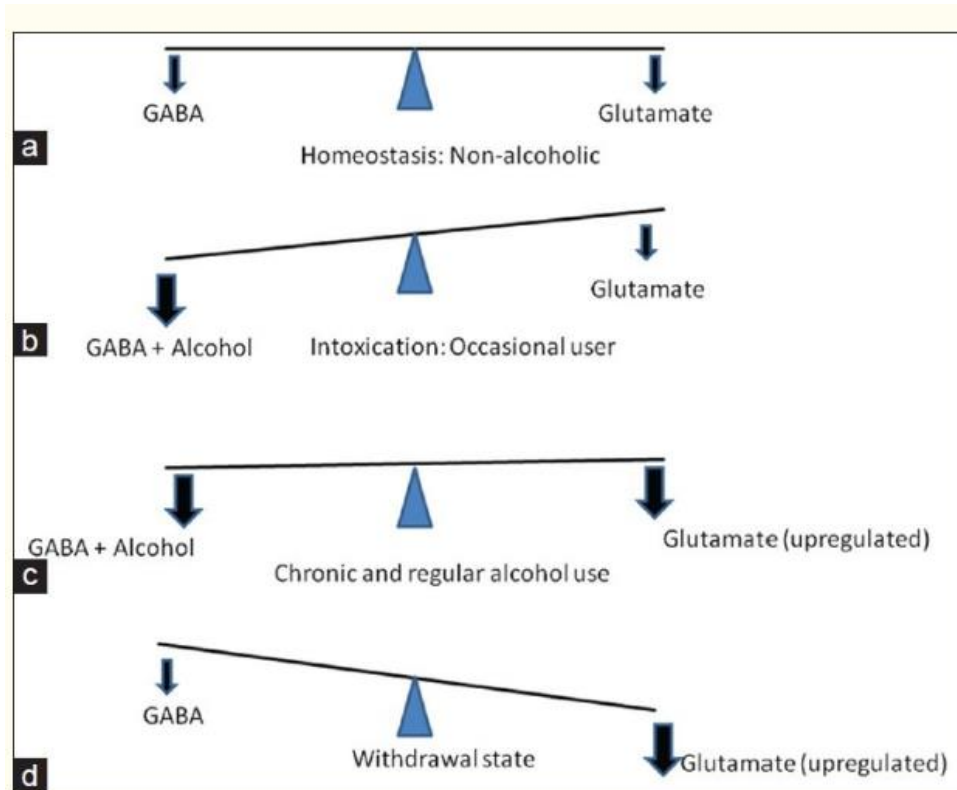


Figure 11 : neurochimie du sevrage d'alcool (47)

Cependant, lorsqu'un sevrage d'alcool est planifié, l'arrêt des consommations se fait de façon brutale et cela provoque un déséquilibre avec une hyperglutamatergie cérébrale importante. L'alcool n'étant plus là pour jouer son rôle inhibiteur du SNC, le rôle excitateur du glutamate n'est plus compensé, c'est ce déséquilibre brutal qui provoque une partie des signes de sevrage (47).

Cette hyperexcitation du SNC, associée à l'hyperactivation sympathique, entraîne les symptômes cliniques du sevrage alcoolique sous la forme d'une activité excessive du système autonome telle que la tachycardie, les tremblements, la transpiration et les manifestations neuropsychiatriques telles que l'anxiété, les symptômes délirants et les convulsions. Les benzodiazépines sont efficaces sur le syndrome de sevrage car elles agissent comme agonistes des récepteurs GABA, et

permettent de ré-équilibrer la balance GABA-glutamate. Le traitement repose également sur une hydratation adaptée aux pertes et la vitaminothérapie en B1 (thiamine) afin de prévenir la survenue d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (10).

Ainsi le thérapeute peut anticiper les difficultés auxquelles le patient pourrait faire face : comprendre ce qu'il ressent, et essayer de répondre à ses difficultés avec différentes thérapeutiques. La relaxation pourrait être un outil complémentaire de prise en charge, afin de permettre de supporter de façon la plus confortable possible les signes cliniques du sevrage.

Une fois le sevrage réalisé, la suite de la prise en charge comporte habituellement un accompagnement pluridisciplinaire. Un soutien psychologique est régulièrement nécessaire du fait d'une importante composante anxieuse chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Une évaluation et une prise en charge neuropsychologique est régulièrement proposée du fait de l'existence de troubles cognitifs en lien avec les consommations d'alcool (48). Une prise en charge sociale et psycho-éducative sont également proposées afin que les patients aient des outils à disposition pour éviter la rechute et que leur environnement soit plus propice au respect de leur projet thérapeutique. Dans cette prise en charge pluridisciplinaire, la relaxation trouve là encore sa place : le relaxologue pouvant très bien être un médecin, comme un psychologue, un neuropsychologue ou tout autre intervenant ayant un lien avec le suivi des patients traités pour un trouble de l'usage de l'alcool.

6. Quels sont les éléments impactant la rechute ?

De multiples éléments peuvent impacter la rechute de consommations excessives et non contrôlées d'alcool. Ils sont différents en fonction du profil du patient, de ses antécédents, de son parcours de vie, de ses modalités de consommations (49). Cependant certains critères semblent se démarquer et sont à considérer dans la prévention de la rechute.

Le sommeil semble être un facteur essentiel dans les rechutes. On estime une prévalence de 56% des patients qui présenteraient à la fois un trouble de l'usage de l'alcool et des troubles du sommeil (50). En effet bon nombre de patients ont de fausses croyances concernant leur sommeil. Selon eux, l'effet sédatif de l'alcool les aiderait à trouver le sommeil, ne sachant pas l'effet dévastateur que l'alcool a sur la qualité du sommeil (51), (52). Après une période de sevrage, les troubles du sommeil disparaissent peu à peu, mais cela peut prendre plusieurs mois. Les patients ayant toujours des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes fréquents peuvent vivre ce trouble du sommeil comme une dégradation de leur qualité de vie. Cet impact pourrait fragiliser l'adhérence des patients quant à la prise en charge addictologique et vis-à-vis de leur projet d'abstinence (38), en créant si les troubles du sommeil sont vécus de façon difficile des craving. Une étude chez des patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool a montré que les troubles du sommeil tels que les difficultés d'endormissement, les phases d'éveils nocturnes, et les réveils précoces étaient prédictifs d'un craving de plus forte intensité le lendemain. De façon réciproque, l'étude suggère qu'une plus forte intensité des épisodes de craving durant la journée était associée à une qualité de sommeil la nuit suivante altérée, évoquant un lien entre craving et troubles du sommeil (53).

De plus, on sait que le mésusage d'alcool est très souvent associé à des troubles anxieux. Il existe une forte prévalence entre trouble de l'usage d'alcool et anxiété, les chiffres varient en fonction des échelles utilisées (54). Il y aurait entre 30% et 70% des patients qui souffriraient de symptômes d'anxiété et de dépression à un degré variable avant un sevrage en alcool (55), (47). En dehors du trouble anxieux, il ne faut pas oublier de noter la forte prévalence de l'anxiété liée au sevrage, qui est le principal symptôme que les patients endurent, et qui influe sur la poursuite des consommations et la difficulté d'arrêter celles-ci (56). L'étude de M. DRIESSEN et S. MEIER (57) ayant porté sur des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, a évalué sur 4 semaines les différents niveaux d'anxiété et de dépression, au cours du sevrage puis dans la suite de la prise en charge addictologique. Ce travail révèle que les traits anxieux restent plus élevés chez les patients présentant des troubles anxio-dépressifs ou anxieux que chez les patients n'ayant pas de comorbidités, malgré le sevrage. Cette étude met également en évidence que le risque de rechute après 3 semaines d'abstinence est plus élevé chez les patients ayant encore un taux d'anxiété élevé.

La relaxation paraît donc une technique utile dans la prise en charge du TUAL, afin de diminuer les niveaux d'anxiété que pourraient ressentir les patients et améliorer la qualité de leur endormissement.

C. Place et intérêt de la relaxation dans la prise en charge du TUAL

La prise en charge d'un trouble de l'usage de l'alcool s'appuie sur de nombreuses techniques non médicamenteuses selon les lieux de soins. Différents ateliers ont été mis en place, comme les activités à médiation corporelle (la sophrologie, la relaxation, l'acupuncture (45)), les activités à médiation d'expression et de créativité (avec le rôle des ergothérapeutes, l'art thérapie, la musicothérapie), les activités socio-thérapeutiques dont le but est d'améliorer les capacités relationnelles.

L'efficacité de ces interventions sur la prévention de la rechute ainsi que sur la réduction des consommations d'alcool n'a été que très peu étudiée. Certaines études ont porté sur l'acupuncture et la recherche d'une efficacité dans le traitement de la dépendance. Cependant ces dernières ont toujours montré une faible qualité méthodologique (58), sans qu'il soit possible de conclure à une réelle efficacité.

Par ailleurs, de nombreuses études ont montré l'efficacité de la relaxation sur l'anxiété et la diminution du stress pour des patients présentant un trouble anxieux qu'il soit associé ou non à des consommations d'alcool pathologiques (59), (60), (61). La relaxation musculaire tout particulièrement a montré une importante réduction de l'anxiété chez des patients mésusant de l'alcool, qui était comparable aux résultats avec une prise en charge cognitivo-comportementale. Il s'agit d'un niveau de preuve de grade C, soit un faible niveau de preuve (62). De plus, une étude (63) portant sur l'utilisation d'une technique de Yoga basée sur la respiration et son rythme, a montré une diminution significative des éléments dépressifs qui peuvent survenir lors du sevrage en alcool, mais c'est également une étude de niveau de preuve faible.

La relaxation a également fait l'objet de recherches dans les troubles du sommeil. Ces études ont montré que la relaxation et la prise d'hypnotique étaient efficaces dans la prise en charge d'insomnies (64). La sophrologie a également été étudiée à une échelle moindre, et différentes études concluent à une amélioration de la qualité du sommeil (65), (66).

Tous ces éléments nous indiquent que la relaxation pourrait être une technique complémentaire à apporter aux patients au cours de leur sevrage en alcool et dans la suite de leur prise en charge. La relaxation est déjà utilisée dans de nombreux services d'addictologie, et ce depuis longtemps ; mais elle reste une technique de soin de support, utilisée de manière empirique, sans évaluation scientifique, avec souvent comme objectif un bien-être immédiat seulement. De plus, il existe peu de programme de relaxation avec un suivi, nous n'avons donc pas d'informations sur les éléments qu'il sera possible de modifier pour adapter cette pratique aux patients pris en charge pour un TUAL. Nous avons besoin d'une évaluation plus précise des programmes de relaxation, tant pendant le sevrage que lors du suivi. Il est nécessaire de mieux connaître comment organiser ces programmes.

III. Hypothèses et objectifs

La relaxation est donc une technique prometteuse dans la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool, à la fois pour améliorer le confort pendant la période de sevrage mais également à plus long terme pour prévenir la rechute. Elle reste encore peu étudiée dans le domaine de l'addictologie. Il semble indispensable d'en mesurer plus finement l'efficacité, mais aussi d'explorer les attentes et le ressenti des patients afin d'adapter au mieux les programmes proposés pour favoriser l'adhésion à la relaxation et la pratique autonome. A cet effet, nous avons proposé des séances de relaxation à des patients TUAL lors d'une prise en charge hospitalière dès la phase de sevrage, ainsi que différents outils d'évaluation.

A. Objectifs de l'étude

Ce travail avait pour objectif principal l'évaluation les effets de séances de relaxation réalisées en début d'hospitalisation sur l'anxiété et la dépression, chez des patients pris en charge pour un trouble de l'usage de l'alcool nécessitant un sevrage.

Les objectifs secondaires étaient :

- L'étude de la faisabilité et de l'acceptabilité de la mise en place de séances de relaxation chez des patients pris en charge dans un service d'addictologie pour un trouble de l'usage de l'alcool dès la phase de sevrage.
- L'évaluation et l'évolution du niveau de bien-être avant et après chaque séance de relaxation.

- L'évaluation de l'adhésion à des séances de relaxation, sur 4 séances en ambulatoire, proposées au décours de l'hospitalisation.
- L'évaluation de la pratique en autonomie de la relaxation au cours de l'hospitalisation et au décours à 1 mois de la sortie.

B. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la variation du score anxiété et dépression du questionnaire HAD en amont, au cours et en fin du programme de relaxation. Les scores HAD avant les séances (HAD0), au cours du programme (HAD1) et après l'ensemble des séances de relaxation (HAD2) ont été comparés aux scores HAD de patients hospitalisés pour le même motif mais n'ayant pas bénéficié des séances de relaxation aux mêmes temps de prise en charge.

Nous faisons l'hypothèse que la pratique de séances de relaxation permettrait une diminution significative des scores HAD des patients entre le début et la fin des séances de relaxation, soit entre les scores HAD0, HAD1 et HAD2. Et que cette diminution serait significativement plus importante que pour le groupe de patients n'ayant pas bénéficié de la relaxation.

Les critères de jugement secondaires étaient la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en place de séances de relaxation ; le taux de participants à la relaxation en autonomie grâce aux documents mis à disposition ; le taux de satisfaction de la mise en place de séances de relaxation ; le score de qualité de vie ; le taux de participation à la pratique de la relaxation proposée en ambulatoire.

IV. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude pilote, descriptive, observationnelle par questionnaire, avec un recrutement prospectif et monocentrique.

Notre étude s'appuyait sur le programme « APADDICTO » mis en place pour la seconde fois dans le service d'addictologie du CHU de Caen d'avril à juin 2019, en collaboration avec l'UFR STAPS. Le programme « APADDICTO » est un programme d'activité physique adaptée (APA) proposé aux patients hospitalisés pour un sevrage. Dans le cadre de ce travail, seuls les patients hospitalisés pour un sevrage en alcool ont été interrogés. Les séances du programme (hors relaxation) étaient animées par deux étudiantes en STAPS en stage de Master 1 d'Activité Physique Adaptée et Santé, sous supervision des médecins du service.

2. Population étudiée

Critères d'inclusion : hospitalisation dans le service d'addictologie pour un sevrage en alcool, accord du patient.

Critères d'exclusion : contre-indication médicale à la pratique sportive, refus de participation du patient.

Les patients pratiquant les séances de relaxation devaient donc également participer à l'APA.

3. Déroulement de l'étude et recueil des données

Lorsque le patient était inclus dans le protocole « APADDICTO » il était par la même occasion inclus pour participer aux séances de relaxation, les séances de relaxation étant intégrées au protocole. Le programme « APADDICTO » s'est déroulé pour chaque patient sur 3 semaines.

Le planning « APPADDICTO » est présenté en figure 12.

PLANNING HEBDOMADAIRE								
Lisa FALQUERHO et Raphaëlle DESTRES								
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
9:00						Pendant le we, le patient complète les questionnaires de la semaine A entre les semaines A et B.		
9:30		Accès libre supervisé à la salle après accord médical pour séance de vélo en autonomie (patient hors protocole)			(évaluation des patients déjà en semaine infos) POST TEST			
10:00								
10:30		B1		A1				
11:00								
11:30								
12:00								
12:30								
13:00	(évaluation des patients encore en sevrage)							Et ils réalisent la séance C1 en autonomie entre les semaines B et C
13:30								
14:00	(évaluation des patients déjà en semaine infos) PRE TEST			Accès libre supervisé à la salle après accord médical pour séance de vélo en autonomie (patient hors protocole)	A2			
14:30			B2		Donner questionnaires semaine A			
15:00								
15:30		C2		C3	B3			
16:00								
16:30			Donner questionnaires semaine C	Récupération des questionnaires semaine C				
17:00	Récupération des questionnaires semaine A							
17:30								
	EVALUATION POST-PROGRAMME	TRAITEMENT DE DONNEES		EVALUATION PRE- PROGRAMME				
SEMAINE A :		SEMAINE B :		SEMAINE C :				
A1 : RELAXATION / STRETCHING DOUX JEUDI 10h30-11h30		B1 : AEROBIE ET EQUILIBRE , MARDI 10h30-11h30		C1 : ACTIVITE PHYSIQUE en autonomie (selon fiche d'exercice) sur le we				
A2: STRECHING / ETIREMENT ET RELAXATION VENDREDI 14h-15h		B2: STRETCHING ET RELAXATION, MERCREDI 14h30-15h30		C2 : AEROBIE ET EQUILIBRE , LUNDI 15h30-16h30				
		B3: RENFORCEMENT MUSCULAIRE , JEUDI 15h30-16h30		C3 : RENFORCEMENT MUSCULAIRE, MERCREDI 15h30-16h30				

Figure 12 : Planning du déroulement du protocole « APADDICTO »

Les patients bénéficiaient donc lors de la 1^{ère} semaine d'hospitalisation (soit semaine A sur le planning) d'une séance de relaxation le jeudi, puis une 2^{ème} le vendredi. Lors de la 2^{ème} semaine d'hospitalisation (semaine B) ils ont pu bénéficier d'une 3^{ème} séance de relaxation ainsi que d'une séance d'activité physique adaptée douce centrée sur la réadaptation à l'effort et l'équilibre, puis lors de la 3^{ème} semaine du protocole (semaine C) ils étaient invités à pratiquer la relaxation seuls via des aides audio mises à disposition en parallèle des séances d'activité physique.

a) Questionnaires

A l'exception du questionnaire HAD standardisé et validé qui est utilisé régulièrement en milieu hospitalier, les autres questionnaires remis aux patients ont été rédigés spécialement pour l'étude.

Questionnaire n°1 (Annexe 1) : Questionnaire avant la relaxation

Ce questionnaire réalisé avec l'aide d'un psychiatre addictologue et d'une médecin généraliste addictologue ayant une formation en relaxation, a été distribué lors de l'arrivée du patient dans le service soit au début du sevrage. Ce questionnaire permettait de mesurer le niveau de bien-être à l'instant T sur une échelle de 0 à 10 (0 signifiant très angoissé et 10 très détendu). Il cotait également la qualité de vie sur une échelle de 0 à 10. Ce formulaire nous renseignait également sur la perception du patient concernant son sommeil, et s'il bénéficiait d'aides médicamenteuses. Via ce questionnaire nous interrogeons également le patient sur ses connaissances à propos de la relaxation, s'il l'avait déjà expérimentée, à quelles occasions et quelles étaient ses attentes vis-à-vis de la pratique de celle-ci.

Questionnaire « HAD » ou Hospital Anxiety and Depression scale (Annexe 2)

Ce questionnaire avait pour but d'évaluer l'anxiété et la dépression. C'est un outil qui permet de dépister s'il existe des troubles anxio-dépressifs. L'échelle comprend 14 items, cotés de 0 à 3.

Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la composante dépressive (total D), ces questions permettent donc d'obtenir deux scores. La note maximale de chaque score est de 21 (67).

Nous rappelons que le score HAD peut donc être catégorisé (68), c'est-à-dire que pour le score total :

- Si le score était compris entre 0 et 14 il n'y avait pas de troubles anxio-dépressifs.

- S'il était supérieur à 15 il y avait la présence de troubles.

Pour le score anxiété et dépression :

- Si le score était compris entre 0 et 7 il n'y avait pas de troubles anxieux ou dépressifs

- Si le score était compris entre 8 et 10, des troubles anxieux ou dépressifs étaient suspectés

- Si le score était supérieur à 11, des troubles anxieux ou dépressifs étaient avérés (68).

Pour une meilleure lecture des données, nous avons fait le choix de regrouper les scores HAD dépression et anxiété suspectés et avérés en une seule catégorie qui était appelée HAD pathologique.

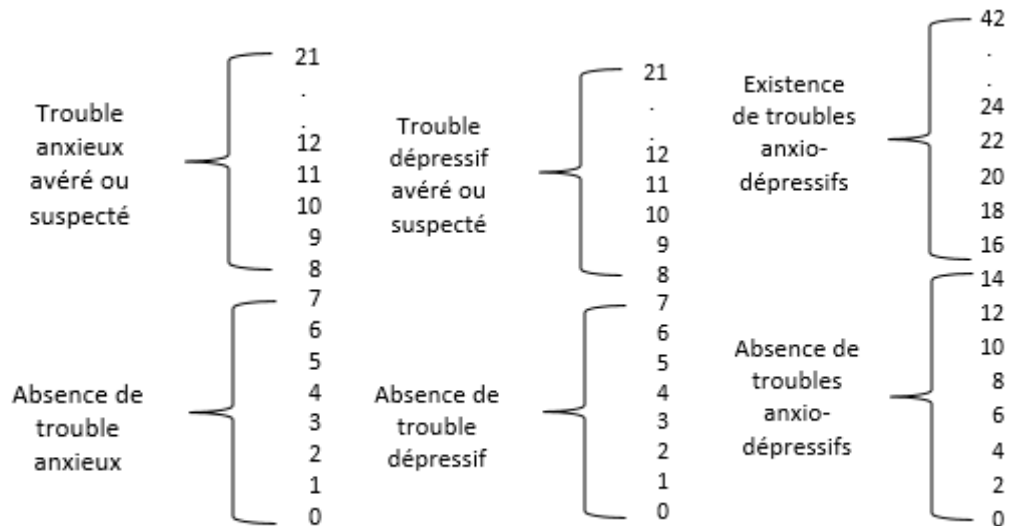


Figure 13 : Echelles des troubles anxieux, dépressif et total, permettant de séparer en pathologique de non pathologique

Les patients de notre étude ont dû remplir les questionnaires HAD à 3 temps d'hospitalisation différents, HAD0 c'est-à-dire au début de leur sevrage avant la 1^{ère} séance de relaxation, puis HAD1 après 2 séances de relaxation puis HAD2 à l'issue de la 3^{ème} séance de relaxation.

Afin de séparer les effets du sevrage d'une part, des effets de la relaxation et de l'APA d'autre part, les scores HAD des patients ont été comparés aux scores HAD aux mêmes temps hospitaliers (soit HAD0 HAD1 et HAD2) des patients hospitalisés pour le même motif mais n'ayant pas participé au protocole « APADDICTO ».

Ces données ont été récoltées en juin et juillet 2019 (soit juste après la dernière inclusion à « APADDICTO ») afin d'observer l'évolution habituelle moyenne des scores HAD lors d'un sevrage en alcool dans le service. L'ensemble de ces données a permis d'avoir un échantillon comparable pour l'échelle HAD

Questionnaires n°2 (Annexe 3) : Questionnaires d'évaluation des séances de relaxation

Ces questionnaires ont été remis aux patients avant et après chaque séance de relaxation afin que ces derniers puissent évaluer sur une échelle de 0 à 10 leur bien-être avant et après la relaxation ainsi que leur qualité de vie avant chaque séance.

Concernant l'évaluation et l'évolution du score de bien-être ainsi que de celui de la qualité de vie, elle n'a été faite que par les patients ayant participé au protocole « APADDICTO » et donc ayant eu les séances de relaxation.

Questionnaire n°3 (Annexe 4) questionnaire à l'issue de la dernière séance de relaxation

Ce questionnaire nous a permis d'avoir le ressenti du patient, en effet ce dernier a jugé si le nombre de séances de relaxation lui a paru suffisant, la facilité de pratique de la relaxation en autonomie via les documents audio, mais également de savoir comment il percevait son sommeil. Grâce aux réponses collectées cela nous permettait aussi de savoir si les patients avaient eu des envies d'alcool, comment ils avaient fait pour les gérer, ainsi que de savoir si leurs attentes vis-à-vis de la pratique de la relaxation avaient été respectées. A travers ce dernier questionnaire nous avons

également interrogé les patients sur leur souhait de poursuivre les séances de relaxation en ambulatoire.

b) Déroulé des séances de relaxation

Les patients ont bénéficié des séances de relaxation suivantes :

-2 séances lors de leur 1^{ère} semaine d'hospitalisation

-Une 3^{ème} séance lors de la 2^{ème} semaine d'hospitalisation

Les patients étaient dans des groupes allant de 2 à 4 participants au maximum.

La pratique de la relaxation s'est faite en position allongée, les patients étaient installés sur un tapis de sol (matériel prêté par le service d'addictologie), et avec leur oreiller s'ils le souhaitaient afin d'avoir un support au niveau de la tête. Il n'y avait pas de lumière artificielle, l'ambiance était tamisée grâce à des panneaux de bois disposés devant les fenêtres.

La durée des séances était comprise entre 15 et 20 minutes. L'intervenant n'était pas présent physiquement dans la salle, mais sa voix était diffusée via une enceinte portable avec une séance de relaxation pré-enregistrée. Une 2^{ème} enceinte portable était disposée dans la pièce afin de passer en même temps un son agréable soit un bruit de ruisseau ou de forêt.

Lorsque le document audio se lançait les patients étaient invités à fermer les yeux s'ils le souhaitaient.

Avant et après chaque séance les patients devaient remplir le court questionnaire d'évaluation des séances présenté en Annexe 3 pour noter la façon dont ils se sentaient sur une échelle de 0 à 10 (de très angoissé à très détendu).

A l'issue des 2 premières séances de relaxation, les patients ont eu à disposition des liens internet avec des séances de relaxation gratuites à écouter autant de fois qu'ils le souhaitent.

A leur sortie d'hospitalisation les patients étaient informés qu'ils seraient recontactés ultérieurement, s'ils étaient d'accord, pour convenir d'un rendez-vous afin de participer à des séances de relaxation en ambulatoire.

4. Réévaluation à 4 semaines

Quatre semaines après l'arrêt du programme « APADDICTO » les patients ayant participé aux séances de relaxation ont été contactés par téléphone afin de savoir s'ils avaient continué la pratique de la relaxation en autonomie et s'il y avait eu une reprise des consommations d'alcool.

5. Séances de relaxation en intra-hospitalier

Les patients ont été contactés au début du mois de Juin 2019 pour les informer que les séances de relaxation au sein du service débuteraient le 11 juin. Il s'agissait de séances hebdomadaires, de 30 minutes environ, réalisées par un des médecins du service. La participation était libre, les patients pouvaient venir de façon hebdomadaire ou de façon plus sporadique.

6. Analyses statistiques et traitement des données

Les analyses statistiques ont été menées à l'aide du logiciel Statistica (StatSoft 2011. STATISTICA, logiciel d'analyse des données, version 10. www.statsoft.fr). Un seuil de probabilité de 0,05 a été adopté pour toutes les analyses.

Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de présenter la population des patients et les résultats des questionnaires suivants : questionnaire avant la relaxation, questionnaire d'évaluation des séances de relaxation et questionnaire à l'issue de la dernière séance de relaxation.

Tout d'abord, le test non paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé afin de comparer les scores HAD des groupes R (groupe ayant eu la relaxation) et NR (groupe n'ayant pas eu la relaxation) aux différents temps d'évaluation ainsi que l'âge des participants. Trois temps différents ont été étudiés, ils sont expliqués sur la figure 14 présentée ci-dessous.

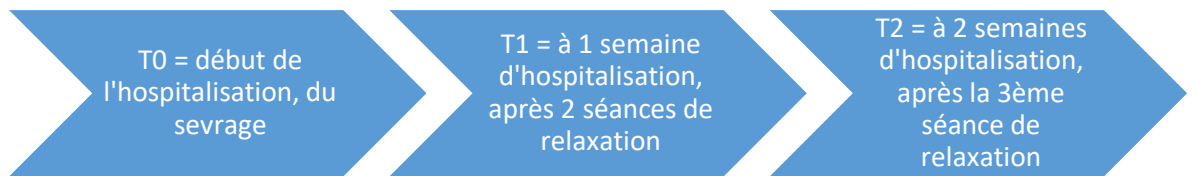


Figure 14 : Chronologie des 3 temps étudiés

Ensuite, du fait des faibles effectifs, l'analyse de l'évolution au cours du temps des scores HAD total, anxiété et dépression au sein de chaque groupe (groupe R ayant pratiqué la relaxation et groupe NR n'ayant pas pratiqué la relaxation) a été réalisée à l'aide du test non paramétrique de Wilcoxon. Les questionnaires HAD ont donc été remplis aux 3 temps différents, comme présenté sur la figure n°15.

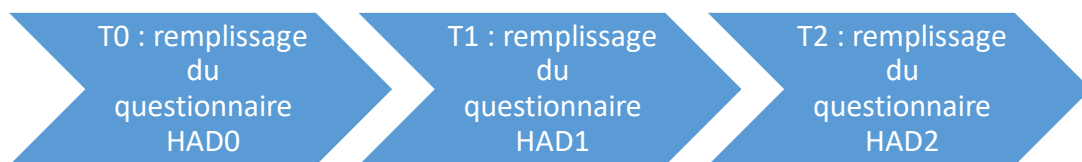


Figure 15: Temps de remplissage des questionnaires HAD

Enfin nous avons effectué des tests de Chi-2 avec correction de Yates (correction pour faibles effectifs) pour analyser l'évolution des effectifs des patients entre la catégorie HAD non pathologique (« absence de trouble ») et la catégorie HAD pathologique (présence de troubles « avérés » ou « suspectés »). Nous avons opéré ce regroupement car l'objectif thérapeutique était d'obtenir un maximum de patients dans la catégorie absence de trouble en fin de prise en charge.

Il est à noter que seules les différences significatives (au seuil 0.05) sont indiquées sur les figures à l'aide d'un symbole étoile. Le détail des analyses est présenté en annexe.

Pour analyser l'évolution de la prise d'un traitement médicamenteux pour le sommeil, nous avons comparé avec le même test de Chi-2 que précédemment le nombre de patients qui prenaient un traitement médicamenteux pour trouver le sommeil au début et à la fin de la prise en charge.

7. Avis éthique

Un avis éthique auprès du Comité Local Ethique de la Recherche en Santé (CLERS) du CHU de Caen a été demandé et un avis favorable a été émis le 7 mai 2019.

V. Résultats

1. Effectif d'inclusion

Sur la période d'évaluation, 18 patients ont été inclus dans le protocole « APADDICTO » et ont pu bénéficier des séances de relaxation. Sur ces 18 patients, seuls 15 ont participé à toutes les séances de relaxation et ont pu remplir tous les questionnaires.

Tous les patients ont accepté la relaxation au sein du protocole « APADDICTO », ils étaient satisfaits pour 100% d'entre eux que le service hospitalier leur propose ce type d'activité. L'absence de participation à toutes les séances de relaxation pour 3 des patients n'était pas de leur fait, mais due à des rendez-vous pour des examens médicaux.

Sur la période du 10 juin au 12 juillet 2019, 16 patients ont été inclus dans le groupe contrôle. Ils n'ont pas bénéficié de séances de relaxation, ni de l'activité physique adaptée (possibilité d'activité physique en accès libre), mais ont pu après

accord de leur part remplir les questionnaires HAD aux mêmes temps de l'hospitalisation que les patients inclus dans le protocole.

2. Caractéristiques de la population

	Groupe relaxation : R (N= 15)	Groupe sans relaxation : NR (N=16)
Femmes (en pourcentage)	27 %	31,2 %
Age moyen	45,8 ans [34 – 64]	45,8 ans [31 – 69]
Patients ayant déjà pratiqué la relaxation (en pourcentage)	53,3 %	
Patients prenant un traitement médicamenteux pour le sommeil (en pourcentage)	53,3 %	50%

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

L'analyse du questionnaire avant la 1^{ère} séance de relaxation (Annexe 1) souligne que 100% des patients du groupe R (N=15) souhaitaient voir une diminution de leur angoisse avec la pratique de la relaxation. Pour 80% d'entre eux ils souhaitaient une amélioration de leur qualité de vie, pour 73,3% la relaxation était attendue comme une aide dans leur projet d'abstinence et pour 53,3% ils aspiraient à apprendre la relaxation en autonomie. Les résultats sont présentés en figures 16 et 17.

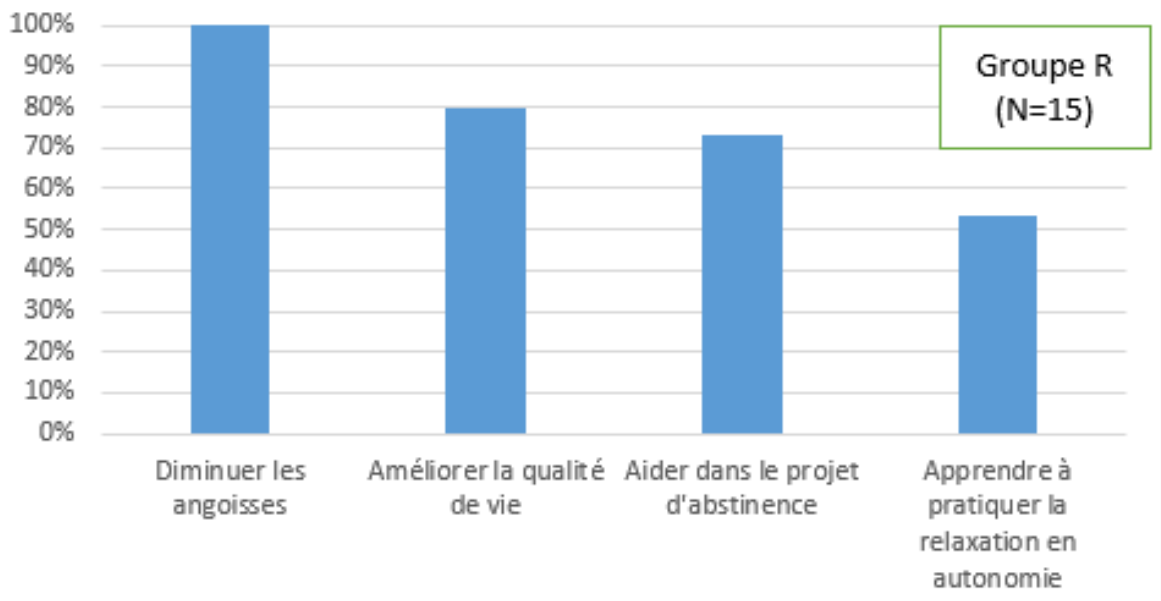


Figure 16 : Attentes des patients vis-à-vis de la relaxation

Leurs outils actuels pour faire face à une situation stressante ou à une angoisse étaient les suivants :

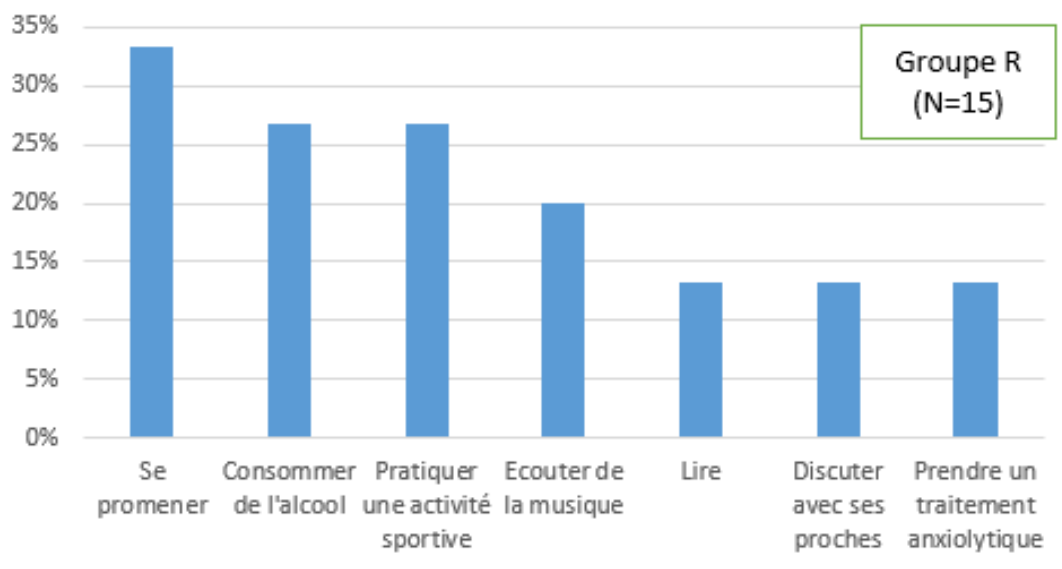


Figure 17 : Outils actuels face à une situation stressante

3. Critère de jugement principal : anxiété et dépression

a) Comparaison inter-groupe (R versus NR)

Les résultats du test non paramétrique de Mann-Whitney soulignaient que les deux groupes n'étaient pas significativement différents en âge.

Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes R et NR pour les scores HAD totaux, anxiété et dépression, et à chacun des 3 temps d'évaluation comme l'illustrent les figures 18, 19 et 20.

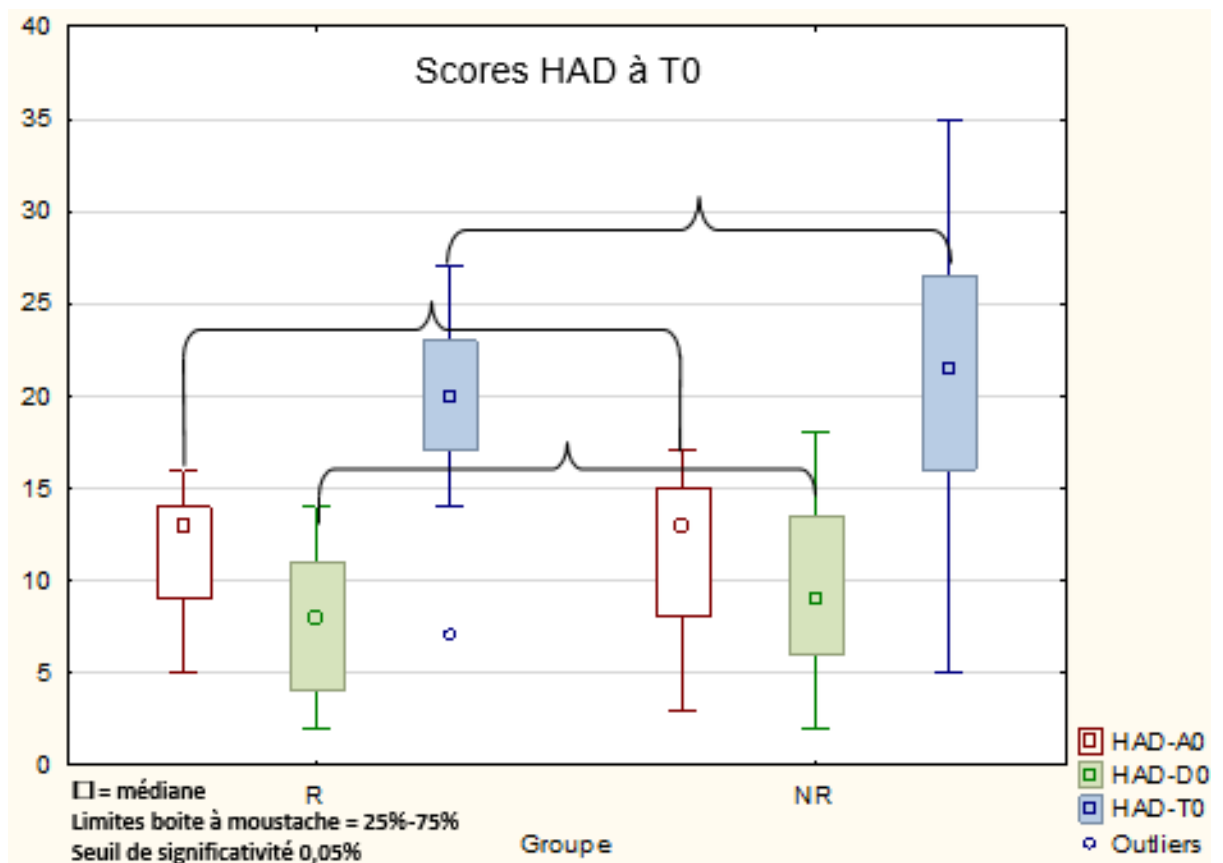


Figure 18 : Comparaison du score HAD0 entre les groupes R et NR (significativité indiquée par une étoile)

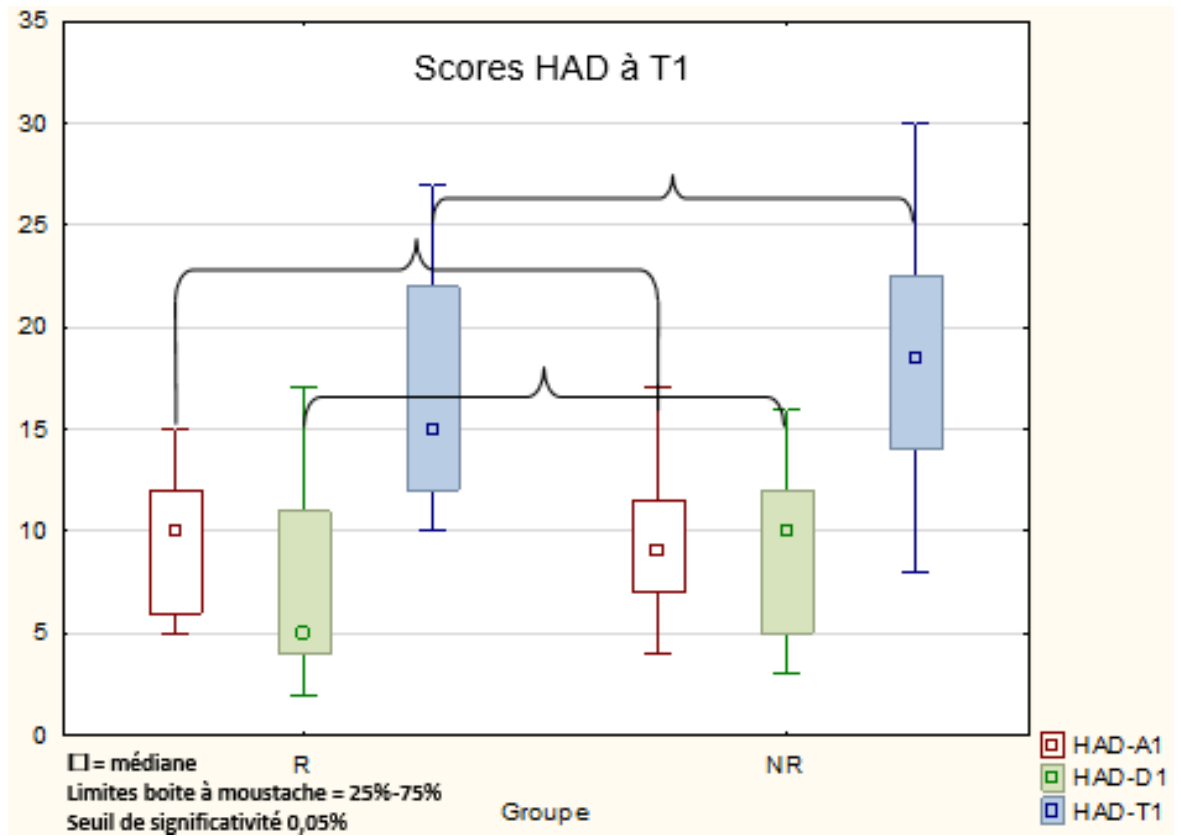


Figure 19 : Comparaison du score HAD1 entre les groupes R et NR (significativité indiquée par une étoile)

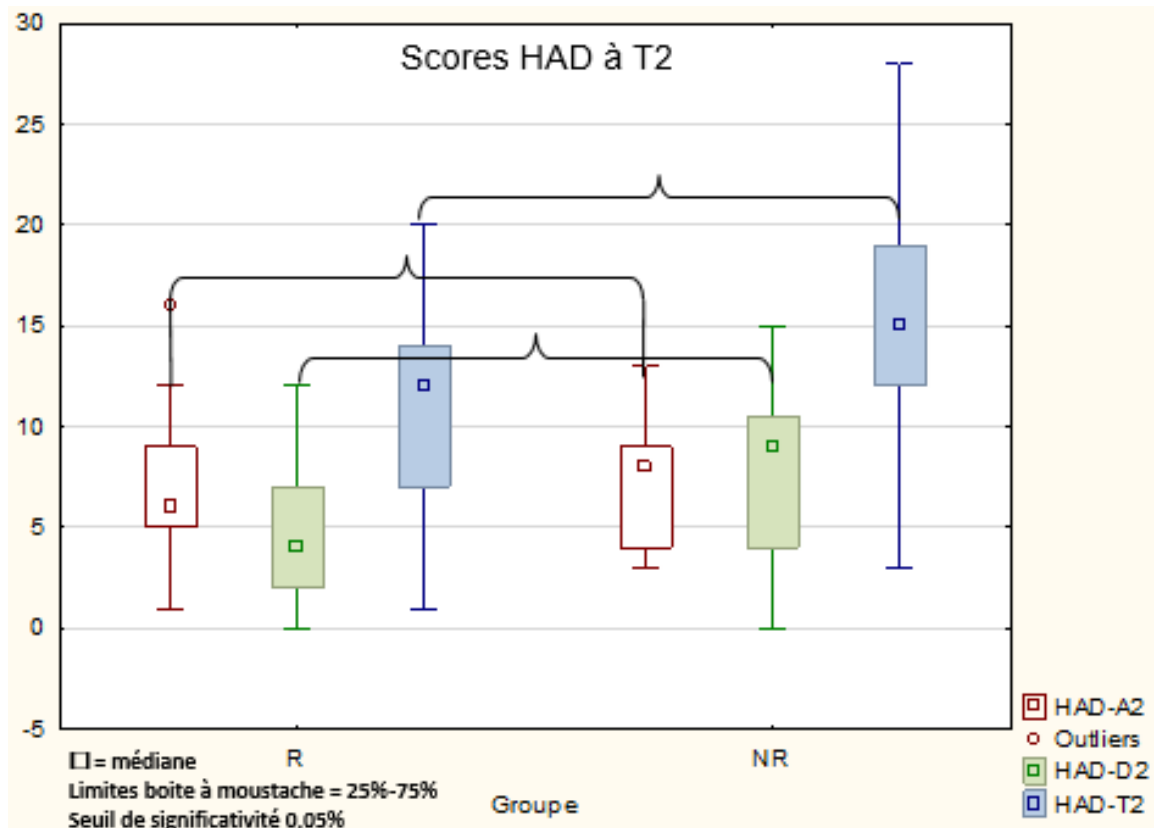


Figure 20 : Comparaison du score HAD2 entre les groupes R et NR (significativité indiquée par une étoile)

b) Comparaison intra-groupe (R et NR) score HAD

Pour le groupe R, entre le temps 0 et le temps 1 (soit entre l'arrivée dans le service et après 2 séances de relaxation) il n'y avait pas de différence significative au niveau du score HAD total. En revanche il y avait une différence significative entre le temps T1 et T2 ainsi qu'entre le temps T0 et T2 (Figure 21).

Cette différence significative se retrouve aux mêmes temps pour le groupe NR.

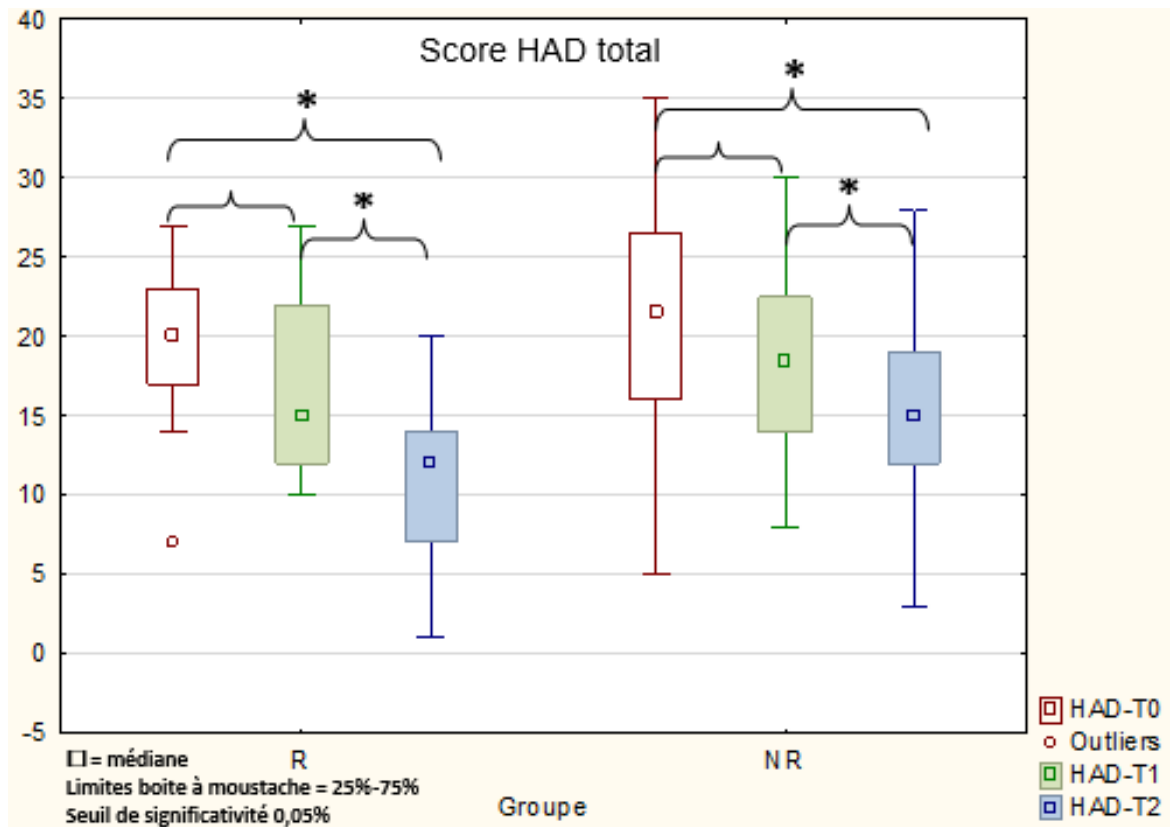


Figure 21 : Comparaison score HAD total aux 3 temps, groupe R et NR (significativité indiquée par une étoile)

Comme présenté sur la figure 22, concernant le score HAD anxiété pour le groupe relaxation nous constatons une diminution significative aux différents temps d'étude. Pour le groupe NR la diminution significative était obtenue uniquement entre T0 et T2 et entre T1 et T2.

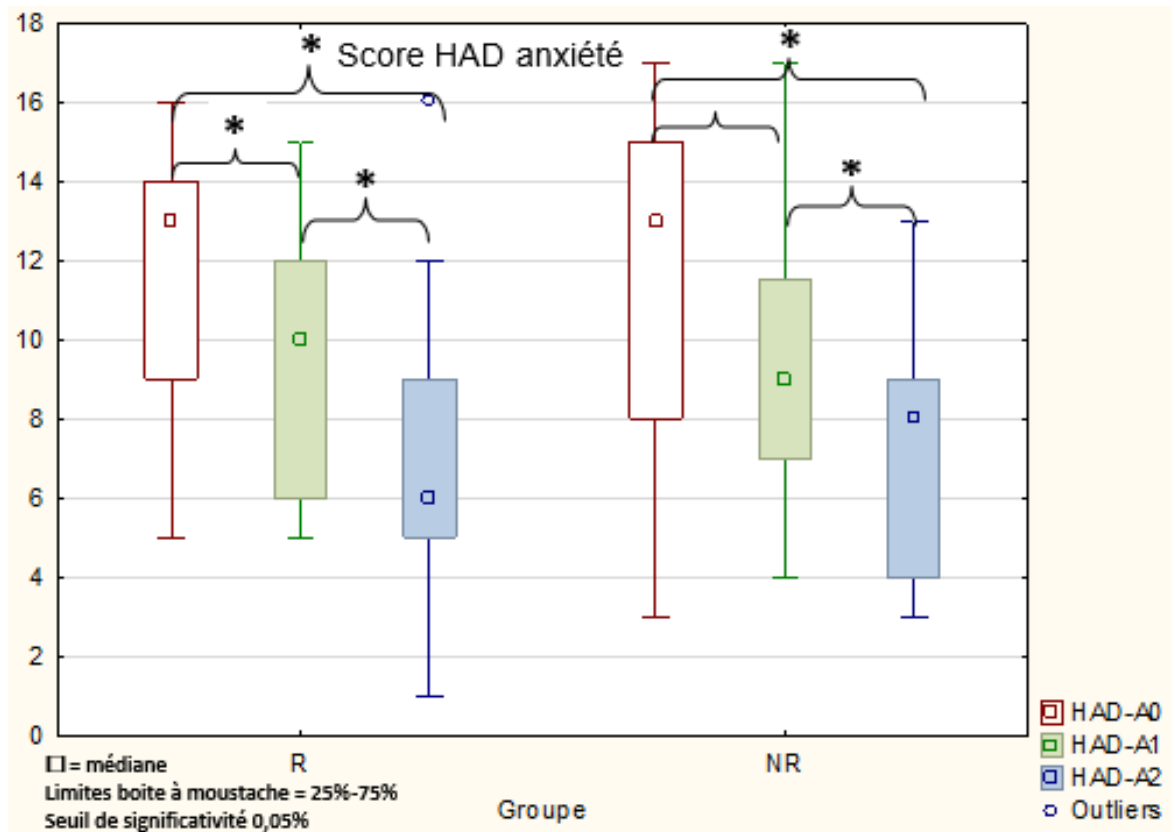


Figure 22 : Comparaison score HAD anxiété aux 3 temps, groupe R et NR (significativité indiquée par une étoile)

Concernant le score HAD dépression, présenté dans la figure 23, nous constatons qu'il y avait une différence significative uniquement dans le groupe NR entre les temps T1 et T2 ainsi qu'entre les temps T0 et T2.

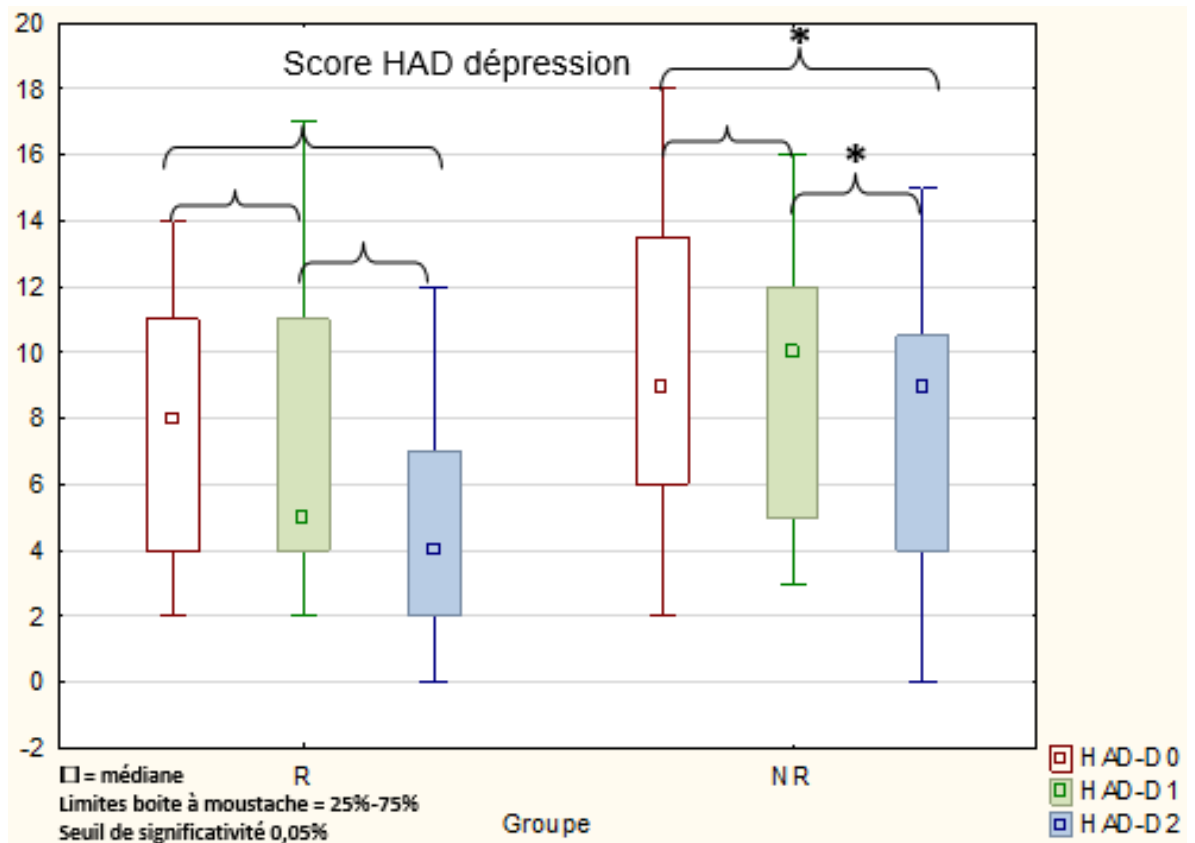


Figure 23 : Comparaison score HAD dépression aux 3 temps, groupe R et NR (significativité indiquée par une étoile)

c) Comparaison intra-groupe (R et NR) catégories HAD

Nous avons ensuite décidé de nous intéresser de façon plus précise au score HAD, en différenciant le score HAD pathologique et non pathologique. Pour cela les tests de Chi-2 ont été effectués. Nous avons constaté qu'il y avait une diminution significative du nombre de patients qui présentaient un score pathologique au niveau du score anxiété et du score total entre T0 et T2 pour les patients ayant bénéficié de séances de relaxation (Figures 24 et 25).

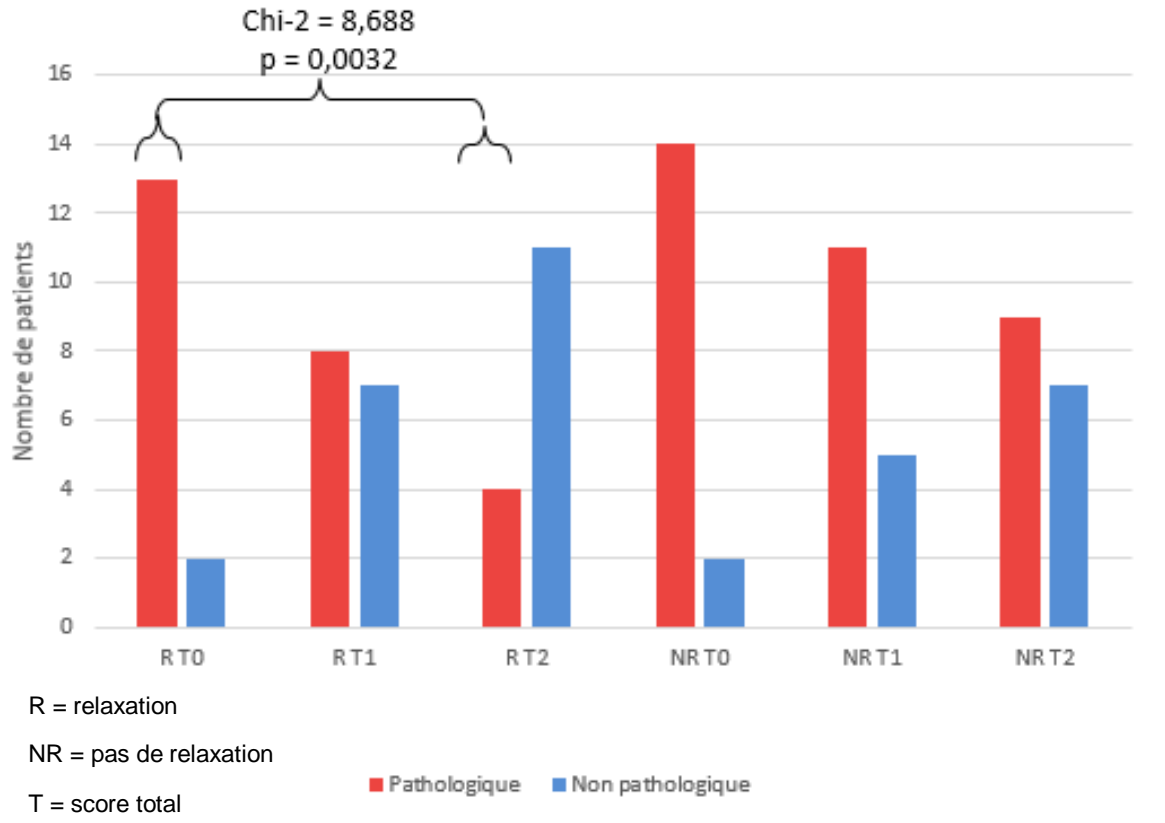


Figure 24 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD total pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation

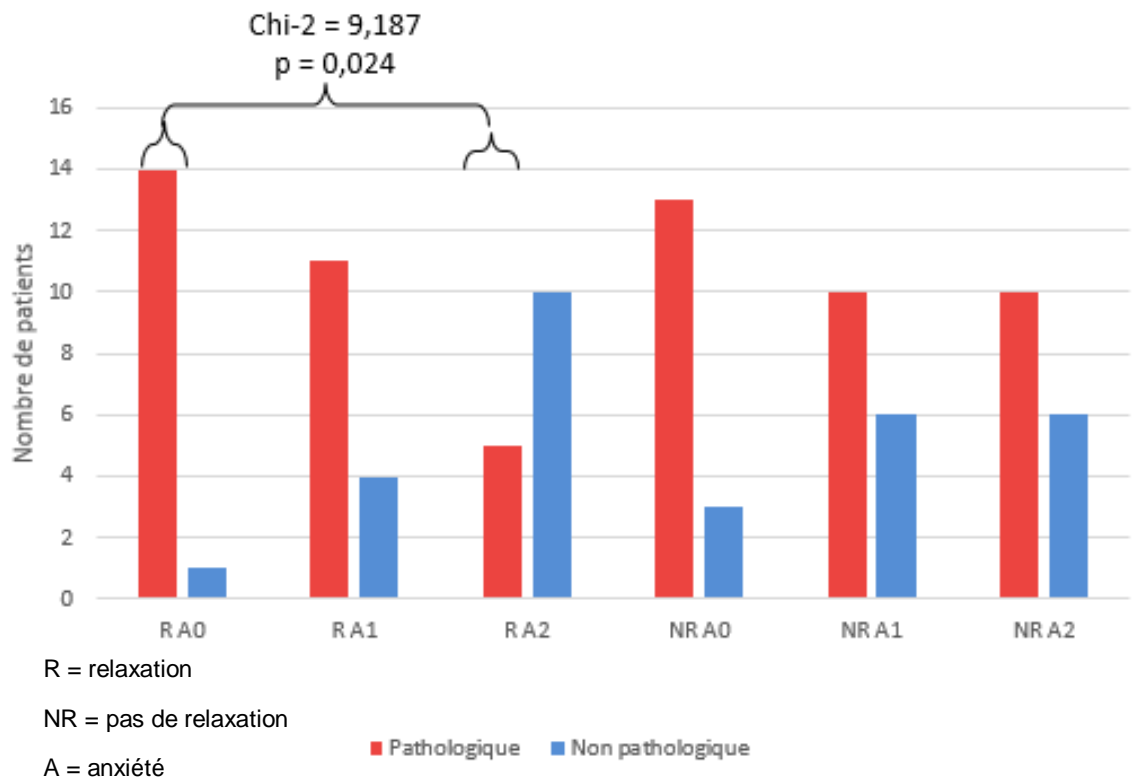


Figure 25 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD anxiété pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation

Pour le score dépression étudié via le Chi-2, nous avons remarqué une diminution significative du score dépression pathologique pour le groupe R, en comparaison au groupe NR au temps T2. Nous retrouvons donc un vrai effet de groupe, non lié au temps pour le score dépression (Figure 26).

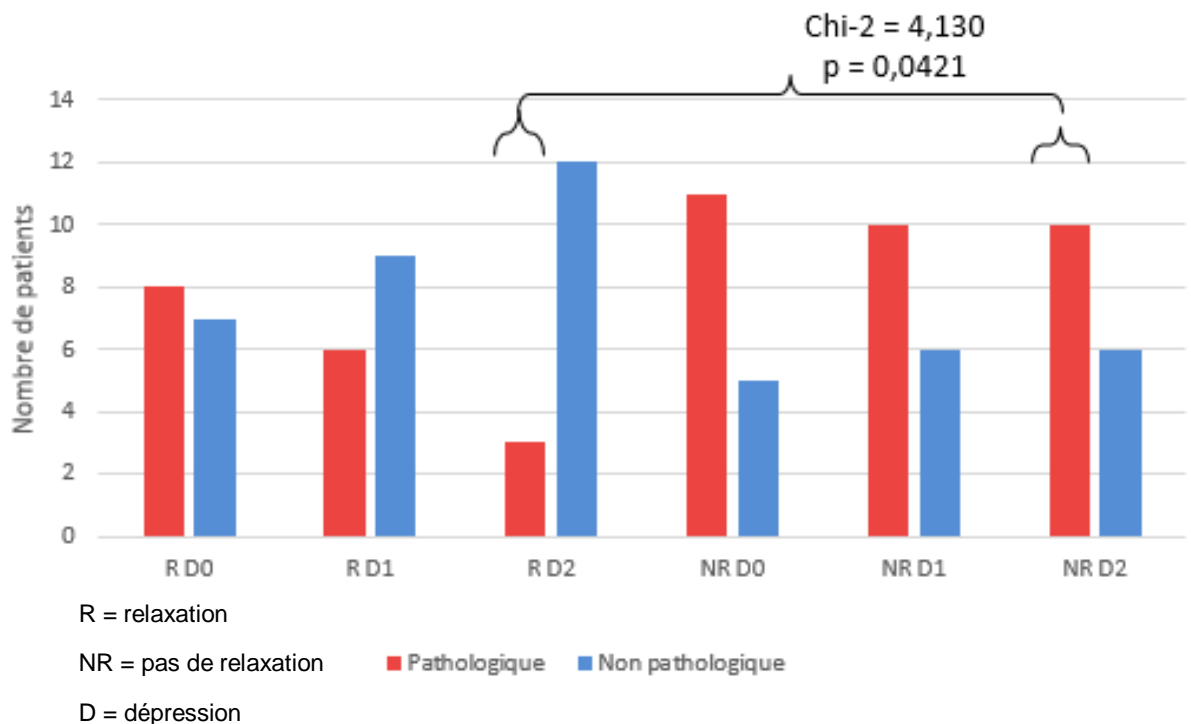


Figure 26 : Évolution du nombre de patients présentant un score HAD dépression pathologique et non pathologique sur les différents temps d'hospitalisation

4. Critères de jugement secondaires

a) Score de bien-être en cours de prise en charge (groupe R)

Selon l'évaluation menée au sein du groupe R, nous avons constaté que les patients avaient un score de bien-être qui augmentait systématiquement entre chaque séance. En effet à l'arrivée dans le service au début du sevrage le score de bien-être était très bas, puis il s'améliorait à l'issue de la 1^{ère} séance de relaxation. Cependant en amont de la 2^{ème} séance de relaxation ce score avait de nouveau chuté.

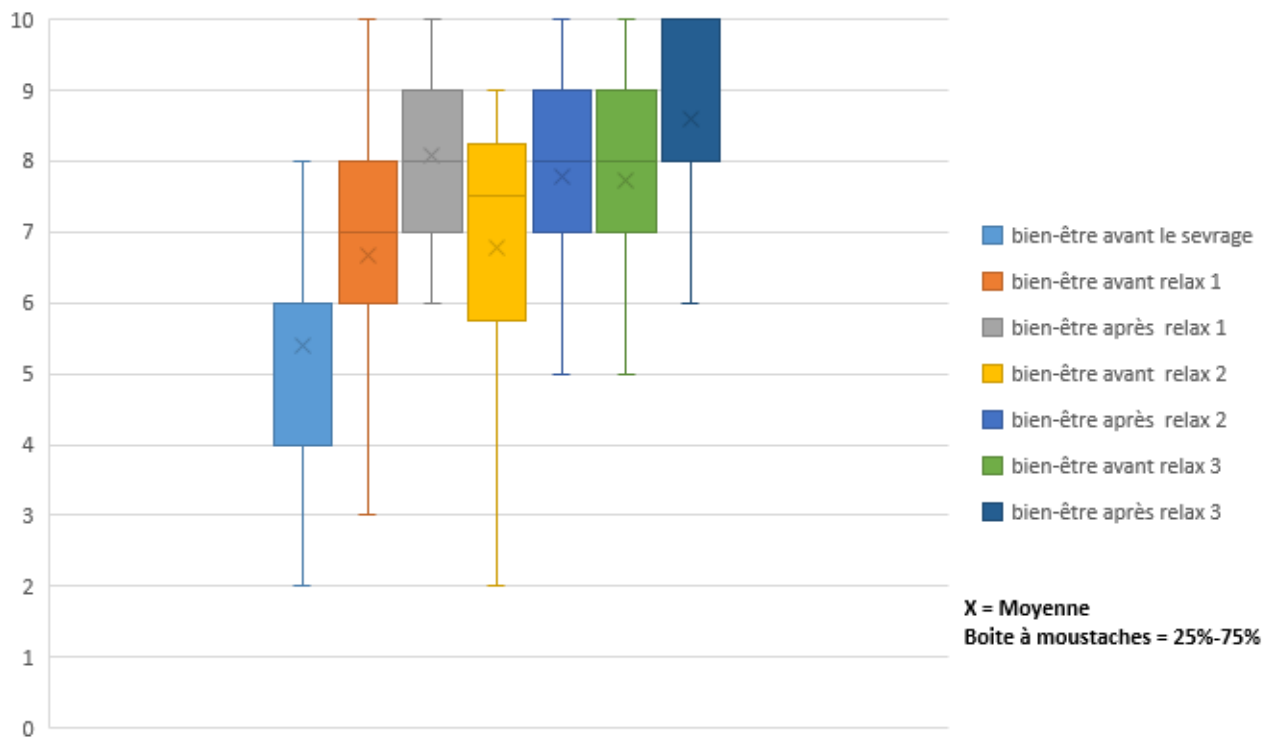


Figure 27 : Evolution des scores bien-être au cours de la prise en charge

b) Score de qualité de vie (groupe R)

Les scores à l'échelle de la qualité de vie sont présentés en figure 28, nous n'avons pas retrouvé de différence significative dans l'évolution de ce paramètre, qui présentait peu de variabilité.

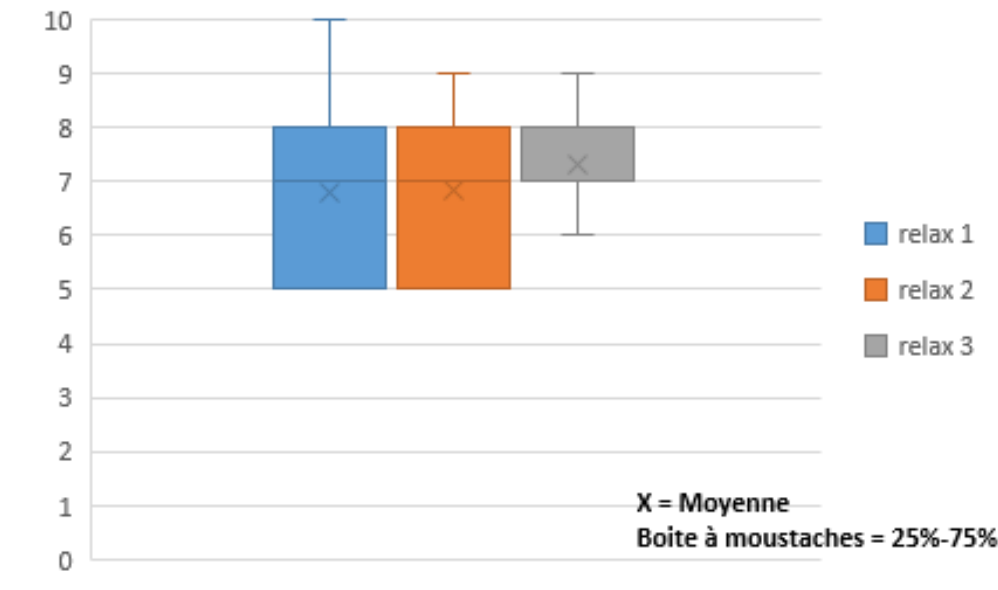


Figure 28 : Qualité de vie avant chaque séance de relaxation

c) Pratique en autonomie dans le service (groupe R)

Concernant la pratique en autonomie de la relaxation, sur les 15 patients, 8 patients ont pratiqué seuls la relaxation, à différents moments de la journée. La pratique a été effectuée dans le but de diminuer leurs angoisses, que ce soit au cours de permission ou en intra-hospitalier.

Pour les patients n'ayant pas pratiqué seuls, une patiente n'a pas pu utiliser le lien des séances car n'avait pas d'accès à internet via son téléphone portable, un autre n'avait pas assez de forfait téléphonique pour lire une vidéo en ligne et un patient n'a pas réussi à trouver le lien mis à disposition. Les quatre autres patients n'ayant pas pratiqué ont exprimé un non-intérêt à pratiquer seul.

d) Attentes envers la relaxation et perceptions des patients

Sur les 15 patients ayant effectué toutes les séances de relaxation, 14 ont exprimé que leurs attentes vis-à-vis de la pratique de la relaxation avaient été respectées. Le patient pour lequel ses attentes n'avaient pas été atteintes, a exprimé une impossibilité de relaxation complète, avec des pensées diffuses lors des séances, le parasitant et ne lui permettant pas une relaxation optimale.

Du point de vue des patients, la pratique de la relaxation leur a apporté une sensation de bien-être (pour 4 d'entre eux), de détente (selon 6 patients), d'apaisement (pour 6), le moral était meilleur selon un. La relaxation a permis pour un patient de trouver le sommeil plus facilement et un patient a déclaré que la pratique de la relaxation avait permis de diminuer une envie d'alcool au cours d'une permission.

Au début de leur prise en charge, 53,3% des patients prenaient un traitement médicamenteux afin de trouver le sommeil. Après les séances de relaxation ils n'étaient plus que 26,6% (soit 4 patients). Dans le groupe n'ayant pas bénéficié de la relaxation ils étaient 50% à prendre un traitement au début de leur sevrage et 37,5% à l'issue de leur hospitalisation. Après la réalisation du test de Chi-2, nous n'avons pas observé de différence significative entre les groupes R et NR, ni au sein du même groupe de patients entre le début et la fin de la prise en charge.

5. Propositions de séances ambulatoires (groupe R)

Afin de pouvoir évaluer la mise en place de séances de relaxation en ambulatoire et l'adhésion des patients à cette proposition, les patients ayant bénéficié de séances de relaxation en intra-hospitalier se sont vus proposer de revenir en ambulatoire afin de poursuivre leur pratique. Sur les 18 patients à qui la proposition a été faite, 13 ont répondu favorablement et ont donné leurs coordonnées afin d'être informés des modalités exactes de la mise en place. Cependant, les patients ne se sont pas présentés aux séances proposées, hormis un patient, lors de la 1^{ère} séance. Le programme ambulatoire n'a donc pas pu être réalisé faute de participants. Les patients avaient été informés de ces séances 4 jours auparavant pour la 1^{ère} session, puis ont été à nouveau recontactés la veille de la 2^{ème} session.

6. Résultats qualitatifs du rappel téléphonique à 4 semaines

Sur les 18 patients ayant participé aux séances de relaxation (soit les 15 patients ayant eu toutes les séances de relaxation et 3 patients en ayant manqué au moins une), tous avaient donné leur accord pour le rappel téléphonique mais seuls 11 d'entre eux ont finalement répondu malgré plusieurs sollicitations. 3 patients avaient continué la pratique de la relaxation via des séances réalisées au cours de leur hospitalisation en post-cure, une patiente a continué dans le cadre de son suivi addictologique auprès d'une infirmière pratiquant la relaxation et 3 patients expliquaient avoir continué à écouter les séances de relaxation mises à disposition sur internet, ainsi que de nouvelles trouvées par leurs recherches personnelles.

Concernant la reprise des consommations d'alcool, selon les 11 patients contactés, aucun n'a repris de consommation depuis leur sortie d'hospitalisation dans le service d'addictologie du CHR de Caen.

VI. Discussion

Ce travail était destiné à évaluer l'effet de séances de relaxation proposées dès la phase de sevrage chez des patients hospitalisés pour sevrage d'alcool, notamment sur les symptômes d'anxiété et de dépression (score HAD).

Il s'agissait d'une étude pilote, destinée à former une base de données sur la pratique de la relaxation dans le cadre d'un sevrage en alcool, et de mettre en évidence l'acceptabilité et la faisabilité de cette pratique chez des patients présentant un TUAL.

1. Acceptabilité et faisabilité du protocole

L'acceptabilité par les patients a été excellente puisque tous les patients qui étaient éligibles au protocole « APADDICTO » ont participé aux séances de relaxation. Leur adhésion à ces séances était de 100%. Le fait de proposer des séances de relaxation en intra-hospitalier, en groupe et de n'avoir aucun refus de patients, permet de valider le critère de jugement secondaire qui était la bonne acceptabilité de ces séances de relaxation.

Les patients ont apprécié la pratique de la relaxation, ils ont pu éprouver un laisser-aller total plutôt difficile à obtenir en temps normal lors des séquences de

sevrage : lors de séances, des patients se sont endormis à l'issue des 20 minutes et certains ont pleuré, témoignant d'un véritable relâchement. Les patients sont passés par des états émotionnels intenses, auxquels ils ne s'attendaient pas forcément. Le fait d'être en groupe ne les a pas empêchés d'éprouver une sensation d'abandon complète et de profiter en intégralité de ces séances. La pratique de la relaxation leur a également permis de découvrir ou redécouvrir des sensations corporelles avec les exercices basés sur la respiration. Cela aurait pu être vécu comme une étape difficile mais contrairement à nos attentes nous n'avons pas eu de retour négatif de cette initiation.

L'augmentation des scores de bien-être que les patients évaluaient eux-mêmes en amont et en aval de la séance, montre également qu'ils ressentaient un sentiment de détente à l'issue de ces 20 minutes. Un effet rapide, mais qui pose la question toutefois de sa durabilité. Les patients ressentent un bien-être mais celui-ci reste cependant de courte durée, puisqu'en amont des séances suivantes leur score de bien-être a de nouveau diminué.

La plupart des attentes des patients vis-à-vis de ces séances de relaxation semblent avoir été atteintes selon leurs réponses au dernier questionnaire à l'issue de l'ultime séance, avec une amélioration du bien-être, vue sur la figure 27.

Ce protocole semble donc avoir été bien reçu par les patients, mais également par les équipes soignantes, qui ont montré un intérêt pour le programme et les résultats obtenus. Le maintien de la réalisation de séances de relaxation de façon régulière dans le service est envisagé, en plus de la seule séance proposée actuellement au cours de la semaine de psycho-éducation, grâce à la mobilisation des équipes soignantes qui sont actuellement en cours de formation afin de devenir des relaxologues diplômés.

2. Effets de la relaxation

Concernant l'anxiété, la dépression et le score HAD qui représentait notre critère de jugement principal, les résultats sont hétérogènes. On observe que les patients des deux groupes sont au même niveau d'anxiété et de dépression avant toute séance de relaxation. Les scores HAD bruts diminuent significativement au sein de chaque groupe, en particulier sur la seconde partie des séances, mais restent non significativement différents après les séances. Mais une approche plus clinique, basée sur la catégorisation des patients en fonction du score (pathologique versus non pathologique) permet d'identifier un effet spécifique de la relaxation au cours du temps pour l'anxiété et le score total, et un effet de groupe concernant le score de dépression en fin de programme.

Notre hypothèse principale qui était que la pratique de la relaxation permettrait une diminution significative de la dépression et de l'anxiété entre le début et la fin des séances de relaxation par rapport aux patients n'ayant pas eu de séances de relaxation n'est donc que partiellement validée.

Le fait que nous n'observions pas de différence significative sur le score HAD entre le groupe relaxation et non relaxation peut s'expliquer de différentes façons :

- L'effet du sevrage est trop important par rapport aux bénéfices seuls de la relaxation sur l'anxiété et la dépression.
- Le faible effectif, N=15 pour le groupe relaxation et N=16 pour le groupe contrôle, limite drastiquement la puissance statistique.

- Le score HAD brut manque peut-être de réalité clinique ce qui impliquerait de ne considérer que la catégorie HAD des patients en s'appuyant sur les seuils proposés dans la littérature (68).
- L'échelle HAD est une échelle d'auto-évaluation qui est sujette à différents biais statistiques : biais d'auto-évaluation, biais perceptif, biais de mémorisation, biais de désirabilité sociale, etc

Le sevrage en lui-même semble donc être déjà efficace afin de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs, ces données sont en accord avec la littérature qui l'avait déjà confirmé (69). Une autre étude réalisée en 2017 (70) corrobore cette conclusion avec l'évaluation des scores anxiété et dépression chez 256 patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, au 1^{er} et au 18^{ème} jour d'abstinence, où il est conclu qu'un sevrage d'alcool encadré permet de diminuer de façon significative les niveaux d'anxiété et de dépression. Avec ce travail, nous nous apercevons que la relaxation permet elle aussi, au moins partiellement une diminution de l'anxiété et de la dépression qui pourrait venir en support des effets du sevrage en lui-même et le rendre plus confortable. Le fait de faire pratiquer cette technique aux patients ne les met pas dans une situation inconfortable, ou qui pourrait être vécue comme stressante. Que les patients pratiquent ou non la relaxation les scores HAD diminuent, il n'y a donc pas de perturbation du schéma classique du sevrage avec l'instauration de séances de relaxation.

Nous remarquons également que ce qui est important à étudier dans ce travail est la signification clinique du score HAD, afin de faire la différence entre un score HAD pathologique, d'un non pathologique. Cette catégorisation des patients, qui répond aux objectifs cliniques, nous permet d'identifier un effet de groupe existant sur le score dépression, en comparant les patients ayant eu de la relaxation de ceux n'en n'ayant

pas eu, ainsi qu'un effet du temps, spécifique au groupe relaxation, au cours du sevrage sur le score anxiété et sur le score total pour les patients ayant pratiqué la relaxation.

Hormis les effets sur l'anxiété et la dépression, la relaxation a permis aux patients d'apprendre à se laisser aller et à ressentir un bien-être lors de la pratique, plaisir et bien-être qui étaient auparavant recherchés dans leur alcoolisation. La consommation d'alcool est souvent recherchée comme anxiolytique, dans l'espoir d'éprouver un soulagement face à une anxiété croissante. Selon M. LEJOYEUX (71) les patients souffrant d'un trouble anxieux auraient des difficultés à faire la différence entre les symptômes d'anxiété liés au trouble à l'origine de leur consommation et celle due aux symptômes du sevrage. La relaxation pratiquée au long cours pourrait donc être une réponse à cette difficulté que de nombreux patients peuvent avoir.

3. Appropriation de la pratique de la relaxation

Nos résultats soulignent aussi un paradoxe. Les patients ont tous adhéré au dispositif, et ils en ont exprimé leur satisfaction. La majorité a pratiqué (ou aurait souhaité pratiquer) en autonomie pendant l'hospitalisation. La quasi-majorité a continué à pratiquer sous une forme ou une autre (7/15) à 1 mois. Mais aucun n'est revenu vers le service pour bénéficier de séances guidées comme cela avait été proposé.

Cela amène à s'interroger sur les facteurs influençant la poursuite d'une pratique autonome de la relaxation :

- Il est possible que les patients ne perçoivent pas suffisamment le bénéfice que la pratique leur apporte, les résultats ne sont évalués que sur l'anxiété et la dépression. Ces modifications peuvent être difficiles à ressentir pour le patient. De plus nous constatons qu'il n'y a pas de modification de la qualité de vie selon la cotation des patients, ces derniers étant sans doute plus attentifs à ce critère. Nous tenons à rappeler toutefois que l'évaluation de la qualité de vie du fait du faible effectif et de l'échelle très réductrice cette dernière, mériterait une étude plus poussée avec d'autres outils d'évaluation.

- Concernant la prise de traitement médicamenteux pour le sommeil, nous n'avons pas pu établir de différence significative entre les patients ayant pratiqué la relaxation et ceux étant dans le groupe contrôle, ni même au sein d'un groupe au cours du temps. Cette absence de différence peut s'expliquer par le faible effectif étudié, mais aussi par la politique du service qui incite les patients à arrêter toute prise médicamenteuse pouvant modifier le cycle naturel du sommeil. Les médecins du service tendent à privilégier la phytothérapie et au besoin l'introduction de mélatonine plutôt que la poursuite de benzodiazépines, connus pour créer suite à une utilisation à long terme, une dépendance tant physique que psychologique (72) ainsi que pour être un facteur de risque de déclin cognitif surtout chez les personnes âgées (73). Cette non amélioration du sommeil nécessiterait d'être réévaluée avec d'autres critères qu'uniquement la prise médicamenteuse. Mais le fait que la relaxation n'a pas pu améliorer de façon significative leur sommeil peut aussi être un frein à revenir la pratiquer, les patients ne trouvant pas un intérêt et des bénéfices assez importants.

- La rechute peut également être un facteur qui influence la pratique de la relaxation en autonomie, en effet les patients assurent qu'ils n'ont pas reconsommé mais ces informations sont purement déclaratives. Ils peuvent exprimer un sentiment de peur à revenir dans le service (s'ils n'ont plus de suivi avec un des médecins du service ou s'ils ne se sont pas présentés à leurs rendez-vous par exemple), voire un sentiment de honte ou de culpabilité.

- La faible accessibilité est également un facteur influençant la poursuite de la pratique. En effet, certains patients avaient montré un intérêt à la proposition de revenir dans le service, mais la distance par rapport à leur domicile, le coût du trajet, leurs contraintes personnelles (notamment s'ils ont d'autres soins ailleurs ou s'ils sont hospitalisés) ou l'impossibilité de se déplacer par leurs propres moyens, ne leur a pas permis de se rendre aux séances planifiées. En effet lors de cette étude, 4 patients étaient pris en charge en post-cure, une patiente ne pouvait pas venir du fait d'une distance géographique trop importante entre son logement et l'hôpital, un patient était hospitalisé pour un autre motif au moment de la 1^{ère} séance de relaxation et un autre était pris en charge en SSR.

- La difficulté de communication a probablement contribué à l'absence de patients aux séances proposées en ambulatoire. En effet 2 patients n'ont pas pu être prévenus car ils n'avaient pas de moyen de communication propre à eux. Tous les patients ont été contactés via un numéro privé, s'affichant donc en masqué sur leur téléphone, ce qui a pu empêcher certains patients de décrocher voire même d'écouter leur messagerie.

- L'horaire fixe et l'organisation d'une unique séance par semaine peut également limiter le taux de participation. La séance étant programmée à 16h, l'horaire

a pu être un frein à la participation de certains patients du fait d'une reprise de leur travail au décours de leur hospitalisation.

4. Vers une « Relaxation adaptée » au trouble de l'usage d'alcool

Au regard de ce travail il semble essentiel de réfléchir à ce que pourrait être un programme de relaxation adapté pour les patients pris en charge pour un trouble de l'usage d'alcool. Tout comme l'activité physique adaptée du programme APADDICTO proposée au patient prend en compte les limitations physiques et psychiques et les difficultés des patients, la relaxation doit sans doute elle aussi s'adapter à ce type de profil de sujets présentant des conduites addictives, tant lorsqu'elle est proposée au cours du sevrage que lors du suivi. Les axes d'adaptation sont multiples : médicaux, psychiatriques et neuropsychologiques, sociaux, relationnels, environnementaux, etc.

La relaxation, dans un 1^{er} temps, pourrait se concentrer sur des exercices plus simples et plus rapides à mettre en place. Cela passerait notamment par l'appropriation des exercices de respiration, afin de permettre un recours rapide et facile lors de manifestations anxieuses ou d'insomnie. Puis au fur et à mesure de la pratique, en plus des exercices de respiration, une prise de conscience du corps avec une synchronisation des mouvements avec la respiration par exemple pourrait être instaurée afin de complexifier les séances. Les séances seraient adaptées, que ce soit en fonction des demandes des patients comme du ressenti du relaxologue, dans un échange à maintenir constant en dépit du caractère d'activité de groupe.

Il faudrait vraisemblablement programmer des rappels téléphoniques pour les séances en ambulatoire, pour compenser les troubles attentionnels et cognitifs très

fréquents chez les patients présentant un TUAL. Certaines évaluations neuropsychologiques révèlent qu'entre 50% à 70% des patients alcoolo-dépendants souffrent de déficits cognitifs légers, et 10% de troubles cognitifs sévères (74), (48), (75).

Il serait intéressant d'augmenter le nombre de séances en intra-hospitalier afin de créer un réel groupe de patients qui serait identique d'une semaine à l'autre et qui permettrait d'aborder différentes techniques de relaxation de plus en plus complexes au fur et à mesure. Cela permettrait aux patients de s'affilier davantage à cette technique. A l'issue de leur hospitalisation il serait proposé au groupe de maintenir ces séances de relaxation sur un rythme hebdomadaire afin de continuer la prise en charge. De plus, afin de s'assurer de la présence des patients, il serait judicieux de créer un contrat que ces derniers devraient signer comme pour la participation à l'hôpital de jour, afin qu'ils aient un réel sentiment d'engagement.

Il serait également intéressant d'augmenter le nombre de séances à la sortie de l'hospitalisation pour que les patients puissent choisir une date dans la semaine qui les arrange. En offrant différentes possibilités on pourrait augmenter les probabilités que les patients viennent.

On pourrait également se pencher sur une proposition de télé-relaxation. Avec cette méthode le problème d'accessibilité ne se poserait plus, le patient restant à son domicile cela lui permettrait de prendre part à la relaxation. Cette méthode pourrait également être adaptée dans le cas où le patient serait hospitalisé, pris en charge en SSR ou même en post-cure. Comme pour la télémédecine, le patient se connecterait

à un instant choisi, seul ou en réseau avec d'autres participants. Il bénéficierait d'une séance de relaxation d'un temps prédéfini, avec la possibilité si les séances se déroulent de façon régulière, d'une progression dans la pratique de la relaxation. On pourrait même envisager de la télé-relaxation à la demande, comme cela existe déjà pour des cours de sport. Le patient effectue sa séance de relaxation au moment qui lui semble le plus propice, et lors de son suivi avec son médecin addictologue ils peuvent en discuter, savoir quel est le ressenti du patient, quel type de relaxation pourrait répondre à ses attentes. La télé-activité physique adaptée est elle aussi en plein développement avec des expérimentations en cours. Il existe également la télé-rééducation fonctionnelle qui est majoritairement utilisée chez les personnes âgées, ou les patients ayant eu un AVC afin de pratiquer des séances de kinésithérapies adaptées (76). Ces nouvelles techniques sont en plein développement et d'importants budgets sont mis en place afin de les développer (77).

Nous pouvons également évoquer la réalité virtuelle qui pourrait être un outil supplémentaire pour adapter la relaxation. En effet les patients ont souvent des difficultés de projection et d'abstraction. Par des mises en situations dans différents lieux de vie la relaxation pourrait être rendue plus ludique et cela pourrait également permettre au patient de se canaliser plus facilement avec une aide via un support visuel. Au cours de ce travail de thèse, il y a eu dans le service d'addictologie des expérimentations autour de la réalité virtuelle, avec une adhésion des patients à cette technique. Cela pourrait donc être un moyen supplémentaire de créer une accroche à la relaxation. De plus différentes revues de la littérature concluent à une efficacité de la réalité virtuelle dans la prise en charge des troubles anxieux (78), (79). Cette technique pourrait donc être un outil supplémentaire dans la prise en charge du

sevrage. Cependant le matériel étant encore très onéreux cela limite les possibilités d'exploitation en dehors de l'hôpital.

5. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites dont certaines ont été évoquées. Le faible effectif (N=15) est un facteur limitant la puissance de l'étude réalisée. Cet effectif réduit a plusieurs explications :

- Les séances de relaxation étaient au sein du protocole « APADDICTO », ce protocole étant animé par deux étudiantes STAPS, la durée d'inclusion n'a pu se faire que pendant leur durée de stage, limitant le nombre de patients pouvant potentiellement faire partie du protocole.
- Le faible effectif s'explique également par les infrastructures mises à disposition, les patients effectuant ensemble les séances de relaxation et de sport dans une même pièce de faible capacité, il était indispensable de limiter le nombre de participants afin qu'ils puissent profiter pleinement du matériel mis à disposition et d'un espace personnel suffisant lors des séances de relaxation.

Par ailleurs, le programme de relaxation était très précoce mais de courte durée (3 séances de relaxation sur 2 semaines, et évaluation sur 3 semaines d'hospitalisation).

Par ailleurs, les données étaient récoltées dans le cadre d'un protocole plus large intégrant de l'activité physique. Nos données sont donc soumises à des biais de confusion liés tant à l'activité physique qu'au sevrage lui-même. Ces éléments limitent la portée de nos résultats qui sont exploratoires, et incitent à mener une étude plus approfondie, randomisée, contrôlée (bras sevrage classique, bras relaxation, bras activité physique adaptée), avec idéalement une hétéro-évaluation en aveugle.

VII. Conclusion et perspectives

La relaxation en tant que technique non médicamenteuse, accessible, non invasive semble donc être une aide dans la prise en charge du sevrage et du suivi des patients souffrant de trouble de l'usage d'alcool. Cette dernière a été bien acceptée par les patients et par l'équipe soignante. Les effets positifs observés incitent à poursuivre les explorations.

Parmi les nouvelles approches non médicamenteuses pratiquées en groupe ou de façon individuelle qui font actuellement leur place en addictologie comme dans d'autres spécialités médicales, comme par exemple la méditation pleine conscience en psychiatrie, la relaxation pourrait donc être elle aussi une nouvelle technique à implanter de façon pérenne. Il reste toutefois à explorer les modalités d'une relaxation adaptée qui soit ajustée au plus proche des besoins de ces patients.

En tant que médecin généraliste, se pose la question de la place de la relaxation dans une pratique de médecine générale libérale. Au vu des emplois du temps surchargés des médecins, la difficulté réside dans le fait de réussir à mettre en place ce genre de pratiques sans délaisser pour autant les autres patients. Il pourrait être envisageable de bloquer des créneaux d'une heure par exemple sur le temps du midi, afin de constituer des groupes qui viendraient là aussi de façon hebdomadaire suivre des séances de relaxation. Ces séances ne seraient pas prises en charge par l'assurance maladie, mais le fait que le relaxologue soit un médecin généraliste pourrait permettre de déceler plus rapidement les difficultés que pourraient éprouver les patients, qu'ils suivent les séances de relaxation pour un trouble de l'usage de l'alcool ou pour une autre raison.

De plus, les plateformes de relaxation adaptée comme il existe actuellement pour le sport (avec l'APA et sport sur ordonnance) sont en plein développement et pourraient être un outil supplémentaire et très intéressant pour les médecins généralistes ne pratiquant pas la relaxation afin qu'ils puissent orienter leurs patients de façon appropriée.

VIII. Bibliographie

1. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. :31.
2. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf
[developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf) [Internet]. [cité 5 avr 2019].
3. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants DREES n°440, novembre 2005
4. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. :6. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie Février 2005
5. Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
6. Legleye S, Beck F, Spilka S. Morbi-mortalités liées à la consommation d'alcool. :4.
7. Alcool & Santé [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
8. Enquête Alcool - Patients vus en médecine générale et hôpitaux - OFDT [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-alcool-patients-vus-en-medecine-generale-et-hopitaux/>
9. Vabret F. Modalités du sevrage alcoolique. Rev Prat. 2006;7.
10. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement, Recommandations de bonnes pratiques SFA, Alcoologie et Addictologie. 2015. SFA-Mesusage-AA.pdf.
11. Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie. 2ème. Médecine Sciences Publications; 900 p. (TRAITES; vol. chapitre 63).
12. Définitions : relaxation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relaxation/67860>
13. Littré - relaxation - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/relaxation>
14. Herbert Benson. The Relaxation Response. Avon Books. 1975. 222 p.

15. Benson H. The Relaxation Response. Avon Books. 1975.
16. Brown TM, Fee E. Walter Bradford Cannon. Am J Public Health. oct 2002;92(10):1594-5.
17. admin_ergo. Le syndrome Général D'adaptation (SGA) [Internet]. Ergotonic. 2014 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ergotonic.net/le-syndrome-general-d-adaptation-sga/>
18. Pitts FN, McClure JN. Lactate metabolism in anxiety neurosis. N Engl J Med. 21 déc 1967;277(25):1329-36.
19. Banerjee SP, Sharma VK, Khanna JM. Alterations in beta-adrenergic receptor binding during ethanol withdrawal. Nature. 23 nov 1978;276(5686):407-9.
20. Training autogène. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Training_autog%C3%A8ne&oldid=150372235
21. Servant D. La relaxation Nouvelles approches, nouvelles pratiques. 2ème. Elsevier Masson; 212 p. (pratiques en psychothérapie).
22. AUTOGÈNE - Définition et synonymes de autogène dans le dictionnaire français [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://educalingo.com/fr/dic-fr/autogene>
23. Training autogène : caractéristiques du training autogene [Internet]. Ooreka.fr. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://psychotherapie.ooreka.fr/comprendre/training-autogene>
24. relaxation1.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/relaxation1.pdf>
25. Johannes Heinrich Schultz. Le training autogène : méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative : essai pratique et clinique. 1958.
26. Edmund Jacobson. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Edmund_Jacobson&oldid=156888817
27. La relaxation progressive et différentielle de Jacobson, CHALOULT L., hopital du Sacré Cœur de Montréal la-relaxation-progressive-de-jacobson.pdf.
28. Sophrologie CS. Cadre et déroulement des séances de sophrologie [Internet]. Chambre Syndicale de la Sophrologie. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/cadre-seances-sophrologie/>
29. etchelecou bernard, balsamo alessandra, bresler max. sophrologie : applications thérapeutiques. InterEditions (25 janvier 2012). InterEditions; (Développement personnel et accompagnement).

30. Sophrologie CS. Cadre et déroulement des séances de sophrologie [Internet]. Chambre Syndicale de la Sophrologie. [cité 10 août 2019]. Disponible sur: <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/cadre-seances-sophrologie/>
31. American Psychiatric Association. DSM 5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Elsevir Masson;
32. Evaluer sa consommation d'alcool: Consommation d'alcool à risque - alcoolinfoservice - Alcool Info Service [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/consommation-a-risque#.XNGLyegzblU>
33. Olds & Milner, 1954: "reward centers" in the brain and lessons for modern neuroscience [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://web.stanford.edu/group/neurostudents/cgi-bin/wordpress/?p=3733>
34. Talwar SK, Xu S, Hawley ES, Weiss SA, Moxon KA, Chapin JK. Rat navigation guided by remote control. *Nature*. mai 2002;417(6884):37.
35. Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 12 oct 2008;363(1507):3113-23.
36. Addictions [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/index.php/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
37. Amygdale (cerveau). In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Amygdale_\(cerveau\)&oldid=157492806](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Amygdale_(cerveau)&oldid=157492806)
38. Hippocampe (cerveau). In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocampe_\(cerveau\)&oldid=157745499](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocampe_(cerveau)&oldid=157745499)
39. Drogues et cerveau. II. Spécificité d'action des drogues A. Nicotine B. Alcool C. Cannabis D. Héroïne (TD) - PDF [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/53292092-Drogues-et-cerveau-ii-specificite-d-action-des-drogues-a-nicotine-b-alcool-c-cannabis-d-heroine-td.html>
40. Reynaud Michel, Karila Laurent, Aubin Henri-Jean, Benyamina Amine. traité d'addictologie. 2ème. Lavoisier Médecine Sciences; 2016.
41. Koob GF. A Role for Brain Stress Systems in Addiction. *Neuron*. 10 juill 2008;59(1):11-34.
42. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

43. project-proactieve-begeleiding.pdf [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.tabacstop.be/sites/default/files/doc/project-proactieve-begeleiding.pdf>
44. Noui S, Dervaux A. Syndrome de sevrage à l'alcool : quoi de neuf ? *Courr Addict.* juin 2017;
45. Recommandations bonnes pratiques, alcoologie et addictologie RBP2014 SFA-déverrouillé.pdf.
46. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0013700614001158?token=CF8959A60E8C6454C167165D00956E0A80D43F6CF32D7BD6B06D2C269B6AF1BC1EFBE115800626536CB7156282EBFFF3>
47. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Ind Psychiatry J.* 2013;22(2):100-8.
48. Vabret_et_al_2013.pdf [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: http://www.unicaen.fr/recherche/mrsh/sites/default/files/public/BEARNI/Vabret_et_al_2013.pdf
49. Roessler KK, Bilberg R, Søgaard Nielsen A, Jensen K, Ekstrøm CT, Sari S. Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* [Internet]. 19 oct 2017 [cité 17 mai 2019];12(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5648142/>
50. Brower KJ. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol.* juin 2015;49(4):417-27.
51. Éduc'alcool (Organisme). *Alcool et sommeil.* Montréal, Québec: Educ'alcool; 2011.
52. Le sommeil sous alcool est-il réparateur ? [Internet]. MAAD DIGITAL. 2017 [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <http://www.maad-digital.fr/decryptage/le-sommeil-sous-alcool-est-il-reparateur>
53. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Are sleep disturbances associated with craving intensity? What is the influence of psychiatric comorbidity and type of substance on this relationship? A computerized ambulatory monitoring study in patients beginning treatment for addiction. *Drug Alcohol Depend.* 1 janv 2015;146:e94.
54. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 21 nov 1990;264(19):2511-8.
55. Ribadier A, Varescon I. Anxiety and depression in alcohol use disorder individuals: the role of personality and coping strategies. *Subst Use Misuse.* 11 avr 2019;1-10.

56. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend.* oct 2002;68(2):215-20.
57. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol.* 1 mai 2001;36(3):249-55.
58. Southern C, Lloyd C, Liu J, Wang C, Zhang T, Bland M, et al. Acupuncture as an intervention to reduce alcohol dependency: a systematic review and meta-analysis. *Chin Med [Internet].* 15 déc 2016 [cité 17 mai 2019];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5160025/>
59. Fiorletta P, Ganic A, Royer A, Grosjean V. Mesure des impacts de la sophrologie caycédiennne® sur le stress. *Kinésithérapie Rev.* oct 2013;13(142):34-40.
60. Klainin-Yobas P, Oo WN, Suzanne Yew PY, Lau Y. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Ment Health.* 2015;19(12):1043-55.
61. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry.* déc 2008;8(1):41.
62. Kushner MG, Maurer EW, Thuras P, Donahue C, Frye B, Menary KR, et al. Hybrid Cognitive Behavioral Therapy Versus Relaxation Training for Co-Occurring Anxiety and Alcohol Disorder: A Randomized Clinical Trial. *J Consult Clin Psychol.* juin 2013;81(3):429-42.
63. Zope SA, Zope RA. Sudarshan kriya yoga: Breathing for health. *Int J Yoga.* 2013;6(1):4-10.
64. Sharma MP, Andrade C. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(4):359-66.
65. Delatte E. Prévention des troubles du sommeil des seniors par la sophrologie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* oct 2013;13(77):280-5.
66. Stal V, Meyer A, Houlette G, Watsubo Y, Elbaz M, Leger D. Efficacité de la sophrologie dans le traitement de l'insomnie chronique. :2.
67. outil__echelle_had.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
68. Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. Médecin du travail n°127, 3^{ème} trimestre 2011 cotation HAD.pdf.
69. Timary P, Luts A, Hers D, Luminet O. Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Res.* 15 janv 2008;157(1):105-13.

70. Petit G, Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, Monhonval P, Leclercq S, Spilliaert Q, et al. Gender Differences in Affects and Craving in Alcohol-Dependence: A Study During Alcohol Detoxification. *Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41(2):421-31.
71. Lejoyeux M. addictologie. 2ème édition. Elsevier Masson; (Abrégés de médecine).
72. Effects of long-term benzodiazepine use. In: Wikipedia [Internet]. 2019 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Effects_of_long-term_benzodiazepine_use&oldid=909281018
73. Paterniti S, Dufouil C, Alépovitch A. Long-Term Benzodiazepine Use and Cognitive Decline in the Elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2002;22(3):285.
74. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs : synthèse. Groupe de travail du collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière, *Alcool et Addictologie* 2014 ; 36 (4) : 335-373
75. Eckardt MJ, Martin PR. Clinical Assessment of Cognition in Alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res.* 1986;10(2):123-7.
76. Robineau-Beneaux S. télééducation. 2015;50.
77. Thépaut A, Nguyen M, Lohr C. Télééducation fonctionnelle dans le cadre du projet VITAAL. :2.
78. Opriş D, Pinteş S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi Ş, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depress Anxiety.* févr 2012;29(2):85-93.
79. Freeman D, Reeve S, Robinson A, Ehlers A, Clark D, Spanlang B, et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med.* oct 2017;47(14):2393-400.

IX. Annexes :

1. Annexe 1. Questionnaire avant la 1^{ère} séance de relaxation

Questionnaire avant la 1^{ère} séance de relaxation :

1- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----> très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- Si vous deviez donner une note de 0 à 10 à votre qualité de vie actuellement, quelle serait-elle ? (Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Qualité de vie -----> Qualité de vie
Médiocre -----> Très bonne
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous sentis calme et détendu ?

Toujours La plupart du temps
 Parfois Jamais

4- Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous sentis triste, abattu ?

Toujours La plupart du temps
 Parfois Jamais

5- Comment est votre sommeil en ce moment ?

Très mauvais Mauvais Moyen Bon Très bon

6- Prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir ?

Oui Non

Si oui, combien de fois par semaine ? Toutes les nuits Une nuit sur deux Au moins une nuit par semaine Moins d'une fois par semaine

7- Etes-vous satisfait qu'on vous propose des séances de relaxation au cours de votre hospitalisation ?

Oui Non Peu m'importe Ne se prononce pas

8- Connaissez-vous la relaxation ?

Oui Non

9- Aviez-vous déjà pratiqué la relaxation, la sophrologie ou l'hypnose ?

Oui Non

Si oui, combien de fois ? Une seule fois Moins de 10 fois
 Plus de 10 fois Je pratique régulièrement (au moins une fois par mois)

Si oui, où et dans quelles circonstances ?

.....

10- Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de ces séances de relaxation ?

(plusieurs réponses possibles)

- Améliorer ma qualité de vie
- M'aider dans mon projet d'abstinence
- Diminuer mes angoisses, mon anxiété
- Pouvoir pratiquer la relaxation seul(e), en autonomie
- Autre :

Actuellement, face à une situation stressante, angoissante, quels sont vos outils pour la surmonter ?

.....
.....
.....

2. Annexe 2 : Questionnaire HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

3. Annexe 3 : Questionnaires d'évaluation des séances de relaxation

Questionnaire avant la séance de relaxation A1

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si vous deviez donner une note de 0 à 10 à votre qualité de vie actuellement, quelle serait-elle ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Qualité de vie -----→ Qualité de vie
Médiocre -----→ Très bonne
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire après la séance de relaxation A1

Comment vous sentez-vous à l'issue de cette séance de relaxation ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire avant la séance de relaxation A2

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si vous deviez donner une note de 0 à 10 à votre qualité de vie actuellement, quelle serait-elle ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Qualité de vie -----→ Qualité de vie
Médiocre -----→ Très bonne
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire après la séance de relaxation A2

Comment vous sentez-vous à l'issue de cette séance de relaxation ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire avant la séance de relaxation B2

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si vous deviez donner une note de 0 à 10 à votre qualité de vie actuellement, quelle serait-elle ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Qualité de vie Médiocre -----→ Qualité de vie Très bonne
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questionnaire après la séance de relaxation B2

Comment vous sentez-vous à l'issue de cette séance de relaxation ?

(Entourez le chiffre qui correspond le plus selon vous)

Très angoissé -----→ très détendu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Annexe 4 : Questionnaire à l'issue de la dernière séance de relaxation

Questionnaire après la dernière séance de relaxation

1- Avez-vous pratiqué par vous-même la relaxation au cours de ces 3 dernières semaines ?

- Oui Non
Si oui, combien de fois ? 1 seule fois De 2 à 5 fois Plus de 5 fois

Dans quelle(s) circonstance(s) avez-vous pratiqué la relaxation ?

- Pour diminuer mon anxiété
 Pour diminuer des envies d'alcool
 Pour penser à autre chose
 Pour m'aider à dormir
 Autre :

2- Le nombre de séance de relaxation proposé vous a-t-il paru suffisant ?

- oui non
Si non, pourquoi ?

3- Le fait de mettre les séances en ligne sur internet vous a-t-il semblé simple à utiliser ?

- Oui Non
Si non, pourquoi ?

4- Comment est votre sommeil en ce moment ?

- Très mauvais Mauvais Moyen Bon Très bon

5- Prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir ?

- Oui Non
Si oui combien de fois par semaine ? Toutes les nuits
 Une nuit sur deux
 Au moins une nuit par semaine
 Moins d'une nuit par semaine

6- Avez-vous ressenti des envies d'alcool depuis que vous avez débuté les séances de relaxation ?

Oui Non

Si oui, comment avez-vous fait pour gérer ces envies ?

.....
.....

7- Est-ce que la relaxation a selon vous, pu vous permettre de faire face à des situations stressantes, angoissantes et à calmer vos envies de produit ?

Oui Non

8- Pensez-vous que vos attentes vis-à-vis de la relaxation ont été respectées ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

9- Selon vous, qu'est-ce que la pratique de la relaxation vous a apporté ?

.....
.....
.....

10-Des séances de relaxation à l'issue de votre hospitalisation vous ont été proposées, pensez-vous y participer ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

5. Annexe 5 : Statistiques descriptives du groupe R

Variable	Groupe=R				
	Descriptive Statistics (Spreadsheet dans données globales.xlsx)				
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
HAD-T0	15	19,200000	7,000000	27,000000	5,00286
HAD-T1	15	16,466667	10,000000	27,000000	5,71797
HAD-T2	15	10,866667	1,000000	20,000000	5,44933

6. Annexe 6 : Statistiques descriptives du groupe NR

Variable	Groupe=NR				
	Descriptive Statistics (Spreadsheet dans données globales.xlsx)				
	Valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
HAD-T0	16	21,000000	5,000000	35,000000	7,64199
HAD-T1	16	18,625000	8,000000	30,000000	6,55108
HAD-T2	16	15,000000	3,000000	28,000000	6,44981

7. Annexe 7 : Comparaison intergroupe de Mann Whitney

Variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Feuille in données globales)										
	Rank Sum (R)	Rank Sum (NR)	U	Z	p-value	Z (adjusted)	p-value	Valid N (R)	Valid N (NR)	2*1sided (exact p)	
âge	243,000000	253,000000	117,000000	0,09882	0,92128032	0,09889	0,92122489	15	16	0,92243236	
sexe	234,500000	261,500000	114,500000	-0,19764	0,84332502	-0,25126	0,80161368	15	16	0,83035081	
HAD-A0	236,500000	259,500000	116,500000	-0,11859	0,9056039	-0,11942	0,90494352	15	16	0,89156534	
HAD-D0	203,500000	292,500000	83,500000	-1,42302	0,15472299	-1,43376	0,15164159	15	16	0,15098814	
HAD-T0	217,500000	278,500000	97,500000	-0,86963	0,38450528	-0,87236	0,38301444	15	16	0,37907086	
HAD-A1	245,500000	250,500000	114,500000	0,19764	0,84332502	0,19855	0,84261876	15	16	0,83035081	
HAD-D1	203,500000	292,500000	83,500000	-1,42302	0,15472299	-1,43288	0,15189282	15	16	0,15098814	
HAD-T1	215,500000	280,500000	95,500000	-0,94868	0,34278243	-0,95147	0,34136712	15	16	0,33782094	
HAD-A2	228,000000	268,000000	108,000000	-0,45458	0,6494136	-0,45824	0,64677936	15	16	0,65392252	
HAD-D2	204,000000	292,000000	84,000000	-1,40326	0,16054008	-1,40938	0,15872285	15	16	0,16274041	
HAD-T2	193,000000	303,000000	73,000000	-1,83807	0,06605243	-1,84384	0,06520666	15	16	0,06550927	
HAD-A2 - HAD-A0	223,000000	273,000000	103,000000	-0,65222	0,51425988	-0,65587	0,51191065	15	16	0,51963167	
HAD-D2 - HAD-D0	242,000000	254,000000	118,000000	0,05929	0,95271901	0,05946	0,95256514	15	16	0,95341409	
HAD-T2 - HAD-T0	214,500000	281,500000	94,500000	-0,98821	0,32304969	-0,99001	0,32217008	15	16	0,31828909	
HAD-A2 - HAD-A1	229,000000	267,000000	109,000000	-0,41505	0,67810635	-0,41934	0,67496766	15	16	0,68234219	
HAD-D2 - HAD-D1	253,000000	243,000000	107,000000	0,49411	0,62123174	0,49753	0,61881701	15	16	0,62598089	
HAD-T2 - HAD-T1	229,000000	267,000000	109,000000	-0,41505	0,67810635	-0,41678	0,67684321	15	16	0,68234219	
HAD-A1 - HAD-A0	227,500000	268,500000	107,500000	-0,47434	0,63525662	-0,47870	0,63214911	15	16	0,62598089	
HAD-D1 - HAD-D0	247,500000	248,500000	112,500000	0,27670	0,78201119	0,27793	0,78106258	15	16	0,77012022	
HAD-T1 - HAD-T0	235,000000	261,000000	115,000000	-0,17788	0,85881881	-0,17858	0,85826637	15	16	0,86085617	
(HAD-T2 - HAD-T0)/HAD-T2	202,000000	294,000000	82,000000	-1,48232	0,13825678	-1,48277	0,13813754	15	16	0,13987538	
(HAD-T2 - HAD-T1)/HAD-T2	219,000000	277,000000	99,000000	-0,81033	0,41774904	-0,81140	0,41713794	15	16	0,42318828	
(HAD-T1 - HAD-T0)/HAD-T1	221,000000	275,000000	101,000000	-0,73128	0,46461069	-0,73128	0,46461069	15	16	0,4700843	

8. Annexe 8 : Comparaison intragroupe Wilcoxon

Pair of Variables	Wilcoxon Matched Pairs Test (Feuil1 in analyses thèse gaelle) Marked tests are significant at $p < ,05000$			
	Valid (N)	T	Z	p-value
ALL GROUPS				
HAD-T0 & HAD-T1	30	135,5000	1,995129	0,046030
HAD-T1 & HAD-T2	27	38,00000	3,627775	0,000286
HAD-T0 & HAD-T2	30	37,50000	4,010826	0,000061
HAD-A0 & HAD-A1	31	102,0000	2,861096	0,004222
HAD-A1 & HAD-A2	26	41,50000	3,403329	0,000666
HAD-A0 & HAD-A2	26	12,00000	4,152569	0,000033
HAD-D0 & HAD-D1	28	177,0000	0,592057	0,553813
HAD-D1 & HAD-D2	28	111,5000	2,083585	0,037199
HAD-D0 & HAD-D2	30	115,0000	2,416780	0,015659
R				
HAD-T0 & HAD-T1	14	22,50000	1,883294	0,059661
HAD-T1 & HAD-T2	13	14,00000	2,201398	0,027709
HAD-T0 & HAD-T2	15	8,000000	2,953402	0,003143
HAD-A0 & HAD-A1	15	14,00000	2,612624	0,008985
HAD-A1 & HAD-A2	14	17,00000	2,228565	0,025844
HAD-A0 & HAD-A2	13	2,500000	3,005083	0,002655
HAD-D0 & HAD-D1	13	43,50000	0,139771	0,888841
HAD-D1 & HAD-D2	14	38,00000	0,910259	0,362687
HAD-D0 & HAD-D2	15	35,50000	1,391506	0,164073
NR				
HAD-T0 & HAD-T1	16	46,00000	1,137593	0,255291
HAD-T1 & HAD-T2	14	3,000000	3,107436	0,001887
HAD-T0 & HAD-T2	15	12,00000	2,726217	0,006407
HAD-A0 & HAD-A1	16	37,50000	1,577117	0,114769
HAD-A1 & HAD-A2	12	3,500000	2,784849	0,005356
HAD-A0 & HAD-A2	13	4,000000	2,900255	0,003729
HAD-D0 & HAD-D1	15	48,50000	0,653156	0,513656
HAD-D1 & HAD-D2	14	15,50000	2,322730	0,020194
HAD-D0 & HAD-D2	15	21,50000	2,186653	0,028769

9. Annexe 9 : Comparaison des effectifs pathologique et non pathologique via le test de chi-2 avec correction de Yates

T0	NP	P		
R	2	13		
NR	2	14	0,218	0,6406

T1	NP	P		
R	7	8		
NR	5	11	0,262	0,6088

T2	NP	P		
R	11	4		
NR	7	9	1,700	0,1923

A0	NP	P		
R	1	14		
NR	3	13	0,218	0,6406

A1	NP	P		
R	4	11		
NR	6	10	0,068	0,7945

A2	NP	P		
R	10	5		
NR	6	10	1,599	0,2061

D0	NP	P		
R	7	8		
NR	5	11	0,262	0,6088

D1	NP	P		
R	9	6		
NR	6	10	0,798	0,3718

D2	NP	P		
R	12	3		
NR	6	10	4,130	0,0421

R	NP	P		
T0	2	13		
T1	7	8	2,540	0,1110
T1	7	8		
T2	11	4	1,250	0,2636
T0	2	13		
T2	11	4	8,688	0,0032

NR	NP	P		
T0	2	14		
T1	5	11	0,731	0,3924
T1	5	11		
T2	7	9	0,133	0,7150
T0	2	14		
T2	7	9	2,473	0,1158

R	NP	P		
A0	1	14		
A1	4	11	0,960	0,3272
A1	4	11		
A2	10	5	3,348	0,0673
A0	1	14		
A2	10	5	9,187	0,0024

NR	NP	P		
A0	3	13		
A1	6	10	0,618	0,4317
A1	6	10		
A2	6	10	0,133	0,7150
A0	3	13		
A2	6	10	0,618	0,4317

R	NP	P		
D0	7	8		
D1	9	6	0,134	0,7144
D1	9	6		
D2	12	3	0,635	0,4256
D0	7	8		
D2	12	3	2,297	0,1297

NR	NP	P		
D0	5	11		
D1	6	10	0,000	1,0000
D1	6	10		
D2	6	10	0,133	0,7150
D0	5	11		
D2	6	10	0,000	1,0000

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019
NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : PAIN Gaëlle

TITRE DE LA THÈSE : Place de la relaxation dans un service d'addictologie : étude pilote et résultats préliminaires de séances de relaxation chez des patients hospitalisés pour trouble de l'usage de l'alcool

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La relaxation est une stratégie de soins complémentaires déjà pratiquée dans de nombreuses maladies. En addictologie, elle est encore peu utilisée malgré des bénéfices potentiels importants. Ce travail de thèse étudie la faisabilité et les effets sur l'anxiété et la dépression de la mise en place de séances de relaxation chez des patients hospitalisés pour un sevrage en alcool.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude pilote, descriptive, observationnelle par questionnaire, avec un recrutement prospectif et monocentrique, qui s'est déroulée d'avril à juillet 2019 au CHU de Caen. Les patients inclus ont été évalués par des questionnaires réalisés pour la faisabilité de l'étude évaluant leur score de bien-être et via le questionnaire HAD.

Résultats : 15 patients ont été inclus dans le groupe relaxation et 16 patients dans un groupe contrôle, le score d'anxiété pathologique et le score HAD total pathologique ont significativement diminués pour les patients pratiquant la relaxation au cours de leur prise en charge hospitalière et le score dépression des patients ayant eu les séances de relaxation a significativement diminué par rapport au groupe contrôle.

Conclusion : Au-delà des bénéfices déjà décrits dans d'autres pathologies, la relaxation permet aux patients de mieux vivre leur sevrage en alcool avec une baisse de leur niveau d'anxiété pathologique et une diminution de leur score HAD total pathologique. C'est une technique non médicamenteuse, plébiscitée par les patients. Afin de permettre de développer cette pratique des études à plus grande échelle, longitudinales, randomisées et contrôlées sont nécessaires.

MOTS-CLÉS : Relaxation ; Addictologie ; Sevrage ; Alcool ; Dépression ; Anxiété ; Addiction ; Bien-être

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Practice of relaxation in an addictology unit: pilot study and preliminary results of relaxation sessions for patients hospitalized for alcohol use disorder

Introduction : The practice of relaxation is a complementary care strategy already used in many chronic diseases. However, it is still hardly used in addictology, despite considerable potential benefits. This thesis work analyses the feasibility of relaxation for patients hospitalized for alcohol withdrawal and its effects on their levels of anxiety and depression.

Materials and Methodology : This is a pilot, descriptive, observational, questionnaire-based study with prospective and monocentric recruitment which took place in spring 2019. Included patients had to answer a questionnaire specially created for this study, assessing their level of well-being, they also had to answer the HAD questionnaire.

Results : There were 15 patients included in a group who benefited from relaxation sessions and 16 patients included in a control group without relaxation sessions. The pathological anxiety score and the total pathological HAD score decreased significantly for patients practising relaxation during their stay in hospital, compared with the control group. The pathological depression score also decreased significantly for these patients compared to the control group.

Conclusion : Beyond the benefits already described in other diseases, relaxation allows patient to have a better experience of their alcohol withdrawal with a decrease in their levels of pathological anxiety and in their total pathological HAD score. It is a drug-free technique, highly praised by patients. However, in order to develop the practice of relaxation in addictology, other longitudinal, randomized, controlled and larger scale based studies are necessary.

KEY WORDS : Relaxation ; Addiction ; Alcoholic withdrawal ; Depression ; Anxiety ; Relaxing ; Well Being