HAL
open science

Étude CHAS. Critères d'hospitalisation en addictologie pour sevrage alcool

Anouck Antoniazzi

To cite this version:

Anouck Antoniazzi. Étude CHAS. Critères d'hospitalisation en addictologie pour sevrage alcool. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02958600

HAL Id: dumas-02958600

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958600

Submitted on 6 Oct 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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

ANTONIAZZI Anouck

Née le 24 février 1991 à Nice (France)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 JUILLET 2020

ETUDE CHAS :
CRITERES D'HOSPITALISATION EN ADDICTOLOGIE POUR SEVRAGE ALCOOL

PRESIDENT DU JURY

Professeur Olivier GUILLIN

DIRECTEUR DE THESE

Docteur Alexandre BAGUET

MEMBRES DU JURY

Professeur Bertrand MACE

Professeur Gilles TOURNEL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive

Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie

Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GUILLIN, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis reconnaissante. Je vous remercie pour ces années de formation et vos jeux de rôles plus vrais que nature.

A Monsieur le Professeur MACE, vous me faites l'honneur de votre participation à ce jury. Je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur TOURNEL, vous me faites l'honneur de votre participation à ce jury. Je vous prie d'accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Dr BAGUET, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour vos précieux conseils, votre écoute et votre disponibilité. Merci pour les mois passés dans votre service où j'ai confirmé mon choix de faire de l'addictologie.

A Madame le Dr ELIAS, pour votre énergie et votre bonne humeur permanente. Les quelques mois à vos côtés dans votre service resteront gravés dans ma mémoire tout au long de ma carrière.

A Madame le Dr EL RASHIDI, vous m'avez accompagnée avec bienveillance lors de mon passage dans votre unité. Je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Dr MARGUET, merci de m'avoir fait confiance, ça a été une source d'apprentissages exceptionnels et un très grand honneur.

A ma famille,

A mes parents, qui m'ont laissé le libre choix de mon avenir et m'ont toujours soutenue.

Maman, merci pour ton soutien, pour les heures de révisions que tu as passées avec moi, pour les heures de correction de mémoires et pour ta patience mise à rude épreuve par mon caractère bien trempé. Tu avais raison, c'était long, mais ça en valait le coup. Papa, merci pour toutes les histoires que tu m'a toujours racontées, tu m'as donné le goût d'apprendre et tu as toujours su aiguisé ma curiosité. Ce travail de thèse est un clin d'œil à ton slogan favori.

Mes sœurs, Delphine, Maëva, merci d'avoir toujours pris soins de moi. Vous êtes de véritables exemples pour moi et je n'aurais jamais réussi sans vous.

A mes grands parents qui ont toujours été présents, Mémé merci pour tes pensées de soutien, ça a fonctionné. J'ai hâte de vous retrouver.

A ma Grany, tu serais fière de me savoir enfin Docteur, pas une seule journée ne passe sans que je pense à toi.

A mon compagnon Yohan, merci de m'avoir supportée, encouragée et réconfortée. Tu m'a toujours accompagnée dans tous mes projets et a su apporté à ma vie la sérénité qui me manquait. Merci pour ton amour.

A Brigitte, merci pour ces bons dimanches en famille qui étaient de véritables moments de joie. Merci pour ton écoute attentive et ton soutien. Tu as rendu mes années en Normandie plus belles.

A Jojo, merci pour tous ces bons moments qui ont presque réussi à me faire oublier le soleil et la chaleur du sud. Merci sincèrement pour ton soutien toutes ces années.

A mes amis,

Constance, ma poule, ça y est j'ai presque fini. Merci pour ton soutien et ton écoute attentive, merci pour toutes ces années folies et ces moments de joie.

Estelle, merci pour toutes ces années d'une amitié bienveillante et tellement enrichissante. Merci pour la qualité de nos échanges et tout ce que tu m'apprends. La médecine aujourd'hui n'est pas la même à mes yeux et c'est en grande partie grâce à toi.

Agathe, merci d'avoir fait de mes années en Normandie un merveilleux souvenir. Merci pour ton caractère, merci pour ton soutien dans ce travail de thèse, merci pour tes relectures. Je t'attends dans le sud.

Emilie, merci pour ton amitié depuis le lycée, merci pour tous ces moments de joie et ces fiestas qu'on aime tant.

Sab, Flo, merci pour ces fous rires depuis le lycée, j'arrive enfin! On va pouvoir faire la tournée des festins.

Avvenente, merci mon ami Italien pour la richesse de nos échanges et pour ces bons moments partagés avec toi. Grazie mille per tutto, ti aspetto a Nizza.

Thomas, merci pour ta gentillesse et tout ce que tu m'as appris en six mois de stage. Je te souhaite une bonne continuation et j'espère que beaucoup auront la chance de te croiser.

A mes amis, Nono, Jules, Adeline, Chacha, Yo, Pti Max, Grand Max, Angus, Leslie, Caro, Milou, Iza, Gab, Choupi, Dams, merci pour tous ces bons moments passés avec vous, merci pour ces voyages en camion, merci pour ces fiestas à n'en plus finir. Merci d'avoir inspiré mon sujet de thèse.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AA : Alcooliques Anonymes

AQoLS : Alcohol Quality of Life Scale

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COPPAH : Collège professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRO : Patient Reported Outcome

QVLS : Qualité de Vie Liée à la Santé

SFA : Société Française d'Alcoologie

TCLA : Troubles Cognitifs liés à l'alcool

TDAH: Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TLFB : Timeline Followback

TUA : Trouble d'Usage d'Alcool

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

URICA : University of Rhode Island Change Assessment Scale

WHOQOL Group : The World Health Organization Quality of Life

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE 3

I. LES FACTEURS EN LIEN AVEC LE TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL 3

A. Les facteurs de risque de rechute 3

1. Facteurs biologiques 4
2. Facteurs psychologiques 5
3. Facteurs sociaux 6
4. Facteurs spirituels 7

B. Facteurs de réussite de sevrage 7

II. QUANTITE D'ALCOOL CONSOMMEE, CONSOMMATION DECLAREE D'ALCOOL 8

III. LES TROUBLES COGNITIFS LIES A L'ALCOOL 9

IV. LA MOTIVATION AU CHANGEMENT : LE MODELE TRANSTHEORIQUE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE 11

V. LA DEPRESSION : UN CO-FACTEUR REGULIER DE L'ADDICTION 15

VI. L'ESTIME DE SOI : UN AXE CENTRAL DE L'INTERVENTION 17

VII. LA QUALITE DE VIE COMME INDICATEUR DE SANTE 19

A. Définition de la qualité de vie 19

B. Les déterminants de la qualité de vie et de son évolution 20

C. La qualité de vie en psychiatrie 20

D. La qualité de vie dans le trouble d'usage d'alcool : une nouvelle échelle de mesure l'Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS) 20

MATERIELS ET METHODES 23

I. CONCEPTION DE LA RECHERCHE 23

II. CRITERES D'EVALUATIONS 24

III. POPULATION 25

IV. DUREE DE LA RECHERCHE 26

V. DIAGRAMME DE L'ETUDE CHAS 26

VI. ANALYSES STATISTIQUES 27

RESULTATS 28
I. EVALUATION INITIALE 28
A. Patients : caractéristiques sociodémographiques et antécédents 28
B. Caractéristiques liées aux évaluations initiales 30
1. Evaluation de la consommation d'alcool : AUDIT 31
2. Stades de motivation : URICA 31
3. Troubles cognitifs : MoCA 31
4. La dépression : Beck Inventory Depression 31
5. Estime de soi : échelle de Rosenberg 32
II. EVALUATION FINALE 32
A. La consommation déclarée d'alcool par le TLFB 33
B. La qualité de vie 34
C. Le suivi 34
III. RESULTATS A 10-12 MOIS 36
DISCUSSION 43
I. LES FACTEURS ETUDIES 43
II. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE 45
III. PERSPECTIVES ET ACTIONS 46
CONCLUSION 47
BIBLIOGRAPHIE 48

INTRODUCTION

Une étude française publiée en 2015 présente l'alcool comme l'une des toutes premières causes d'hospitalisation : en 2012, 580 000 séjours liés à l'alcool ont été identifiés en hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ce qui représente 2,2% de l'ensemble des séjours, soit une augmentation de 11,3% par rapport à 2006. En psychiatrie, les hospitalisations pour un trouble induit par l'alcool représentent 10,4% du total des journées d'hospitalisation et 3,7% des actes ambulatoires. En SSR, les journées liées à l'alcoolisation excessive s'élèvent à 5,6% de l'activité totale. Le coût estimé représente 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières (1).

Cette forte proportion d'hospitalisation liée à une consommation d'alcool, j'ai pu la constater au cours de mon exercice en tant qu'interne de psychiatrie. Ainsi, j'ai rapidement compris que l'addictologie serait régulièrement intriquée aux troubles psychiatriques. C'est pourquoi j'ai souhaité faire un stage en addictologie. De plus j'ai complété ma formation de Diplôme d'Etudes Spécialisées de psychiatrie par un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires d'addictologie ainsi qu'une formation en trois ans de Thérapie Cognitico-Comportementale dont les résultats dans le domaine de l'addictologie sont tout à fait remarquables.

Au cours de mon semestre en addictologie, je devais chaque matin me rendre aux urgences ou à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, afin d'effectuer le travail de liaison en addictologie pour les patients présentant un trouble addictif : information, prévention, réduction des risques et proposition de prise en charge en addictologie en ambulatoire (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA) ou en hospitalisation. La grande majorité des avis concernait les patients adressés pour un trouble de l'usage de l'alcool (TUA). Rapidement, face à des situations complexes, je me suis demandé quels étaient les critères pertinents qui me permettraient de proposer une hospitalisation pour un sevrage alcool, quels critères seraient prédictifs de réussite.

La littérature est abondante sur la question de l'alcool. De nombreuses études existent sur les facteurs de risque de rechute. Néanmoins, peu d'études parlent des critères prédictifs de réussite des prises en charges de ces patients.

La revue de littérature révèle un manque d'études évaluant les facteurs prédictifs de réussite des sevrages alcooliques à long terme (2), et peu regroupent un ensemble suffisamment nombreux et divers de facteurs intervenant dans la prise en charge du sevrage alcoolique.

Je me suis ainsi rapproché de mon chef de service qui m'a ainsi guidée pour la réalisation d'un travail de recherche centré sur cette question.

Ce travail de thèse a donc pour objectif de rechercher quels critères seraient prédictifs de réussite des sevrages alcool.

Pour cela, après un état de la littérature actuelle dans la prise en charge des patients présentant un TUA, nous avons réalisé une étude en soins courant, observationnelle, prospective, au sein du service d'addictologie du CHU de Rouen, de mars 2019 à mai 2020, l’étude CHAS (Critères d'Hospitalisation en Addictologie pour Sevrage alcool) qui fait l’objet de notre présent travail.

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

Cette partie a pour objectif d'explorer les connaissances actuelles de la littérature scientifique à propos des facteurs prédictifs de réussite de sevrage d'alcool. Nous verrons dans un premier temps, les critères en lien avec le trouble d'usage d'alcool (facteurs de risque, facteurs pronostics de réussite). Puis nous discuterons de la consommation déclarée d'alcool et des outils appropriés pour évoquer une dépendance à l'alcool. Par la suite, nous explorerons les troubles cognitifs liés aux consommations chroniques, la motivation nécessaire pour changer un comportement addictif ancré, la dépression souvent décrite comme une comorbidité majeur du trouble addictif, la place de l'estime de soi dans la prise en charge d'une addiction et enfin le concept de qualité de vie centrée sur le patient.

Pour l'analyse de la littérature les bases de données consultées étaient : PubMed, British Medical Journal, ebooks OpenEdition, EM Premium, Oxford University Press, ScienceDirect, Wiley Online Library, Google Scholar, CAIRN, Elsevier Masson, Google.

Les mots clés utilisés ont été les suivants : alcohol, alcohol outcome expectancy, alcohol use disorder, treatment outcome, relapse, self efficacity, self report, self esteeem, risk factors, protective factors, prognostic factors.

La construction des recherches s'est faite à l'aide de Cismef et Hetop.

I. LES FACTEURS EN LIEN AVEC LE TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL

A. Les facteurs de risque de rechute

Pour aborder les facteurs de rechute, il est intéressant de s'arrêter sur la définition même de la rechute.

Il n'existe pas dans la littérature de définition consensuelle de la rechute (3). Maffi (1997) évoque la rechute comme une partie de l'évolution normale d'une dépendance sans différence de substance. C'est aussi ce que considèrent Prochaska et DiClemente (1984, 2005) d'après leur modèle transthéorique de changement en étapes. Les expériences de rechute sont décrites comme inévitables dans le parcours de soins (Décamps, Scroccaro & Battaglia,

2009). Uehlinger et Carrel (1998), définissent trois niveaux de sévérité dans la rechute alcoolique :

- un écart (slip) : reprise d'un verre d'alcool après une période d'abstinence
- la reconsommation (lapse) : reprise répétée d'alcool sur plusieurs jours sans signes de dépendance avérée
- la rechute (relapse) : réinstallation de la dépendance à l'alcool

Marlatt & Donovan (2008) font une distinction entre la prise initiale de produit qui par définition rompt l'abstinence, qu'ils appellent "chute", et la reprise complète d'une consommation pathologique qui définit "la rechute".

Une méta-analyse récente montre qu'au plus 50% des personnes atteintes d'un TUA, après une période de suivi plus longue de plusieurs années, obtiennent une rémission (4). Alors que certaines études évoquent jusqu'à 90% de rechute.

Une revue systématique de la littérature récente a examiné les déterminants de la rechute dans 321 études réalisées entre 2000 et 2019 (5). Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de rechute sont catégorisés comme suit :

1. Facteurs biologiques

- L'âge (> 40 ans) : l'âge avancé serait un facteur positif de rémission alors qu'un début plus jeune serait un facteur de risque de rechute

- Le sexe : certaines études ont montré que le sexe féminin était significativement associé à un meilleur pronostic. Un plus grand nombre d'études ne retrouvent pas d'association significative. Un ensemble d'études conseillent une vigilance accrue des consommations d'alcool chez les femmes car à niveau égal, les conséquences somatiques sont beaucoup plus sévères pour les femmes que pour les hommes (6).

- Le "cerveau" : les troubles cognitifs à travers un dysfonctionnement du système de récompense cérébrale, du réseau de contrôle exécutif et de l'insula, et d'autres régions, sont associés à une rechute beaucoup plus importante. Le Collège professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COPAAH) a élaboré des recommandations dans

le sens d'une prise en charge des troubles cognitifs afin d'améliorer la réussite d'un sevrage alcoolique (7).

- Les antécédents familiaux et génétiques : les antécédents familiaux et la génétique seraient associés à un plus grand risque de rechute. Un grand nombre d'études n'ont pas réussi à trouver d'association.

- La santé : une mauvaise santé physique est associée à un risque de rechute plus élevé

- Le sommeil : un sommeil de mauvaise qualité est associé à un risque de rechute plus élevé

- Les facteurs hormonaux et les biomarqueurs spécifiques de la consommation d'alcool (par exemple, les enzymes hépatiques) : l'augmentation de ces marqueurs est associée à un risque de rechute plus élevé

2. Facteurs psychologiques

- La comorbidité psychiatrique : les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires) et le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), sont associés à un risque accru de rechute

- Le trouble de la personnalité : certaines études l'associent à un risque accru de rechute tandis qu'une revue systématique récente ne retrouve pas de lien significatif. Le pourcentage de troubles de la personnalité comorbides observés varie de 29 à 81% selon Bailly et Venisse (2001). La SFA affirme que les troubles de la personnalité et notamment la personnalité antisociale sont associés à un risque élevé de TUA.

- La gravité de l'addiction : la multiplication des symptômes du TUA est associée à un plus grand risque de rechute

- La durée d'abstinence : une durée d'abstinence plus importante est liée à un facteur de maintien du sevrage

- L'auto-efficacité personnelle : un niveau élevé d'auto-efficacité est associé à un risque de rechute plus faible et considéré comme un facteur protecteur

- Une autre addiction : l'utilisation de substances comorbides est liée à un plus grand taux de rechute

- Un antécédent de traitement, la capacité d'adaptation altérée et les déficits neurocognitifs : prédiraient un plus grand risque de rechute

- Les évènements de la vie : le stress et les traumatismes sont associés à des taux de rechute plus élevés

- Une perspicacité plus faible, moins de recherche d'aide, des objectifs de réduction d'alcool moins clairs, les attentes de résultats positifs, une faible motivation et les conséquences négatives liées à l'alcool, sont associés à un risque de rechute plus élevé

- L'impulsivité : ce facteur est inconstamment retrouvé comme facteur de risque de rechute. Une étude l'évoque même comme un facteur protecteur.

3. Facteurs sociaux

- Les facteurs sociaux et la qualité du soutien social sont associés à une diminution du risque de rechute. Un emploi, un statut socio-économique plus élevé, et un niveau d'éducation supérieur sont associé à une réduction du risque de rechute.

- Une culture de forte consommation d'alcool est un facteur de risque de rechute

- Les enfants : le fait d'avoir un enfant (premier-né) pour les femmes réduit le risque de rechute

4. Facteurs spirituels

- La spiritualité semble être un facteur protecteur de la rechute
- Un objectif de vie semble lié à la réduction du risque de rechute

B. Facteurs de réussite de sevrage

Quel critère de réussite considérer : consommation contrôlée ou abstinence ? Cette question n'est pas neuve et agite encore aujourd'hui la communauté scientifique. En 2014, la Société Française d'Alcoologie (SFA) invite à considérer que "toute réduction durable de consommation est un résultat positif"(8). C'est pourquoi, dans l'évaluation à distance d'un sevrage il est intéressant de prendre la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) comme critère de jugement.

Au-delà de cette notion centrée sur le produit, l'objectif d'une prise en charge d'un patient présentant un mésusage de l'alcool doit considérer le sujet dans son ensemble, en particulier sa qualité de vie. L'évolution des pratiques en alcoologie, suivant le modèle des soins centrés sur le patient, permet de revisiter le concept de rémission pour une meilleure prise en compte du point de vue du patient. Cela participe de façon prépondérante dans la définition de ses objectifs thérapeutiques et dans leur évaluation. La mesure de la qualité de vie semble donc se rapprocher des préoccupations des patients (9).

Plusieurs études ont décrit certains des facteurs qui peuvent influencer le succès d'un patient dans ses efforts pour ne pas rechuter. Waisberg (1990) souligne l'importance des caractéristiques psychologiques et démographiques, du niveau de dépendance à l'alcool, de la motivation pour le traitement, des styles d'adaptation et des croyances sur l'abstinence, sur les différences observables de l'évolution des patients après la période d'hospitalisation. Ellis et McClure (1992) ont étudié un ensemble de variables prédictives d'une meilleure évolution à 6 mois et à 1 an de suivi, pour un échantillon de 75 patients préalablement traités dans un programme d'hospitalisation. Le taux de non-rechute pour les deux sexes était associé à la participation aux réunions des Alcooliques anonymes (AA). De plus, un mauvais résultat à

1°an était associé à un manque d'implication du médecin généraliste dans le suivi et à l'absence de conseil en matière d'alcool dans la communauté. D'autres études suggèrent que la participation à des séances de thérapie et à des groupes de conseil de type "12 étapes", prédisait également une bonne évolution à 3 et 12 mois (McKay et al., 1998 ; Staines et al., 2003). Bottlender et Soyka (2005) ont étudié les prédicteurs de l'abstinence dans un échantillon de 103 patients externes alcoolo-dépendants et ont constaté que 64% des patients étaient abstinents après une évaluation de suivi de 6 mois.

L'ensemble de ces critères sont donc des indicateurs à rechercher chez les patients engagés dans un sevrage alcoolique.

Afin d'évaluer la part de chacun de ces critères, il est important d'évaluer la consommation du patient et ainsi que son retentissement.

II. QUANTITE D'ALCOOL CONSOMMEE, CONSOMMATION DECLAREE D'ALCOOL

Afin de repérer un mésusage de l'alcool, la SFA recommande d'aborder la question de la consommation d'alcool avec les patients via l'utilisation préférentiellement de questions ouvertes et notamment en abordant les trois questions de l'AUDIT-C (version courte de l'AUDIT). La forme complète en dix questions de l'AUDIT est utile pour préciser également les répercussion de la consommation d'alcool (10).

Le questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (11) est un test simple en 10 questions développé par la World Health Organisation pour déterminer si une personne présente un risque d'addiction à l'alcool. Les trois premières questions traitent de la consommation du patient, les questions 4 à 6 de la dépendance à l'alcool et les questions 7 à 10 des problèmes consécutifs aux consommations d'alcool. Un mésusage doit être suspecté chez les patients ayant un score de 7 ou plus chez les hommes et de 6 ou plus chez les femmes. Ce questionnaire a été validé en version française et possède une sensibilité et spécificité élevées (12) (13).

Au niveau du suivi, La SFA recommande d'évaluer la consommation moyenne quotidienne d'alcool (CDA). Ce recueil peut-être facilité par certains instruments, comme le Time Line Follow Back (TLFB) qui a été développé par Sobell. Son utilisation est aussi recommandée par l'American Psychiatric Association (Sobell, Brown et al. 1996; APA 2000). Cet instrument se présente sous la forme d'un calendrier de consommation, s'appuyant sur des évènements ayant marqué la période interrogée pour favoriser la fidélité du recueil rétrospectif. Sa période de rappel peut varier de quelques jours à plusieurs années et peut être passée en auto-évaluation ou par un clinicien. Le TLFB est fiable même complété par téléphone (14).

Après avoir repéré une consommation chronique d'alcool, il est recommandé d'en évaluer les conséquences cognitives.

III. LES TROUBLES COGNITIFS LIES A L'ALCOOL

Les données épidémiologiques soulignent la fréquence de l'association entre le trouble de l'usage de l'alcool et les déficits cognitifs. Certaines études montrent que plus de la moitié des patients dans un service d'addictologie présentent des troubles altérant significativement leur fonctionnement cognitifs (10). Plus précisément, d'autres études décrivent 50 à 80% de déficits cognitifs légers chez les patients alcoolo-dépendants et 10% de troubles sévères pouvant compromettre les soins psychothérapeutiques et les prises en charge de réadaptation/réinsertion (7). Le COPAAH évoque même une nouvelle entité nosographique, celle des "troubles cognitifs liés à l'alcool" ou TCLA, intégrant l'ensemble des formes cliniques et distinguant trois niveaux de sévérité : léger, modéré et sévère ce dernier incluant le syndrome de Korsakoff (7).

Les études en neuroimagerie montrent que les atteintes cérébrales concernent aussi bien la substance grise que la substance blanche. Elles sont associées à une réduction du débit sanguin cérébral chez la plupart des patients (15). Cela altère principalement trois circuits : le circuit de Papez, le circuit fronto-cérébelleux, et le réseau de la cognition sociale (7) (16).
Les conséquences cliniques se manifestent par :

- un syndrome dysexécutif (altération des capacités de flexibilité, inhibition, planification, manipulation en mémoire de travail et de conceptualisation) entraînant une altération des facultés de prise de décision
- une atteinte de la mémoire épisodique avec une réduction des capacités d'apprentissage verbal et non verbal, de la récupération des souvenirs et du contexte spatio temporel lié.
- un déficit émotionnel et de la cognition sociale : alexithymie allant de 30 à 49% des patients alcoolo-dépendants pour certaines études (17) à 63% pour d'autres (18), un déficit de la théorie de l'esprit, un déficit de l'empathie émotionnelle conduisant à des difficultés interpersonnelles
- une atteinte de la métacognition qui conduirait à une altération des capacités à estimer son propre fonctionnement cognitif et donc à une surestimation des compétences

L'origine des troubles cognitifs secondaires à l'alcool peut être liée à la toxicité lésionnelle ou fonctionnelle directe de l'alcool sur le système nerveux central ou à celle de son métabolisme (hépatique surtout). Ces troubles peuvent être aggravés par des carences nutritionnelles (vitaminiques) ou renforcés par des épisodes aigus directement liés à l'alcool ou au sevrage (figure 1) (19)

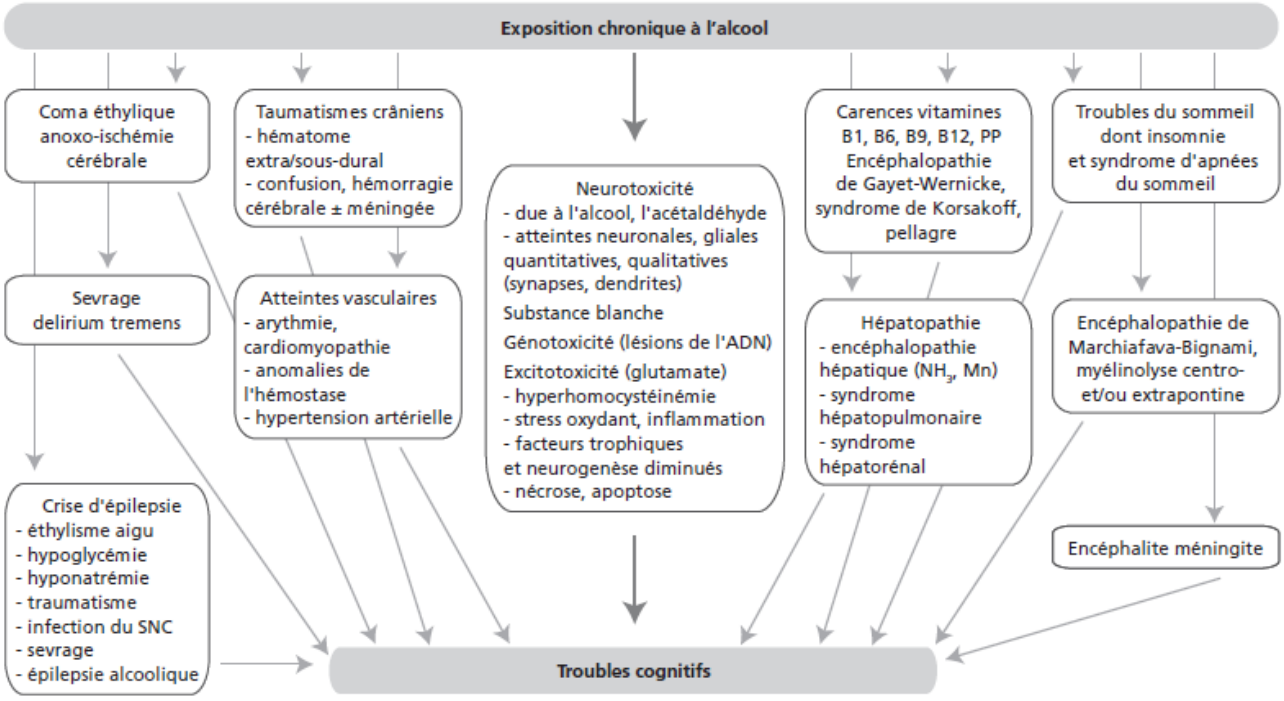


Figure 1 : Origine des troubles cognitifs liés à l'alcool, d'après Dematteis et al., 2013

Ainsi, la prise en compte des troubles cognitifs est indispensable pour adapter les prises en charges de chaque patient (7) (10) (16).

Pour cela, il existe des outils de dépistage validés et utilisables par tous les soignants comme le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) (20). Cette échelle a prouvé son utilité dans le repérage des troubles cognitifs chez les patients ayant un TUA. Elle présente une sensibilité de 87 à 90% et une spécificité à 87%. Elle évalue les fonctions suivantes : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuo-constructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Le temps d'exécution est de dix minutes approximativement. Le nombre de points maximum est de 30; un score de 26 et plus est considéré normal.

Les performances cognitives peuvent prédire le niveau de motivation des patients alcoolo-dépendants à l'entrée en traitement et doivent être prises en compte dans les décisions cliniques (21).

IV. LA MOTIVATION AU CHANGEMENT : LE MODELE TRANSTHEORIQUE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE

La motivation est un concept qui prend une place particulièrement centrale dans les addictions. Si de nombreux facteurs cognitifs, émotionnels, environnementaux et comportementaux sont en cause dans la dépendance, il n'est pas rare de voir cette problématique complexe résumée à une simple question de volonté.

Le dictionnaire de psychologie définit la motivation comme suit (22) : "Terme générique dérivé du latin motivus (déclenchant un mouvement) et désignant des processus qui confèrent au comportement une intensité, une direction déterminée et une force de déroulement, et qui émergent comme phases saillantes de l'activité individuelle. Au sens large, le construit de motivation sert à expliquer pourquoi et comment le comportement, dans des situations spécifiques, s'oriente vers certains buts et est guidé en direction de leur réalisation"

Le principe du changement de comportement peut s'expliquer par l'influence de processus motivationnels. C'est en 1982 que Prochaska et DiClemente développent le modèle transthéorique de motivation au changement (23) (24). Il est élaboré à partir des observations cliniques et modélise le parcours de changement comme une progression dynamique et fluctuante à travers différents stades successifs, intégrant des épisodes de rechute et des allers-retours possibles entre chaque stade (Figure 1) :

1) **Stade de pré-contemplation** : le patient estime ne pas avoir de problème ou le minimise et n'envisage pas de changement.
   A ce stade le thérapeute peut mettre à la disposition du sujet addict des données normatives d'évaluation du trouble (questionnaire de dépistage, bilan sanguin…). Il doit établir une relation de confiance avec le patient en se positionnant comme une personne disponible pour échanger autour du comportement

2) **Stade de contemplation** : le patient prend conscience qu'un problème existe et a un désir de changer. Néanmoins, ce stade est caractérisé par un état d'ambivalence entre inquiétudes et arguments allant à l'encontre de celles-ci.
   C'est à ce stade que le thérapeute peut utiliser l'entretien motivationnel, fondé sur l'empathie et la liberté de choix du patient, pour accompagner l'intention de changement et la préparation.

3) **Stade de préparation** : le patient prépare le changement. Le patient est prêt à passer à l'action et peut effectuer déjà des changements significatifs comme une réduction de sa consommation. Le patient et le thérapeute établissent des objectifs. Le thérapeute délivre une information claire du trouble et de la thérapie adaptée.

4) **Stade d'action** : le patient modifie son comportement, il change son style de vie et remplace ses comportements addictifs par des comportements plus adaptés. Le thérapeute apporte son aide thérapeutique pouvant associer traitement, travail sur soi et apprentissage de nouveaux comportements. Il soutient et encourage la personne, dédramatisant les faux pas.

5) **Stade de maintien** (consolidation) : stade le plus abouti du processus de changement. Le patient a de nouveaux comportements qui s'automatisent progressivement et constituent de nouvelles habitudes de vie. Le thérapeute peut proposer une prise en charge des comorbidités persistantes (dépression, trouble anxieux). Le patient peut rester dans ce stade de maintien qui peut durer de 6 mois au reste de la vie (Chapelle et Al., 2011). Il peut sortir du processus et vivre totalement hors addiction. Il peut rechuter.

6) **Stade de rechute** : le patient reprend ses pratiques addictives. Le thérapeute doit travailler la motivation du patient à l'arrêt et rechercher des stratégies d'affrontement en renforçant le sentiment d'efficacité du patient. Il réunit les réseaux de soutien.

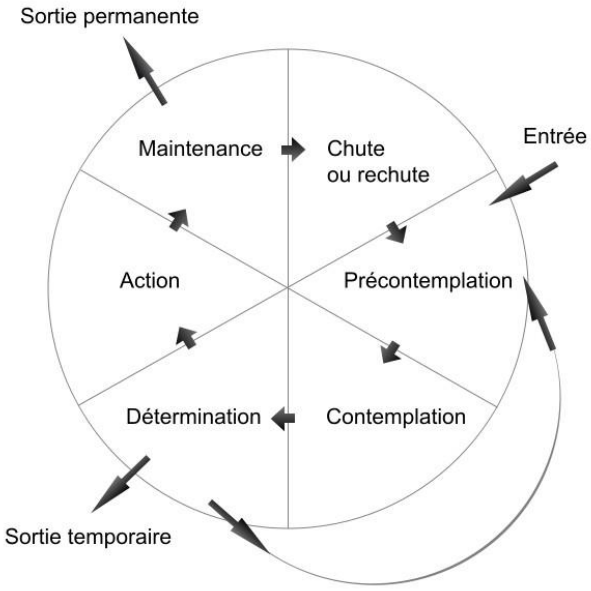


Figure 2 : les stades de motivation selon Prochaska et DiClemente

Pour mesurer les étapes de changements des patients, les auteurs ont créé l'échelle "University of Rhode Island Change Assessment Scale" (URICA, McConnaughy, DiClemente, Prochaska et coll., 1989). C'est une échelle composée d'un questionnaire de 32 énoncés permettant de couvrir quatre sous-échelles qui renvoient aux étapes de changement. La cotation consiste à déterminer l'étape de changement de chaque participant. Chaque sous-échelle est mesurée à l'aide de 8 questions exclusives à chacune des étapes de

changement établies par Prochaska, Norcross et DiClemente (1994). Le format de réponse est une échelle de Likert à 5 points (1 = fortement en désaccord ; 2 = moyennement en désaccord ; 3 = neutre ou indécis ; 4 = moyennement en accord ; 5 = fortement en accord). Le score est calculé de façon cumulative et il varie de 8 à 40 pour chacune des sous-échelles. Concernant le calcul des scores pondérés, il n'existe pas, à ce jour, de consensus. La méthode proposée par DiClemente, Schlundt et Gemmell (2004) est dans un premier temps d'additionner les items de chaque sous-échelle et diviser par sept le score de chaque sous-échelle afin d'obtenir une moyenne. Ensuite, il s'agit d'additionner les moyennes des sous-échelles de "contemplation", "d'action" et "de maintien" et d'y soustraire la moyenne de la sous-échelle "pré-contemplation". Les participants qui obtiennent un score de :

- 8 et moins sont classés à l'étape de la "pré-contemplation"
- entre 9 et 11 sont classés à l'étape de la "contemplation"
- entre 12 et 14 sont considérés comme étant à l'étape de "l'action"
- plus de 14 se retrouvent à l'étape du "maintien"

Il est à noter que le score obtenu à chaque sous-échelle représente des attitudes et des comportements faisant référence aux étapes du changement et non à un état de changement précis (DiClemente, Schlundt et Gemmell, 2004). Il faut donc interpréter les résultats obtenus avec vigilance.

Prochaska et DiClemente suggèrent que les thérapeutes prêtent rarement attention au stade de changement dans lequel se trouvent les patients et procèdent souvent comme s'ils étaient prêts à agir. Ils suggèrent d'utiliser ce questionnaire à l'admission en soins d'addictologie (25).

Pour les auteurs, ce questionnaire est un instrument bref et très fiable pour mesurer les étapes du changement en psychothérapie.

Notons cependant qu'il fut conçu à partir d'une population de sujets s'engageant spontanément dans l'arrêt de tabac, puis a ensuite a été généralisé pour les autres problématiques addictologiques, en particulier l'alcool, entrainant de nouvelles méthodes d'analyse. Trois méthodes d'analyse sont ainsi possibles selon la littérature. La première méthode, est celle proposée par ses auteurs et décrite plus haut. La deuxième méthode pondère les scores de chaque stade, ce qui permet d'obtenir un profil motivationnel global impliquant les quatre stades. La troisième méthode consiste à calculer un score composite

dont la formule est "C+A+M-P), permettant d'avoir une mesure continue de la préparation au changement, dont le score varie de 16 à 112 (26).

De nombreux auteurs ont évalué la motivation aux changements. Il est démontré que les caractéristiques cognitives, telles que l'auto-efficacité, et les caractéristiques comportementales, telles que la motivation, sont nécessaires pour modifier les modes de consommation d'alcool (27). Il semble donc indispensable de mesurer la motivation aux changements dans un travail d'addictologie.

La motivation à changer est un élément important dans un processus de soins, mais elle peut être impactée par une pathologie psychiatrique comme la dépression.

V. LA DEPRESSION : UN CO-FACTEUR REGULIER DE L'ADDICTION

Les personnes qui souffrent de dépression ont parfois recours à l'alcool pour ses effets psychotrope aigus, anxiolytiques et dysphorique, voire amnésiant ou encore hypnotique. Elles boivent pour oublier leur mal-être, pour supporter leur souffrance, pour parvenir à dormir… Boire est ainsi vu comme une "solution", efficace à court terme, une automédication facile d'accès. La dépression est associée à une consommation problématique d'alcool plus précoce ainsi qu'à un risque suicidaire plus élevé. Parmi les patients présentant un diagnostic de dépression, ceux pour lesquels un état d'abus/ou de dépendance à l'alcool est avéré, les symptômes dépressifs sont plus sévères et plus invalidants. Ainsi, la gravité de la dépression est fortement corrélée à l'intensité de la consommation d'alcool (28).

A l'inverse, l'alcool ayant un effet dépressogène à moyen et long terme, la grande majorité des personnes dépendantes à l'alcool manifestent à un moment de leur existence des symptômes de dépression : une consommation excessive d'alcool est corrélée à une forte prévalence de taux de dépression (29) et le risque suicidaire de cette population est majoré (30). L'apparition de la dépression est souvent liée à une faible estime de soi, à des relations affectives rendues difficiles par les alcoolisations chroniques.

Chacun des deux troubles augmente l'apparition de l'autre : un des troubles double le risque d'apparition de l'autre (31). Les femmes présentent plus de risque de présenter une co-occurrence des deux troubles (32).

Sur le plan biologique, l'addiction passe par une dérégulation progressive du système de récompense et du système de stress, dérèglement qui s'accentue progressivement et finit par provoquer la perte de contrôle et donc la consommation compulsive de la substance. Il y a un déplacement de l'état d'homéostasie par rapport à l'état physiologique de départ qualifié d'allostasie (stabilité à un niveau déplacé) (33). Certaines études feraient l'hypothèse que même suite à une abstinence prolongée, la dérégulation allostasique persisterait au sein du système de récompense (34).

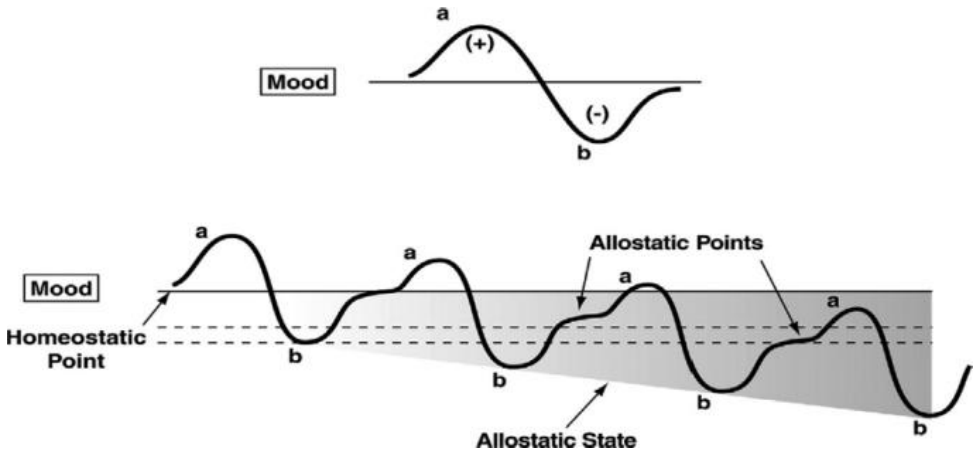


Figure 3 : homéostasie puis allostasie

Le schéma du haut décrit l'administration de substance addictive sans histoire de consommation au préalable : l'état (a) représente une humeur positive (+), l'état (b) une humeur négative (-). L'état affectif général serait la somme des deux processus (a+b). Si les prises de la substance sont espacées dans le temps, la consommation s'accompagne de passage par des humeurs positives (a). Le schéma du bas illustre la situation d'une personne dont la consommation est chronique, avec modification des équilibres vers un état allostatique, qui accompagne le développement d'une dépendance. Les consommations rapprochées ne permettent pas le retour à l'équilibre homéostatique avant la prise suivante. Le déséquilibre allostatique s'installer et l'humeur se dégrade progressivement.

Il est donc nécessaire de bien définir et mesurer l'intensité des deux troubles afin d'apporter des informations précises et claires. L'identification des deux troubles amène à interroger et à investiguer la temporalité et le contexte de leur apparition (28).

Les dépressions induites par l'alcoolisme sont décrites par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) comme des "Troubles de l'humeur induits par une substance". Cette classification montre l'importance d'effectuer une mesure des cognitions dépressives afin d'évaluer les aspects subjectifs de la dépression.

Pour cela, l'inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items) (35) est un auto-questionnaire constitué de 13 items contenant 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme (0 à 3). La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Les seuils de gravités définis sont :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère.

Il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté. Il est fiable et valide pour détecter les symptômes dépressifs chez les patients présentant un TUA (36) (37).

Après avoir pris en compte les comorbidités psychiatriques des patients souffrant d'un TUA, il semblerait que la perception que fait le patient de lui-même soit un facteur majeur à étudier.

VI. L'ESTIME DE SOI : UN AXE CENTRAL DE L'INTERVENTION

C'est William James qui évoque en 1890 le concept d'estime de soi qui serait le produit d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi (le concept de soi réel) et un soi idéal, c'est-à-dire les représentations de ce que la personne souhaiterait être (concept de soi idéal). L'estime de soi globale découle directement de la somme totale de ces évaluations succès/aspirations. Ce cadre théorique général a été repris et amélioré par différents auteurs dans la seconde moitié du XXe siècle.

Le sociologue Morris Rosenberg (1965) a suggéré que l'évaluation de soi survient par rapport à des valeurs de référence. Selon lui, une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à l'égard de soi même. Les individus peuvent être fortement sélectifs dans leur choix de ces standards évaluatifs. Il a fait l'hypothèse d'une motivation universelle pour sélectionner les standards qui assureront un niveau adéquat d'estime de soi. L'échelle d'estime de soi qu'il a développée, demeure la plus utilisée dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi.

Le questionnaire de Rosenberg est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative. La réponse varie selon une échelle de type Likert en

quatre points (1 = tout à fait en désaccord ; 2 = plutôt en désaccord ; 3 = plutôt en accord ; 4 = tout à fait en accord). Le score s'obtient par addition des scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée. Le score est compris entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

- Un score inferieur à 25 indique que l'estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.
- Un score entre 25 et 31, indique que l'estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.
- Un score entre 31 et 34, indique une estime de soi dans la moyenne.
- Un score compris entre 34 et 39, indique une estime de soi forte.
- Un score supérieur à 39, indique une estime de soi très forte.

Aubry et al. (38) ont montré que l'estime de soi des personnes alcooliques était en moyenne plus faible que celui d'un groupe témoin et celui des femmes alcooliques que celui des hommes alcooliques. Certains affirment que pour obtenir une abstinence, l'estime de soi doit constituer un des axes centraux des interventions de soins (39).

Des facteurs peuvent concourir à un déficit d'estime de soi initial comme des antécédents d'abus physiques, sexuels ou psychologiques et d'autres traumatismes de l'enfance. Des conflits conjugaux peuvent préexister à l'usage d'alcool, ainsi que la présence de violence conjugale avec des attitudes de soumission au conjoint avec parfois, paradoxalement, une position maternelle à son égard. D'autres facteurs peuvent entraîner une mésestime de soi : l'anxiété, la dépression et la culpabilité ; ils favorisent l'usage d'alcool chez les femmes. Des co-addictions ont un impact sur l'estime de soi (40).

Aubry et al. Préconise d'évaluer le niveau d'estime de soi au début d'une prise en charge pour sevrage car l'image de soi constituerait un des axes centraux des interventions auprès de patients alcooliques (38). De plus, cette notion peut être améliorée si elle fait partie intégrante du processus de soins.

Enfin, le travail sur les troubles cognitifs, la motivation, la dépression et l'estime de soi à un intérêt pour le patient car il améliore sa qualité de vie.

VII. LA QUALITE DE VIE COMME INDICATEUR DE SANTE

De plus en plus de recherches s'intéressent aux indicateurs de santé perçus par les patients, au sein desquels la qualité de vie tient une place centrale. La qualité de vie est devenue un marqueur indispensable à la vérification de l'efficacité d'une thérapeutique (41). Dans la recherche, elle évite notamment les biais liés au changement d'observateur. Pour la SFA, l'objectif du traitement d'un mésusage de l'alcool est d'abord l'amélioration de la qualité de vie des personnes (10).

A. Définition de la qualité de vie

Actuellement, il existe de deux types de mesure de la qualité de vie :

- La qualité de vie globale : qualité de vie par rapport à son idéal, propre à chacun. En 1991, l'OMS crée un groupe de travail dédié à la qualité de vie et à sa mesure : le World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group). Ainsi en 1993, l'OMS définit ainsi la qualité de vie comme "la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement". Cette mesure est peu sensible au changement.

- La qualité de vie liée à la santé : c'est une approche restreinte de la qualité de vie, c'est un "agrégat de représentations fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie" (42). Elle exclut les domaines professionnels et spirituels. Cette mesure est plus sensible au changement.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui évalue les domaines : physique, somatique, psychologique, social et environnemental.

B. Les déterminants de la qualité de vie et de son évolution

Caractéristiques sociodémographiques (43):

- Sexe : les femmes rapportent une moins bonne qualité de vie que les hommes
- Age : les 18-24 ans déclarent une qualité de vie supérieure aux plus de 74 ans
- Niveau d'études : le score de qualité de vie est d'autant plus bas que le degré d'instruction des patients est faible
- Revenu : des revenus professionnels actifs semblent être vecteurs d'une meilleure qualité de vie
- Situation familiale : la vie en couple est associée à une meilleure qualité de vie

C. La qualité de vie en psychiatrie

En psychiatrie, l'évaluation de la qualité de vie s'est développée plus tardivement que dans les autres disciplines médicales. En pratique, les instruments de mesure spécifiques de la qualité de vie ont d'abord été créés pour les patients présentant des troubles psychotiques ou dépressifs, puis pour les patients atteints de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles addictifs. Tous ces outils ont été validés dans différentes populations de patients, à l'échelle nationale et internationale (43).

Le niveaux de qualité de vie est inférieur à ceux de la population générale car, est altéré en plus du domaine de la santé physique, le domaine de la santé mentale (44).

D. La qualité de vie dans le trouble d'usage d'alcool : une nouvelle échelle de mesure l'Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS)

La littérature montre que la qualité de vie, évaluée avec des échelles standards, s'améliore de manière significative dans tous les domaines lorsque l'abstinence ou la réduction de la consommation d'alcool se prolonge.

L'étude de Luquiens et Al en 2012 (45) s'est intéressée à la qualité de vie liée à la santé en alcoologie. Elle a permis d'identifier le besoin de développement d'un instrument de mesure la QVLS spécifique aux patients présentant un trouble d'usage d'alcool.

C'est ainsi que l'équipe de Luquiens a entrepris de développer l'échelle Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS). L'AQoLS est un instrument répondant à ces critères de type Patient Reported Outcome (PRO) validé par la recherche, et qui adopte donc une méthodologie centrée sur le patient, en impliquant les patients dans la génération même des items.

Cette échelle est composée de 34 items répartis en 7 dimensions :

- Activités (items 1 à 6)
- Relations interpersonnelles (items 7 à 14)
- Conditions de vie (items 15 à 18)
- Emotions négatives (items 19 à 23)
- Estime de soi (items 24 à 27)
- Contrôle (items 28 à 32)
- Sommeil (items 33 et 34)

Une échelle de Likert à 4 points a été choisie pour graduer l'intensité des réponses (1 = pas du tout ; 2 = un peu ; 3 = beaucoup ; 4 = énormément).

Deux dimensions n'étaient pas jusqu'à présent considérées comme faisant partie de la qualité de vie liée à la santé dans le trouble d'usage d'alcool : le contrôle et l'estime de soi. Le contrôle semble particulièrement pertinent puisqu'il constitue le symptôme cœur de l'addiction sous la forme de la perte de contrôle aussi bien cliniquement que d'un point de vue neuropsychologique (contrôle inhibiteur) et neural (rôle des régions préfrontales en particulier) (9). C'est aussi ce que retrouve l'étude de Salvatore Campanella, Elisa Schroder et leurs collègues publiée dans le journal Clinical Neurophysiology.

L'échelle AQoLS donne la perspective, au sein d'études interventionnelles ou observationnelles à venir, d'une documentation plus pertinente du point de vue des patients de l'efficacité des interventions en alcoologie.

Cette échelle est donc la seule échelle spécifique au TUA et c'est pour cela qu'il est intéressant de s'en servir dans la recherche en addictologie.

Cette première partie évoque une multitude de critères intervenant dans la prise en charge pour le sevrage d'un patient alcoolique. On retrouve notamment l'importance du repérage précoce d'un TUA à l'aide de questionnaires brefs ainsi que la nécessité de quantifier l'alcool consommé via la CDA. Elle relate aussi la prévalence des troubles cognitifs dans la population alcoolique et l'importance de leurs évaluations pour adapter la prise en charge, puis, nous éclaire sur la place centrale de l'évaluation de la motivation au changement dans un trouble addictif. Enfin, la dépression et le manque d'estime de soi sont définis comme des co-morbidités majeures du TUA et nécessitent d'être repérés et pris en charge. Pour finir, la qualité de vie est perçue comme un indicateur de santé à considérer dans le parcours de soins des patients souffrant de TUA.

MATERIELS ET METHODES

Comme nous avons pu le voir, il y a un manque de données scientifiques sur les critères qui pourraient prédire la réussite des sevrages alcool à moyen ou long terme. La grande majorité des études est orientée dans la reconnaissance des facteurs de rechute, afin de les éviter, avec des résultats pas toujours concordants ; mais très peu s'intéressent aux facteurs prédictifs de maintient de l'abstinence, ou de retour à une consommation contrôlée. Notre réflexion s'est ainsi focalisée sur les facteurs prédictifs de la réussite des sevrages alcool suite à une hospitalisation.

I. CONCEPTION DE LA RECHERCHE

L'étude CHAS est une étude prospective, observationnelle, en soins courant, monocentrique.

Son objectif est de déterminer des facteurs prédictifs de réussite d'une prise en charge addictologique débutant par un sevrage d'alcool dans l'unité N. POUSSIN du CHU de ROUEN. Les facteurs prédictifs évalués sont : le degré de la maladie alcoolique, le degré de motivation, l'intensité des troubles cognitifs, l'estime de soi, l'état thymique lors du sevrage.

Nous avons considéré comme **succès** le fait d'être abstinent, ou d'avoir repris une consommation d'alcool conforme aux recommandations de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), résultats respectant les objectifs initiaux des patients hospitalisés. Nous avons aussi tenté de mesurer l'évolution de la qualité de vie.

L'étude CHAS s'adresse ainsi aux patients présentant un TUA, adressés à l'unité N. POUSSIN pour un sevrage alcool, et c'est dans cette unité que le recueil initial des éléments cliniques a lieu.

Les questionnaires sont remis entre le 5ème et le 10ème jour d'hospitalisation (temps nécessaire pour diminuer l'intensité du syndrome de sevrage et diminuer les posologies de benzodiazépines) et récupérés à la fin de l'hospitalisation. L'évaluation cognitive par MoCA est passée 2 jours avant la fin d'hospitalisation.

Echelles psychométriques :

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests)
- AQoLS (Alcohol Quality of Life Scale)
- URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale)
- Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)
- Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Ces échelles sont toutes des auto-questionnaires délivrées aux patients après explication pour les compléter. Les patients présentant des difficultés à la pratique de la langue française ont été aidés pour la lecture des items.

Le recueil final des éléments cliniques a lieu 10 à 12 mois après l'hospitalisation dans l'unité N. POUSSIN, à l'occasion d'une consultation de suivi en CSAPA, en présentiel ou par contact téléphonique étant donné le contexte lié à l'épidémie de Coronavirus (confinement).

Les éléments recueillis à cette occasion sont :

- Le suivi mis en œuvre depuis un an : "Avez-vous bénéficié d'un suivi par un addictologue et/ou une infirmière au CSAPA suite à l'hospitalisation ? Par votre médecin traitant ? Par un psychiatre ou psychologue ? Avez-vous été suivi en hôpital de jour d'addictologie ?"
- le nombre d'autres hospitalisations pour sevrage
- le maintien du sevrage ou la rechute : « avez-vous reconsommé de l'alcool suite à votre hospitalisation ? Si oui, combien de temps en semaine après l'hospitalisation ?"
- la consommation déclarée d'alcool, via le TLFB sur les 7 derniers jours
- la qualité de vie : auto-questionnaire AQoLS pour les consultations au CSAPA et évaluation orale par 3 choix pour les consultations téléphoniques (QV stable, dégradée ou améliorée par rapport à ce qu'elle était avant l'hospitalisation)

II. CRITERES D'EVALUATIONS

Critère d'évaluation principal

Taux de patients abstinents, évalué à partir de la consommation déclarée d'alcool par le patient un an après la prise en charge dans l'unité N. POUSSIN pour sevrage d'alcool.

Critères d'évaluation secondaires

Taux de patients ayant retrouvé une consommation d'alcool conforme aux recommandations de l'ANSP, évaluée à partir de la consommation déclarée d'alcool par le patient, un an après la prise en charge dans l'unité N. POUSSIN pour sevrage d'alcool.

Amélioration de la qualité de vie, évaluée à partir de l'évolution de l'AQoLS entre l'hospitalisation initiale dans l'Unité N. POUSSIN et l'évaluation à un an.

Effet du suivi : recours aux CSAPA, et/ou au médecin traitant, et/ou à tout autre médecin désigné, pour la prise en charge de la consommation d'alcool, dans l'année suivant la prise en charge du patient dans l'unité N. POUSSIN pour sevrage d'alcool.

III. POPULATION

La population évaluée est celle des patients présentant un TUA, adressés à l'unité N. POUSSIN pour un sevrage alcool, avec les critères d'inclusion et d'exclusion suivant :

Critères d'inclusion

- Sujet de 18 à 64 ans inclus
- Hospitalisé dans l'unité N. POUSSIN du service d'Addictologie du CHU de ROUEN
- Pour un sevrage d'alcool
- Avec comme objectif l'abstinence d'alcool, ou la reprise d'une consommation conforme aux recommandations de l'ANSP après une période d'abstinence

Critères de non-inclusion

- Patients souffrant d'une autre addiction reconnue par le DSM 5, sauf le tabac
- Antécédent de trouble psychotique vie entière
- Antécédent de trouble bipolaire vie entière
- Femme enceinte
- Personne privée de liberté par une décision administrative ou judiciaire ou personne placée sous sauvegarde de justice / sous-tutelle ou curatelle

IV. DUREE DE LA RECHERCHE

Les inclusions ont eu lieu entre les mois de Mars et Juillet 2019.

Les évaluations à un an ont eu lieu entre les mois de Mars et Mai 2020.

V. DIAGRAMME DE L'ETUDE CHAS

Evaluation initiale	**Hospitalisation à l'unité N. POUSSIN pour sevrage d'alcool** J1 : arrivée en hospitalisation J5 à J10 : - Données sociodémographiques, - Histoire succincte de la maladie alcoolique - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests) - AQoLS (Alcohol Quality of Life Scale) - URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) - Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory) - Echelle d'estime de soi de Rosenberg 2 jours avant la sortie : - MoCA 1 jour avant la sortie : - Planification du suivi (spécialisé ou pas)
Évaluation finale	**A l'occasion d'un suivi en CSAPA ou par contact téléphonique** - Histoire de la maladie depuis la sortie de l'unité N. POUSSIN - Le suivi mis en œuvre depuis un an - Le nombre d'autres hospitalisations pour sevrage depuis un an - TLFB sur les 7 jours passés - Qualité de vie actuelle : ∗ AQoLS pour les consultations présentielles au CSAPA ∗ Evaluation orale pour les consultations téléphoniques (3 choix : stable, dégradée ou améliorée par rapport à ce qu'elle était avant l'hospitalisation)

VI. ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été recueillies sur le logiciel EXCEL® 2010 de MICROSOFT®.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide d'une statisticienne de recherche.

Selon les données et les particularités des auto-questionnaires, il a été réalisé des tests non-paramétriques de Mann Whitney lorsque la variable catégorielle avait deux catégories et des tests Chi^2 ou le test exact de Fisher's pour les autres.

Le risque de première espèce alpha est fixé à 5 % (une différence est considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05).

RESULTATS

I. EVALUATION INITIALE

A. Patients : caractéristiques sociodémographiques et antécédents

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques de la population

Caractéristiques	
Sexe - n(%)	
Hommes	51 (73,9%)
Femmes	18 (26,1%)
Sex ratio H/F	2,83
Age	
Moyenne	49,51 (± 9,43)
Rang	26 à 74 ans
Statut marital - n(%)	
Marié - Concubinage	28 (40,6%)
Divorcé - Séparé	34 (49,3%)
Célibataire	5 (7,2%)
Veuf	2 (2,9%)
Nombre d'enfants - n(%)	
0	16 (23%)
≥ 1	53 (77%)
Domicile - n(%)	
Fixe	62 (89,9%)
Hébergé	7 (10,1%)
Revenus - n(%)	
Salaire - Retraite	38 (55,1%)
Autres revenus [1]	30 (43,5%)
Sans revenu	1 (1,4%)
Niveau d'études - n(%)	
Sans diplôme ou brevet	11 (15,9%)
Niveau CAP - BEP	24 (34,8%)
Niveau BAC	16 (23,2%)
Niveau > BAC	18 (26,1%)
Activité professionnelle - n(%)	
Sans activité	37 (53,6%)
Avec activité	32 (46,4%)
Antécédents d'hospitalisation pour sevrage - n(%)	
Aucun	27 (39,1%)
≥1	42 (60,9%)

[1] *Autres revenus : chômage, RSA, Invalidité, AAH*

Au total, 69 patients hospitalisés à l'unité N. POUSSIN pour un sevrage alcool entre mars et juillet 2019 ont été inclus dans l'étude. Parmi ces 69 patients, 51 sont des hommes (73,9%) et 18 des femmes (26,1%). Soit un ratio homme / femme de 2,83. La moyenne d'âge est de 49,5 ans ± 9,43 ans. Les âges allaient de 26 à 74ans.

28 patients se déclarent mariés ou en concubinage (40,6%), 34 sont divorcés ou séparés (49,3%), 5 sont célibataires (7,2%) et 2 patients sont veufs (2,9%).

16 patients (23%) n'ont pas d'enfant et 53 ont au moins un enfant (77%).

Pour la question du logement, 62 ont un domicile fixe (89,9%) et 7 patients sont hébergés par des proches ou dans un foyer temporaire (10,1%).

A propos du niveau d'éducation, 11 ont un niveau collège ou brevet (15,9%), 24 ont obtenu un CAP ou BEP (34,8%), 16 ont un niveau BAC (23,2%) et 18 ont un niveau d'étude supérieur au BAC (26,1%).

Sur le plan professionnel, 37 sont sans activité (53,6%) (sans emploi, retraite, invalidité) et 32 ont une activité professionnelle (46,4%).

Concernant les antécédents de sevrage, 27 patients n'ont jamais été hospitalisé pour un sevrage alcool (39,1%), et 42 ont été hospitalisé une fois ou plus pour un sevrage alcool (60,9%).

B. Caractéristiques liées aux évaluations initiales

Tableau 2 : résultats des évaluations initiales

Evaluations initiales	Résultats	
AUDIT[1]	Pas de mésusage	0 (0%)
	Mésusage	1 (1,4%)
	Hommes	1 (2% des hommes)
	Femmes	0
	Dépendance	68 (98,6%)
	Hommes	50 (98% des hommes)
	Femmes	18 (100% des femmes)
	Moyenne (écart-type)	
	Hommes	31,39 ±5,84
	Femmes	29,67 ± 6,26
	Médiane	31
URICA[2]	Pré-contemplation	11 (15,9%)
	Contemplation	3 (4,3%)
	Action	51 (73,9%)
	Maintien	4 (5,8%)
MoCA[3]	Normal ≥ 26	28 (40,6%) → 27,15 ±1,15
	Pathologique < 26	41 (59,4%) → 21,90 ± 3,06
	Moyenne (écart-type)	24,27 ± 3,50
BDI[4]	Pas de dépression 0-4	9 (13%)
	Dépression légère 4-7	23 (33,3%)
	Dépression modérée 8-15	25 (36,2%)
	Dépression sévère ≥ 16	12 (17,4%)
	Moyenne (écart-type)	9,57 ± 6,29
Rosenberg[5]	Très faible < 25	20 (29%)
	Faible 25-30	23 (33,3%)
	Moyenne 31-34	15 (21,7%)
	Forte 35-39	9 (13%)
	Très forte > 39	2 (2,9%)
	Moyenne (écart-type)	28,16 ± 5,82
	Médiane	28

[1] *AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test*
[2] *URICA : University of Rhode Island Change Assessment Scale*
[3] *MoCA : Montreal Cognitive Assessment*
[4] *BDI : Beck Depression Inventory*
[5] *Rosenberg : échelle d'estime de soi de Rosenberg*

1. Evaluation de la consommation d'alcool : AUDIT

68 patients (98,6%) présentent un score qui révèle une dépendance à l'alcool, ce qui représente 98% des hommes de l'étude et 100% des femmes.

1 patient homme (1,4%) présente un score correspondant à un mésusage, soit 1,4% des hommes et 0% des femmes.

Le score moyen de l'AUDIT est de 31,39 ± 5,84 chez les hommes, et 25,78 ± 6,13 chez les femmes

2. Stades de motivation : URICA

11 patients (15,9%) cotent pour le stade de pré-contemplation.
3 patients (4,3%) cotent pour le stade de contemplation.
51 patients (73,9%) cotent pour le stade d'action.
4 patients (5,8%) cotent pour le stade de maintien.

3. Troubles cognitifs : MoCA

La moyenne (écart-type) est de 24,03 ± 3,58 et va de 10 à 30/30.

28 patients (40,6%) ne présentent pas de troubles cognitifs avérés lors de l'évaluation par l'échelle MoCA avec pour ceux-ci une moyenne (écart-type) à 27,15 ±1,15.

41 patients (59,4%) présentent un score inférieur à 26, avec pour ceux-ci une moyenne (écart-type) à 21,9 ± 3,06.

4. La dépression : Beck Inventory Depression

Les symptômes dépressifs sont évalués par l'inventaire de dépression de Beck qui permet de mesurer la sévérité de la dépression chez les adultes ainsi que chez les adolescents de plus de 13 ans (McDowell & Newell, 1996).

9 patients ne présentent pas de symptômes de dépression (13%),

23 semblent présenter des signes de dépression légère (33,3%),

25 présentent une dépression modérée (36,2%),

et 12 présentent une dépression sévère (17,4%).

5. Estime de soi : échelle de Rosenberg

La moyenne (écart-type) est de 28,16 ±5,82 correspondant à une estime de soi plutôt faible. La majorité des patients présentent une estime de soi très faible ou faible (respectivement 20 (29%) et 23 (33,3%)).

II. EVALUATION FINALE

Au total, sur 69 patients inclus dans l'étude, 55 ont pu être recontactés et 14 ont été perdus de vue. Le taux de suivi est donc de 79,1% à 1 an. Les résultats suivants se concentrent donc sur les 55 patients réévalués à 10-12 mois après l'inclusion. Parmi ces patients, 22 ont été vus en consultation physique et 33 ont été contactés par téléphone pour une consultation téléphonique. L'ensemble des données est rapporté dans le tableau 3.

Tableau 3 : réévaluation à 10-12 mois

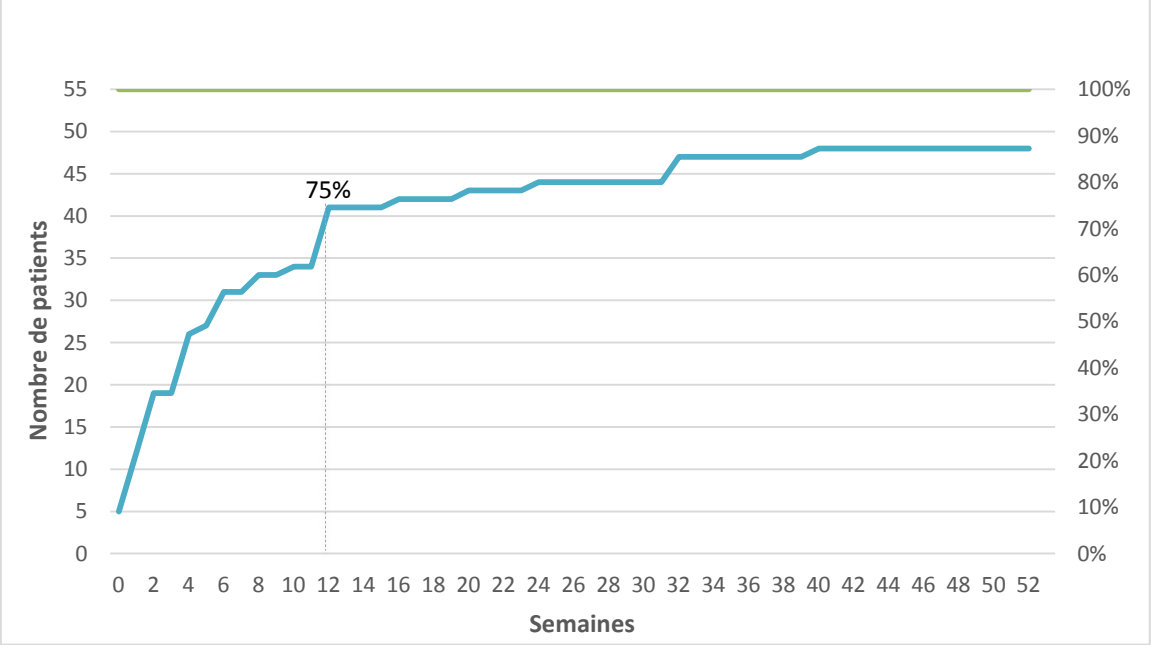
Sujets suivis à 1 an	55 (79,1%)
Abstinents[1]	
Oui	27 (49,1%)
Non	28 (50,9%)
Respects des repères de l'ANSP[2]	
Oui	27 (49,1%)
Non	28 (50,9%)
CDA[3] moyenne	4,81 ±8,21
Nombre de jour d'abstinence par semaine	
0 jour	13 (23,6%)
[1 - 6 jours]	15 (27,3%)
7 jours	27 (49,1%)
Qualité de vie[4]	
Améliorée	35 (63,6%)
Stable	7 (12,7%)
Dégradée	13 (23,6%)

[1]*Abstinents : 0 consommation rapportée via le TLFB sur 7 jours*
[2]*Recommandations de l'Agence Nationale de Santé Publique : maximum 2 verres par jour, maximum 10 verres par semaine, au moins deux jours dans la semaine sans consommation*
[3]*CDA : Consommation Déclarée d'Alcool*
[4]*Qualité de vie : rassemble les évaluations par téléphone et par l'échelle AQoLS (Echelle de Qualité de Vie dans le Trouble d'usage d'alcool)*

A. La consommation déclarée d'alcool par le TLFB

Au total, parmi les 55 patients recontactés, 28 patients (50,9%) déclarent être non abstinents et 27 patients (49,1%) déclarent être complètement abstinents selon le TLFB sur les 7 jours passés. Le TLFB nous a permis d'observer que tous les patients non abstinents consomment plus que les recommandations de l'ANSP*, même si 15 patients (27,3%) non abstinents ne consomment pas tous les jours. La CDA moyenne pour les patients non abstinents est de 4,81 verres ± 8,21. Ces données sont regroupées dans le tableau 3.

Parmi les 55 patients recontactés, seulement 7 (12,7%) déclarent ne jamais avoir reconsommé depuis la fin de l'hospitalisation, et 48 (87,3%) déclarent avoir reconsommé au moins une fois de l'alcool. Pour ceux qui ont reconsommé de l'alcool, la reconsommation s'est faite en moyenne 7,55 semaines après. Certains patients ont reconsommé le jour de la sortie, d'autres patients jusqu'à 40 semaines plus tard. Ces données sont regroupées dans le graphique 1 qui nous permet de constater que dans les trois premiers mois suivant l'hospitalisation, 75% des patients ont reconsommé de l'alcool au moins une fois dans une quantité supérieure aux recommandations de l'ANSP*. Tous les patients qui ont reconsommé de l'alcool avaient décidé l'objectif d'abstinence totale comme objectif principal.



Graphique 1 :
temps entre la sortie d'hospitalisation et la reconsommation d'alcool (événement unique ou rechute)

**Recommandations de l'Agence Nationale de Santé Publique : maximum 2 verres par jour, maximum 10 verres par semaine, au moins deux jours dans la semaine sans consommation.*

B. La qualité de vie

Lors de la réévaluation, les 22 patients vus en consultation ont pu compléter le questionnaire de qualité de vie AQoLS. Ainsi, les résultats de l'AQoLS évoquent une amélioration de la qualité de vie pour 17 patients (77,5%), une stabilité pour 1 patient (4,5%) et une dégradation pour 4 patients (18%).

Pour les 33 autres patients contactés par téléphone, l'auto-questionnaire AQoLS n'était pas compatible avec une passation téléphonique. Ainsi, il a été demandé aux patients d'évaluer l'évolution de leur qualité de vie selon 3 choix "améliorée", "stable", "dégradée' en répondant à la question suivante : "Vous diriez que votre qualité de vie s'est améliorée, dégradée ou est restée stable depuis l'hospitalisation il y a 1 an ? " 18 (54,5%) ont rapporté une amélioration de leur qualité de vie, pour 6 (18,2%) elle était stable et pour 9 (27,3%) elle était dégradée.

Au total, 35 patients (63,6%) ont une qualité de vie qui s'est améliorée à 1 an, 7 (12,7%) ont une qualité de vie stable, et 13 (23,6%) ont une qualité de vie qui s'est dégradée.

C. Le suivi

Tableau 4 : suivi l'année suivant l'inclusion

Suivi CSAPA	47 (85,5%)
Médecin	45 (81%)
Infirmier	31 (56,4%)
Psychologue[1]	31 (58,2%)
Médecin traitant[2]	47 (85,5%)
HDJ[3]	11 (20%)
Ré-hospitalisation[4]	23 (41,8%)
0 fois	32 (58,2%)
1 fois	14 (25,5%)
2 fois	5 (9,1%)
3 fois	4 (7,3%)

[1] *Psychologue : au moins une consultation psychologique*
[2] *Médecin traitant : suivi régulier au moins trimestriel*
[3] *HDJ : Hôpital de Jour*
[4] *Ré-hospitalisation pour sevrage*

Parmi les 55 patients réévalués, 47 patients soit 85,5% ont eu un suivi au CSAPA par un médecin et/ou un infirmier et/ou un psychologue. Ainsi, 45 (81%) ont eu au moins une consultation médicale après la sortie d'hospitalisation et 10 (18,2%) n'ont eu aucun suivi avec un médecin du CSAPA. 31 (56,4%) ont eu au moins une consultation infirmier et 24 (43,6%) n'ont eu aucun suivi infirmier. 31 (58,2%) ont bénéficié d'au moins une consultation avec la psychologue au cours de l'hospitalisation et 23 (41,8%) n'ont jamais eu de consultation avec la psychologue du service.

La grande majorité des patients, 47 (85,5%), déclarent avoir un suivi régulier avec le médecin traitant (au moins une consultation tous les 3 mois), alors que 8 (14,5%) n'ont pas consulté leur médecin traitant.

11 patients ont bénéficié d'une prise en charge à l'hôpital de jour d'addictologie du CHU de ROUEN à la sortie de l'hospitalisation (20%).

A propos des ré-hospitalisations pour un sevrage alcool depuis l'inclusion dans l'étude, 23 patients ont été ré-hospitalisé au moins une fois pour sevrage (41,8%).

III. RESULTATS A 10-12 MOIS

Tableau 5 : différences entre les deux groupes (abstinent et non abstinent) par rapport aux variables prédictives d'évolution

	Abstinent (N=27)	Non abstinent (N=28)	*p*
AUDIT[1] : Médiane du groupe = 31			
≤ 31	17 (63%)	12 (43%)	*0,135*
>31	10 (37%)	16 (57%)	
URICA[2]			
Pré-c + contemplation	6 (22,2%)	3 (10,7%)	*0,291*
Action	19 (70,4%)	23 (82,1%)	
MoCA[3]			
Normale	9 (33,3%)	14 (50%)	*0,023**
Pathologique	18 (66,7%)	14 (50%)	
Moyenne (écart-type)	23,22 ± 3,81	25,29 ± 2,90	
BDI[4]			
Pas de dépression	2 (7,4%)	5 (17,9%)	*0,478*
Dépression	25 (92,6%)	23 (82,1%)	
Médiane	9	9	
Rosenberg[5] :			
Très faible-faible	17 (63%)	16 (57%)	*0,871*
Moyen	6 (22%)	7 (25%)	
Forte-Très forte	4 (15%)	5 (18%)	
QV[6]			
Améliorée	21 (77,6%)	14 (50%)	*0,122*
Stable	3 (11,2%)	7 (25%)	
Dégradée	3 (11,2%)	7 (25%)	
Suivi	27 (100%)	28 (100%)	
Suivi CSAPA[7]			
Oui	22 (81,5%)	25 (82,1%)	*0,469*
Non	5 (18,5%)	3 (10,7%)	
Médecin traitant[8]			
Oui	24 (88,9%)	23 (82,1%)	*0,705*
Non	3 (11,1%)	5 (17,9%)	
Ré-hospitalisation[9]			
0 fois	17 (63%)	15 (53,6%)	*0,480*
≥ 1 fois	10 (37%)	13 (46,4%)	

[1] *AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test → Test Chi²*
[2] *URICA : University of Rhode Island Change Assessment Scale → Test exact de Fisher's*
[3] *MoCA : Montreal Cognitive Assessment → Test de Mann Whitney*
[4] *BDI : Beck Depression Inventory → Test de Mann Whitney*
[5] *Rosenberg : échelle d'estime de soi de Rosenberg → Test exact de Fisher's*
[6] *QV : qualité de vie déclarée via l'AQoLS et oralement au téléphone → Test exact de Fisher's*
[7] *Suivi d'addictologie : comprend les suivis avec un médecin et/ou avec un infirmier et/ou en HDJ*
[8] *Médecin traitant : suivi régulier au moins trimestriel → Test Fisher's*
[9] *Ré-hospitalisation pour sevrage → Test Chi²*

Au total, parmi la population initiale de 69 patients, 55 ont pu être réévalués à 10 à 12 mois après l'inclusion, ce qui représente 79,1% de suivi. 27 étaient abstinents et 28 non abstinents sur la base de la consommation déclarée d'alcool via l'utilisation du TLFB sur les 7 jours passés.

A propos de l'AUDIT, nous avons constaté que tous les patients lors de la prise en charge à l'unité N. POUSSIN étaient dépendants à l'exception d'un seul qui mésusait. Les scores à l'AUDIT étaient tous très élevés. Il nous a paru pertinent de comparer à 1 an les groupes par rapport à la médiane du score de l'AUDIT initial. Ainsi, dans le groupe abstinent on observe qu'il y a 17 patients (63%) dont le score était, lors de la prise en charge à l'unité N. POUSSIN, inférieur au score médian et 10 patients (37%) dont le score était supérieur au score médian. A l'inverse, dans le groupe non abstinents, il y a moins de patients (12 soit 43%) dont le score était inférieur au score médian lors de l'hospitalisation initiale, et plus de patients (16 soit 57%) dont le score était supérieur au score médian. Les abstinents avaient majoritairement un score moins élevé à l'AUDIT que les non abstinents (p=0,135).

Pour la motivation au changement évaluée via l'URICA lors de la prise en charge à l'unité N. POUSSIN, on observe dans l'ensemble que les patients étaient majoritairement dans une phase d'action : 19 patients soit 70,4% dans le groupe abstinent et 23 patients (82,1%) dans le groupe non abstinent. Il y avait 6 patients en phase de contemplation ou de pré-contemplation dans le groupe abstinent et seulement 3 dans le groupe non abstinent. Les patients abstinents semblaient légèrement moins motivés que les non abstinents à l'entrée en hospitalisation (p=0,291).

A propos de l'évaluation cognitive, nous avons comparé chacun des scores de la MoCA évaluée lors de l'hospitalisation à l'unité N. POUSSIN, du groupe abstinent à ceux du groupe non abstinent à l'aide d'un test de Mann Whitney. On observe que le score global de la MoCA était inférieur dans le groupe abstinent par rapport à celui du groupe non abstinent. Il y avait 18 patients (66,7%) qui présentaient un score pathologique à la MoCA dans le groupe abstinent et 9 (33,3%) qui présentaient un score normal. Dans le groupe non abstinent, il y avait autant de patients qui présentaient une MoCA au score normal que pathologique. Les patients abstinents à un an semblaient avoir plus de troubles cognitifs à l'entrée en hospitalisation. Ces résultats sont significatifs (p=0,023).

Pour la dépression, nous voulions savoir si le fait d'avoir une dépression était prédictif d'un résultat du sevrage. Dans l'ensemble, la majorité des patients des deux groupes présentaient des éléments dépressifs lors de l'hospitalisation à l'unité N. POUSSIN, avec un score de dépression léger, modéré ou sévère à la BDI : 25 patients (92,6%) étaient légèrement, moyennement ou sévèrement déprimés dans le groupe abstinent et ils étaient 23 (82,1%) dans le groupe non abstinent. Le score médian des deux groupes était identique à 9. Les patients abstinents et non abstinents étaient autant déprimés à l'entrée en hospitalisation pour sevrage (p=0,478).

A propos de l'estime de soi évaluée par l'échelle de Rosenberg lors de la prise en charge à l'unité N. POUSSIN, on observe dans l'ensemble que les patients avaient une estime de soi faible ou très faible dans les deux groupes : 17 (63%) dans le groupe abstinent et 16 (57%) dans le groupe non abstinent. 6 (22%) avaient un score moyen dans le groupe abstinent et 7 (25%) dans le groupe non abstinent. 4 (15%) avaient un score fort ou très fort dans le groupe abstinent et 5 (18%) dans le groupe non abstinent (p=0,871).

Pour l'évaluation de la qualité de vie, elle s'est majoritairement améliorée dans le groupe abstinent pour 21 patients (77,6%), contre 3 qui ont une qualité stable et 3 dégradée. Dans le groupe non abstinent, seulement 14 patients (50%) ont une qualité qui s'est améliorée, pour 7 elle est restée stable et pour 7 elle s'est dégradée. Ainsi, les patients abstinents semblent rapporter une meilleure qualité de vie (p=0,122).

Pour l'évaluation du suivi, 100% des patients des deux groupes déclarent un suivi au CSAPA et/ou par un médecin traitant. 22 patients (81,5%) dans le groupe abstinent ont un suivi au CSAPA (médecin et/ou infirmier et/ou HDJ) et ils sont 25 (82,1%) dans le groupe non abstinent. 24 (88,9%) patients abstinents ont un suivi régulier avec leur médecin traitant et ils sont 23 (82,1%) patients dans le groupe non abstinent. Il y a 17 patients (63%) abstinents qui n'ont pas été ré-hospitalisés depuis l'inclusion dans l'étude et seulement 15 (53,6%) dans le groupe non abstinent. Les non abstinents ont été plus ré-hospitalisés avec 13 patients (46,4%) contre 10 patients (37%) du groupe abstinent (p=0,48).

Tableau 6 : Relation entre les deux groupes (abstinent et non abstinent) et les variables sociodémographiques

	Abstinents (N=27)	Non abstinents (N=28)	*p*
Sexe[1]			
Hommes	20 (51%)	19 (49%)	*0,612*
Femmes	7 (43%)	9 (57%)	
Age[2]			*0,170*
≤40	4 (40%)	6 (60%)	*0,484*
>40	23 (51%)	22 (49%)	
Statut marital[3]			
Marié-en couple	10 (41%)	14 (59%)	*0,333*
Célibataire	17 (55%)	14 (45%)	
Enfants[4]			
Oui	22 (52%)	19 (48%)	*0.560*
Non	5 (41%)	9 (59%)	
Domicile[5] :			
Stable	27 (51%)	26 (49%)	*0,491*
Hébergé	0 (0%)	2 (100%)	
Revenus[6]			
Salaires-Retraite	18 (58%)	13 (42%)	*0,130*
Autre	9 (38%)	15 (62%)	
Niveau d'étude[7]			
Sans diplôme ou brevet	3 (37%)	5 (63%)	*0,782*
Niveau CAP - BEP	10 (52%)	9 (48%)	
Niveau BAC	4 (45%)	6 (55%)	
Niveau > BAC	10 (55%)	8 (45%)	
Activité professionnelle[8]			
Oui	15 (58%)	11 (42%)	*0,227*
Non	12 (41%)	17 (59%)	
Antécédents de sevrage[9]			
Oui	17 (48%)	18 (52%)	*0,918*
Non	10 (50%)	10 (50%)	

[1]*Sexe → Test Chi²*
[2]*Age → d'abord comparé grâce au Test de Mann Whitney puis comparé par Test Chi² pour observer ou non une significativité par rapport à l'âge de 40 ans*
[3]*Statut marital → Test Chi²*
[4]*Enfatns → Test Chi²*
[5]*Domicile → Test Fisher's*
[6]*Revenus → Test Chi²*
[7]*Niveau d'études → Test Fisher's*
[8]*Activité professionnelle → Test Chi²*
[9]*Antécédents de sevrage → Test Chi²*

Nous avons ensuite évalué les associations possibles de certaines variables démographiques avec l'abstinence. Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée. Néanmoins, nos résultats montrent que :

- Le taux d'abstinence pour les hommes est plus élevé (51%) que pour les femmes (43%). Les patients plus jeunes sont majoritairement non abstinents (60%) alors que les patients plus âgés sont pour 51% d'entre eux abstinents.

- Les célibataires sont plus abstinents (55%) que ceux en concubinage qui sont pour 59% non abstinents.

- Le fait d'avoir au moins un enfant va dans le sens d'une abstinence pour 52% des patients alors que l'absence d'enfant semble en lien avec des reconsommations pour 59% des patients.

- Un domicile stable est en lien avec une meilleure abstinence (51%) alors que 100% des patients sans domicile sont non abstinents.

- Les revenus issus de salaires ou retraites sont corrélés avec un taux d'abstinence plus important (58%) alors que les autres revenus (chômage, RSA, Invalidité, AAH) sont plutôt corrélés à une absence d'abstinence (62%).

- Pour le niveau d'éducation, un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat semble en lien avec un meilleur taux d'abstinence (55%), alors qu'un faible niveau d'éducation semble en lien avec une non abstinence (63%).

- Le fait d'avoir une activité professionnelle va plutôt dans le sens d'une abstinence (58%) alors que l'absence d'activité professionnelle est liée à un taux plus important de non abstinents (59%).

- Les antécédents de sevrage semblent plus importants chez les non abstinents alors que l'absence d'antécédents de sevrage ne semble pas indiquer une évolution prévisible.

Tableau 7 : différences entre le groupe abstinent sans rechute depuis l'inclusion et le groupe non abstinent par rapport aux variables prédictives d'évolution

	Abstinent sans rechute (N=7)	Non abstinent (N=28)	*p*
AUDIT[1] : Médiane du groupe = 31			
≤ 31	6(85,7%)	12 (43%)	*0,038**
>31	1 (14,3%)	16 (57%)	
Médiane	28	32,5	
URICA[2]			
Pré-c + contemplation	1 (14,3%)	3 (10,7%)	*1*
Action	6 (85,7%)	23 (82,1%)	
MoCA[3]			
Normale	1 (14,3%)	14 (50%)	*0,016**
Pathologique	6 (85,7%)	14 (50%)	
Moyenne (écart-type)	22,14 ± 2,79	25,29 ± 2,90	
BDI[4]			
Pas de dépression	0 (0%)	5 (17,9%)	0,649
Dépression	7 (100%)	23 (82,1%)	
Médiane	8	9	
Rosenberg[5] :			
Très faible-faible	5 (71,4%)	16 (57%)	*0,703*
Moyen	2 (28,6%)	7 (25%)	
Forte-Très forte	0 (0%)	5 (18%)	
QV[6]			
Améliorée	6 (85,7%)	14 (50%)	*0,282*
Stable	1(14,3%)	7 (25%)	
Dégradée	0	7 (25%)	
Suivi	7 (100%)	28 (100%)	
Suivi CSAPA[7]			
Oui	5 (71,4%)	25 (82,1%)	*0,255*
Non	2 (28,6%)	3 (10,7%)	
Médecin traitant[8]			
Oui	6 (85,7%)	23 (82,1%)	*1*
Non	1 (14,3%)	5 (17,9%)	
Ré-hospitalisation[9]			
0 fois	7 (100%)	15 (53,6%)	*1*
≥ 1 fois	0 (0%)	13 (46,4%)	

[1] *AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test → Test de Mann Whitney*
[2] *URICA : University of Rhode Island Change Assessment Scale → Test exact de Fisher's*
[3] *MoCA : Montreal Cognitive Assessment → Test de Mann Whitney*
[4] *BDI : Beck Depression Inventory → Test de Mann Whitney*
[5] *Rosenberg : échelle d'estime de soi de Rosenberg → Test exact de Fisher's*
[6] *QV : qualité de vie déclarée via l'AQoLS et oralement au téléphone → Test exact de Fisher's*
[7] *Suivi d'addictologie : comprend les suivis avec un médecin et/ou avec un infirmier et/ou en HDJ*
[8] *Médecin traitant : suivi régulier au moins trimestriel → Test Fisher's*
[9] *Ré-hospitalisation pour sevrage → Test Chi²*

Afin de compléter nos résultats il est intéressant de comparer les patients abstinents qui n'ont jamais rechuté depuis l'inclusion dans l'étude (N=7) et le groupe de patients non abstinent (N=28) au moment de la réévaluation (tableau 7).

Cela met en évidence deux résultats significatifs :

- les patients abstinent sans rechute depuis l'inclusion présentaient lors de l'hospitalisation à l'unité N. POUSSIN, une MoCA d'avantage pathologique que les patients non abstinent (p=0,016)
- les patients abstinent sans rechute depuis l'inclusion présentaient un score AUDIT moins élevé que les patients non abstinents (p=0,038).

Ces résultats vont dans le sens des résultats des deux groupes comparés précédemment (tableau 5). Dans ce groupe de "super abstinent", l'AUDIT devient un critère signiticatif.

Ainsi, il semblerait que le groupe de patients qui n'a pas rechuté sont des patients qui avaient des troubles cognitifs évalués par la MoCA plus important que le groupe non abstinent lors de l'hospitalisation à l'unité N. POUSSIN, mais ils avaient des scores à l'AUDIT moins élevés que ceux du groupe non abstinent.

DISCUSSION

I. LES FACTEURS ETUDIES

Le but de cette étude était d'identifier des critères d'hospitalisation pour sevrage alcool prédictifs de réussite.

Grâce au taux de suivi de 79,1% à 1 an, nous avons réussi à identifier un facteur en lien avec une réussite des sevrages alcool.

Nous avons souhaité analyser les reconsommations des patients à un an via la consommation déclarée d'alcool (CDA) en utilisant l'outil TLFB car nous souhaitions pouvoir distinguer les patients qui reconsomment modérément des patients ayant de nouveau une dépendance. Grâce au TLFB, nous avons remarqué qu'aucun des patients qui reconsomment, ne parvient à respecter les recommandations de l'ANSP. Certains s'imposent des journées sans consommation, et c'est parce qu'elles sont importantes et relatent de la volonté de nos patients d'essayer de diminuer leurs consommations que nous les avons spécifiées dans notre étude. Mais, malgré le souhait de mener une étude moderne en lien avec les recommandations de la communauté d'addictologie de se baser sur une possible réussite d'une consommation modérée, nous avons observé que nos patients étaient sur un mode on/off : soit ils consomment beaucoup selon un mode de dépendance, soit ils ne consomment pas du tout. Autrement dit : non abstinent/abstinent. Cela concorde avec le fait que nos patients aient été recrutés en hospitalisation à l'unité N. POUSSIN et non en CSAPA.

L'évaluation de la motivation est souvent considérée comme un point capital dans la prise en charge d'un trouble addictif. Les ouvrages sont nombreux sur le travail de la motivation chez les patients souffrant d'une addiction. Proshaka et DiClémente et leur modèle transthérorique de motivation au changement ont révolutionné la prise en charge des addictions. L'URICA, questionnaire qui évalue le stade de changement, a été qualifié d'instrument bref pour mesurer les étapes du changement en psychothérapie (25). Les patients évalués dans cette étude sont des patients hospitalisés parfois directement après un passage aux urgences. Ainsi, la motivation n'a souvent pas été travaillée avant et c'est pourquoi nous

avons plus de 20% des patients à l'inclusion qui étaient au stade de pré-contemplation ou contemplation. A 1 an, 22,2% des patients abstinents étaient à un stade initial de pré-contemplation ou de contemplation. Il semblerait donc qu'il ne soit pas nécessaire d'être dans un stade d'action pour réussir un sevrage alcool, ce qui contredit les représentations le plus fréquentes.

Les recommandations du COPAAH sur les TCLA sont en faveur de l'utilisation du test MoCA qui semble actuellement l'outil le plus adapté (7). L'évaluation cognitive ciblée, menée auprès de patients en soins, montre que plus de la moitié des patients dans un service d'addictologie présentent des troubles altérant significativement leur fonctionnement cognitif. Les résultats de notre étude concordent avec la littérature puisque 59,4% des patients incluent présentaient une MoCA pathologique. Si certaines études ont montré que les patients alcoolo-dépendants présentant les troubles cognitifs les plus importants étaient également ceux qui avaient le plus tendance à rechuter, d'autres travaux ne sont pas parvenus à mettre en évidence de telles relations (7). Notre étude met en évidence la relation inverse. Certaines études expliquent cela par le maillage plus important d'aides autour des patients présentant des troubles cognitifs sévères (7).

Nos résultats pour la dépression concordent avec la littérature et montrent l'importance de la prise en compte des difficultés émotionnelles dans le traitement clinique des alcooliques. Le lien entre dépression, alcool et suicide est bien établi. Ainsi, 80% des patients alcoolo-dépendants non sevrés présentent des symptômes dépressifs et un tiers une dépression grave (46). Dans notre étude, 86% des patients évalués à l'entrée présentaient des symptômes de dépression. Le plus souvent il s'agit de troubles dépressifs induits par la dépendance alcoolique qui régressent spontanément dans les 15 jours qui suivent le sevrage, faute de quoi, la persistance de l'état dépressif doit faire l'objet d'un traitement spécifique (46).

En concordance avec la littérature, l'estime de soi était plutôt faible dans notre population. L'estime de soi est un problème important, voire central dans l'alcoolisme. Une image de soi négative facilite le recours à l'alcool, et inversement, le recours à l'alcool diminue l'estime de soi. De nombreuses études recommandent d'évaluer le niveau d'estime de soi au début des prises en charge pour sevrage (38). Un travail dans ce domaine semble indispensable tant la proportion d'une mauvaise image est prépondérante chez nos patients.

Enfin, l'amélioration de la qualité de vie des patients est nette dans nos résultats. Cela concorde avec la littérature : quand la consommation d'alcool disparait ou diminue, la qualité de vie s'améliore. Je n'ai trouvé aucune étude à ce jour publiée qui utilise l'échelle AQoLS, et ce parce qu'elle a été récemment publiée en 2016 par Luquiens. Il était donc très intéressant d'utiliser ce nouvel outil spécialement conçu pour la population souffrant d'un TUA. Les patients ont apprécié compléter cette échelle à l'inclusion et comparer leurs résultats lors de la réévaluation un an après. Pour la grande majorité l'amélioration du résultat a été prise comme un élément de motivation supplémentaire et ils ont identifié avec précision les domaines d'amélioration. A contrario, l'évaluation orale est moins précise et n'a pas cette fonction motivationnelle. Dans l'ensemble, la qualité de vie de nos patients s'est améliorée à 1 an.

Tous les patients de notre étude avaient un suivi médical, soit en CSAPA soit avec le médecin traitant. Le COPAAH recommande de voir en consultation au moins 1 fois par mois les patients suite à un sevrage. Notre étude, à travers le graphique, montre que la majorité des reconsommations d'alcool (supérieure aux recommandations de l'ANSP) se fait dans les 3 premiers mois suivant l'hospitalisation. Ainsi, notre étude nous laisse penser qu'une majoration des consultations dès la sortie d'hospitalisation, hebdomadaire ou bihebdomadaire, améliorerait le sevrage alcool à un an.

Les critères sociodémographiques de notre étude apportent les mêmes conclusions que la littérature, sauf pour l'influence du statut marital.

II. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE

Cette étude présente des points positifs comme l'important taux de suivi de 79,1% ainsi que le pourcentage de patients abstinents (49,1%) à 1 an. Le recueil de la consommation d'alcool déclarée via l'outil TLFB est une force de notre dans étude. Nous avons ainsi pu identifier les consommations des patients et repérer que tous les patients qui reconsomment, le font plus que les recommandations, remettant en cause la possibilité d’un retour à une consommation "modérée" pour cette population initialement très dépendante à l’alcool. Enfin, l'utilisation de l'AQoLS comme outil d'évaluation de la qualité de vie semble particulièrement intéressant, mais les conditions liées au Covid 19 ne nous ont pas permis de confirmer cette hypothèse.

Cette étude présente toutefois certaines limites, notamment la faible taille de l'échantillon potentiellement responsable d'un manque de puissance.

De plus, à propos de l'échelle d'évaluation de la motivation (URICA), nous avons observé lors de sa passation, que le mode de réponse Likert à 5 choix et les questions trop subtilement différentes sont complexes pour nos patients aux troubles cognitifs avérés. L'absence de cotation standardisée de l'échelle pourrait induire des résultats différents (47). Certains auteurs mettent en avant l'incapacité de cet outil pour évaluer le stade de changement d'une manière significative et posent le doute quant à son utilisation pour mesurer la motivation au changement (48). Rappelons tout de même que le modèle de motivation aux changements de Prochaska et DiClemente a été initialement fondé sur l'arrêt du tabac et non de l'alcool.

Sur le plan cognitif, au vu des résultats de notre étude il aurait été intéressant de poursuivre l'exploration des troubles cognitifs en faisant une BREF pour approfondir la sphère exécutive ou une BEARNI (Brief evaluation of alcohol-related neuropsychological impairment) qui nécessite néanmoins une formation appropriée.

Enfin, une des limites de notre étude a été l'impossibilité de faire passer l'échelle de qualité de vie AQoLS par téléphone. Ainsi, nous avons formulé cette évaluation par une question et un choix à trois réponses. Cela a entrainé une perte de sensibilité de l'évaluation de la qualité de vie.

III. PERSPECTIVES ET ACTIONS

L'identification de facteurs prédictifs de réussite des sevrages alcool devrait permettre une amélioration de l'indication d'hospitalisation. Notamment pour les patients présentant une forte dépendance et d'importants troubles cognitifs pour qui la pertinence des hospitalisations sont parfois remisent en cause par les acteurs de la santé.

Il serait intéressant de continuer la recherche de facteurs prédictifs de réussite des sevrages alcool, en hospitalisation avec un approfondissement de l'évaluation des troubles cognitifs et en CSAPA avec un nombre plus important de réévaluation.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude suggèrent que l'évaluation des troubles cognitifs est probablement un facteur important à considérer pour adapter la prise en charge d'un patient souffrant d'un TUA. La présence de troubles cognitifs importants semblent ainsi une dimension particulièrement pertinente pour poser l'intérêt d'un sevrage en milieu spécialisé, dans la filière sanitaire d'addictologie. Et ce d'autant, qu'au contraire d'une représentation courante, le niveau de motivation apparait pour sa part moins déterminant, du moins dans cette population atteinte de maladie alcoolique particulièrement sévère.

Par ailleurs, l'absence de patient parvenant à reprendre une consommation d'alcool conforme aux recommandations de l'ANSP nous interroge sur la pertinence de proposer une consommation contrôlée chez des patients atteints d'un TUA sévère, avec un score élevé à l'AUDIT.

Enfin, il semblerait pertinent de majorer le nombre de consultations dans les trois mois suivant la sortie d'hospitalisation afin d'éviter une rechute. La nature du suivi du patient dans une filière addictologique médico sociale ou par le médecin traitant semble au contraire ne pas être un facteur prédictif d'une amélioration des résultats. Comme l'évoque la SFA qui recommande un suivi au moins une fois par mois, le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge, permettant un accompagnement de longue durée et étant la première ressource tant pour le sujet que pour son entourage. La régularité du suivi et la majoration des consultations, et non l'intervention spécialisée uniquement, semblent être les éléments principaux dans la diminution de la rechute à court terme. De nombreuses interventions thérapeutiques peuvent s'envisager au cabinet du médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(24-25):440-9.

2. Grau E, Kemmann D, Brieger P. Predictors of success of long-term treatment in alcohol dependency. Rehabil. févr 2014;53(1):38-42.

3. Maisto SA, Roos CR, Hallgren KA, Moskal D, Wilson AD, Witkiewitz K. Do Alcohol Relapse Episodes During Treatment Predict Long-Term Outcomes? Investigating the Validity of Existing Definitions of Alcohol Use Disorder Relapse. Alcohol Clin Exp Res. 2016;40(10):2180-9.

4. Fleury M-J, Djouini A, Huỳnh C, Tremblay J, Ferland F, Ménard J-M, et al. Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 1 nov 2016;168:293-306.

5. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roozen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. Psychiatry Res. 1 août 2019;278:97-115.

6. Boulze-Launay I, Rigaud A. Alcool et addiction, au-delà du sexe et du genre. Psychotropes. 2018;Vol. 24(3):135-52.

7. Hospitalière CP des A de l'Addictologie. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Synthèse. Alcoologie Addictologie. 15 déc 2014;36(4):335-73.

8. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique SFA. Disponible sur: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf

9. Luquiens A. Qualité de vie dans le trouble d'usage d'alcool : une mesure de l'effet thérapeutique du point de vue des patients. Université Sorbonne Paris Cité; 2015. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01541568

10. Société Française d'Addictologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie Addictologie. 15 mars 2015;37(1):5-84.

11. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction. juin 1993;88(6):791-804.

12. Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, Tzelepis A. Screening with the Alcohol use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. J Gen Intern Med. oct 1994;9(10):550-3.

13. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in

primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res. nov 2005;29(11):2001-7.

14. Sobell LC, Brown J, Leo GI, Sobell MB. The reliability of the Alcohol Timeline Followback when administered by telephone and by computer. Drug Alcohol Depend. 1 sept 1996;42(1):49-54.

15. Zahr NM. Structural and microstructral imaging of the brain in alcohol use disorders. Handb Clin Neurol. 2014;125:275-90.

16. Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. Presse Médicale. 1 déc 2016;45(12, Part 1):1124-32.

17. Cruise KE, Becerra R. Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update. Addict Behav. 1 févr 2018;77:232-46.

18. Taïeb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, Perez-Diaz F. Alexithymie et dépendance à l'alcool. Ann Médecine Interne. 1 janv 2002;153:51-60.

19. Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux: De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. Elsevier Health Sciences; 2013. 376 p.

20. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. avr 2005;53(4):695-9.

21. Le Berre A-P, Rauchs G, La Joie R, Segobin S, Mézenge F, Boudehent C, et al. Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. Psychiatry Res. 30 sept 2013;213(3):202-9.

22. Fröhlich W. Dictionnaire de la psychologie. 1997.

23. Prochaska J, Diclemente C. Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. Psychother Theory Res Pract. 1 janv 1982;19:276-88.

24. Graziani P, Romo L. Soigner les addictions par les TCC. Pratiques en psychothérapie, Elsevier Masson, 2013.

25. McConnaughy E, Prochaska J, Velicer W. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20, 368-375. Psychother Theory Res Pract. 1 janv 1983;20:368-75.

26. Tison P, Hautekeete M, Taquet P, Thouvenin M. Les alcoolodépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement. J Thérapie Comport Cogn. 1 mars 2009;19:35-40.

27. Müller A, Znoj H, Moggi F. How Are Self-Efficacy and Motivation Related to Drinking Five Years after Residential Treatment? A Longitudinal Multicenter Study. Eur Addict Res. 2019;25(5):213-23.

28. Varescon, I, Les addictions: Plaisir et perte de contrôle. Dans : Jean-François Marmion éd., Troubles mentaux et psychothérapies (pp. 133-136). (2016) Auxerre, France: Editions Sciences Humaines.

29. Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, et al. Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Drug Alcohol Depend. 15 déc 2013;133(3):825-31.

30. Flensborg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbæk M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide - Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. Psychiatry Res. 15 mai 2009;167(1):123-30.

31. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Addiction. 2011;106(5):906-14.

32. Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic. 2013. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/alcool-et-troubles-mentaux-9782294727368.html

33. Molitor C, Maurage P, Petit G, Poncin M, Leclercq S, Rolland B, et al. Les symptômes thymiques liés à l'usage d'alcool. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2018;176(8):813-8.

34. Koob G, Le Moal M. Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis Neuropsychopharmacology. 2001. https://www.nature.com/articles/1395603

35. Cottraux J, Inventaire-depression-beck, 1996. Disponible sur: https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/inventaire-depression-beck.pdf

36. Luty J, O'Gara C. Validation of the 13-Item Beck Depression Inventory in alcohol-dependent people. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006;10(1):45-51.

37. McPherson A, Martin CR. A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population. J Psychiatr Ment Health Nurs. févr 2010;17(1):19-30.

38. Aubry C, Gay M-C, Romo L, Joffre S. L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle tennessee du concept de soi: Étude comparative entre hommes et femmes. L'Encéphale. 1 févr 2004;30(1):24-31.

39. Beckman LJ. Self-esteem of women alcoholics. J Stud Alcohol. 1 mars 1978;39(3):491-8.

40. Guillon A, Chauveau-Clerc C, Courtois R, Bacq Y, Maugé D, Ballon N, et al. Comparaison de l'estime de soi de femmes alcoolo-dépendantes et de femmes devenues abstinentes, par rapport à un groupe témoin. Presse Médicale. 1 sept 2012;41(9, Part 1):e420-5.

41. Ninot G. La qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques. In F.Bacro (Ed.), La qualité de vie : approches psychologiques. Rennes : Presses Universitaires de Rennes. Presses Universitaires de Rennes; 162 p.

42. MacKeigan LD, Pathak DS. Overview of health-related quality-of-life measures. Am J Hosp Pharm. sept 1992;49(9):2236-45.

43. Herrero H, Sense C, Crises non épileptiques psychogènes et réactivité émotionnelle : évaluation de la réactivité électrodermale en réponse à des stimuli visuels chez des patientes cnep en comparaison a des témoins sains, 2016. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_HERRERO_HUGO_SENSE_CHARLOTTE.pdf

44. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):38-46.

45. Luquiens A, Reynaud M, Falissard B, Aubin HJ. Quality of life among alcohol-dependent patients: how satisfactory are the available instruments? A systematic review. Drug Alcohol Depend. 1 oct 2012;125(3):192-202.

46. Cottencin O. Dépressions sévères et addictions. L'Encéphale. 1 déc 2009;35:S264-8.

47. Les alcoolodépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement - EM|consulte. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/216350

48. Callaghan RC, Taylor L, Moore BA, Jungerman FS, Vilela FADB, Budney AJ. Recovery and URICA stage-of-change scores in three marijuana treatment studies. J Subst Abuse Treat. déc 2008;35(4):419-26.