

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2011

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 mai 2011 à Poitiers par

**Madame Ingrid MARCHAL épouse MANGEOT**

#### **Evaluation du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants à l'alcool**

Etude quantitative et qualitative d'un échantillon de 83 patients pris en charge en médecine générale.

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Madame le Professeur Christine SILVAIN

**Membres** : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND  
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



**LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**

**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie (**surnombre**)
11. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
13. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
14. DIGHIERO Paul, Ophtalmologie
15. DORE Bertrand, Urologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, Physiologie
18. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
19. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
20. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
21. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
22. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
23. GIL Roger, Neurologie (**surnombre**)
24. GILBERT Brigitte, Génétique
25. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
26. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
27. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
28. GUILLET Gérard, Dermatologie
29. HADJADJ Sammy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
30. HANKARD Régis, Pédiatrie
31. HAUET Thierry, Biochimie
32. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
33. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
34. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
35. IRANI Jacques, Urologie
36. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
37. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
38. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
39. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
40. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
41. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
42. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique
43. MARCELLI Daniel, Pédiopsychiatrie (**surnombre**)
44. MARECHAUD Richard, Médecine interne
45. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
46. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
47. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
48. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
51. ORIOT Denis, Pédiatrie
52. PACCALIN Marc, Gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, Physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
56. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, Médecine interne
58. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
61. ROBERT René, Réanimation médicale
62. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
63. ROBLOT Pascal, Médecine interne
64. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
65. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
66. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro- Entérologie
67. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
68. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
69. TOUCHARD Guy, Néphrologie
70. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
71. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
72. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
73. WAGER Michel, Neurochirurgie

## **Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers**

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et Traitement de l'Image
10. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
11. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
12. DIAZ Véronique, Physiologie
13. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
14. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
15. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
16. HURET Jean-Loup, Génétique
17. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
18. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
19. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
20. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
21. MIGEOT Virginie, Santé publique
22. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
23. ROY Lydia, Hématologie
24. SAPANET Michel, Médecine légale
25. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire

### **Professeur associé**

SCEPI Michel, médecine d'urgence

### **Professeurs associés de Médecine générale**

GAVID Bernard  
GOMES DA CUNHA José

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
VALETTE Thierry

### **Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

### **Professeur émérite**

1. BARBIER Jacques,
2. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
3. BONTOUX Daniel, Rhumatologie
4. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie
5. KAMINA Pierre, Anatomie
6. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie
7. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
5. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
6. BURIN Pierre, Histologie
7. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
8. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
9. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
10. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
11. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
12. GOMBERT Jacques, Biochimie
13. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
14. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
15. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
16. MARILLAUD Albert, Physiologie
17. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
18. PATTE Dominique, Médecine interne
19. PATTE Françoise, Pneumologie
20. POINTREAU Philippe, Biochimie
21. REISS Daniel, Biochimie
22. RIDEAU Yves, Anatomie
23. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion

## **Remerciements**

***A Madame le Professeur Christine SILVAIN,***

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

***A Messieurs les Professeurs Pierre INGRAND et Jean-Louis SENON,***

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

***A Monsieur le Docteur Olivier KANDEL,***

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et je vous en remercie très sincèrement. J'ai su apprécier votre soutien et vos précieux conseils durant la réalisation de ce travail. Je vous remercie également pour vos enseignements dispensés avec passion durant les huit mois passés dans votre cabinet.

***A Monsieur le Docteur Jean-François MAUGARD,***

Je vous remercie sincèrement de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas de médecin généraliste et de m'avoir fait découvrir et aimer notre métier.

***A Monsieur le Docteur Gilles GABILLARD,***

Je vous remercie de vos précieux enseignements et de la rigueur que vous m'avez transmis pour mon exercice futur.

***A mon mari Jean-Philippe,***

Je te remercie de m'avoir toujours soutenue avec amour et patience dans la voie que j'ai choisie. Ce travail n'aurait pu se faire sans tes encouragements et ton aide...

***A mes enfants Jules, Arthur et ....***

***A mes parents,***

Je vous remercie infiniment pour toute votre aide et surtout votre soutien indéfectible durant ces longues années d'études. Je ne serais pas là où j'en suis sans vous.

***A mon frère Timothée,***

Je te remercie pour notre complicité et tes encouragements sans faille. Je suis certaine que tu trouveras autant de plaisir que moi à exercer le beau métier de médecin.

***A toute ma famille et belle famille,***

***A tous mes amis et surtout amies qui ont toujours été à mes côtés.***

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
1. L'alcool.....	7
1.1 Les chiffres de la consommation en France .....	7
1.2 Les conséquences de l'alcool.....	8
1.3 Les différents usages de l'alcool.....	9
1.4 Le médecin généraliste face à l'alcool.....	9
1.5 Les prises en charge possibles .....	10
2. Les modalités du sevrage ambulatoire .....	11
2.1 L'arrêt de la consommation : le « sevrage » .....	12
2.2 Le maintien de l'arrêt de la consommation .....	13
2.3 Le suivi à long terme.....	14
3. Evaluation de la prise en charge des patients alcooliques .....	14
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	16
1. Les objectifs .....	17
2. Description de l'étude .....	17
2.1 Type d'étude.....	17
2.2 Population étudiée .....	17
2.3 Lieu de l'étude .....	17
2.4 Période de l'étude .....	18
3. Méthode de sélection des dossiers.....	18
3.1 Critères d'inclusion .....	18
3.2 Critères d'exclusion .....	19
4. Variables analysées dans les dossiers des patients.....	19
4.1 Variables retenues.....	19
4.2 Explications sur certaines variables.....	21
5. Données recueillies auprès des patients.....	22
<b>RESULTATS</b> .....	23
1.Echantillon étudié .....	24
2.Résultats de l'étude descriptive des dossiers médicaux.....	24

2.1	Caractéristiques des patients .....	24
2.1.1	Sexe des patients .....	24
2.1.2	Age au début de la cure .....	25
2.1.3	Situation familiale .....	25
2.1.4	Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS).....	26
2.2	Durée de l'abstinence .....	27
2.3	Consommation d'alcool un an après le début du sevrage .....	28
2.4	Soins antérieurs à la cure ambulatoire.....	29
2.5	Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire.....	30
2.6	Soutien psychologique pendant la cure ambulatoire .....	31
2.7	Etat psychologique un an après le début de la cure ambulatoire .....	31
2.8	Durée de l'abstinence selon différents critères .....	32
2.8.1	Soins antérieurs à la cure ambulatoire.....	32
2.8.2	Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire .....	32
2.8.3	Soutien psychologique simultané.....	33
2.8.4	Etat psychologique un an après le début du sevrage.....	33
2.8.5	Situation familiale .....	33
2.8.6	Professions et catégories socioprofessionnelles .....	33
2.9	Comparaison de deux sous-groupes de patients .....	34
2.9.1	Situation familiale .....	34
2.9.2	Soins antérieurs à la cure ambulatoire.....	34
2.9.3	Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire .....	34
2.9.4	Soutien psychologique simultané.....	34
3.	Résultats des entretiens réalisés auprès des patients .....	34
3.1	Informations apportées par les entretiens .....	34
3.1.1	Caractéristiques des entretiens.....	35
3.1.2	Caractéristiques des patients interrogés.....	36
3.2	Résultats des entretiens .....	37
3.2.1	Explications sur les résultats obtenus .....	37
3.2.2	Résultats quantitatifs.....	38



3.2.3 Résultats qualitatifs .....	41
<b>DISCUSSION</b> .....	47
1. Biais et limites de notre étude .....	48
2. Analyse des résultats quantitatifs de notre étude .....	49
2.1 Caractéristiques des patients .....	49
2.2 Durée d'abstinence, autres soins et état psychologique .....	50
2.3 Facteurs influençant l'abstinence .....	52
3. Analyse des entretiens de notre étude .....	53
3.1 Déroulement des entretiens .....	53
3.2 Résultats quantitatifs des entretiens .....	53
3.3 Evaluation du sevrage ambulatoire par les patients .....	54
4. Apports de notre étude .....	58
<b>CONCLUSION</b> .....	59
BIBLIOGRAPHIE .....	62
ANNEXES .....	65
Annexe 1: .....	66
Annexe 2: .....	80
Annexe 3: .....	82
RESUME .....	105

# INTRODUCTION

---

## **1. L'alcool**

Dans nos civilisations occidentales, l'usage de l'alcool est une tradition fortement ancrée dans nos habitudes alimentaires et notre culture. Même si son usage est banalisé dans nos sociétés, il s'agit malgré tout d'une substance classée parmi les « drogues ». Le rapport « Roques »(1), publié en 1999, reconnaît officiellement l'alcool comme une substance dangereuse, présentant des toxicités diverses et pouvant entraîner de fortes dépendances.

### **1.1 Les chiffres de la consommation en France**

Même si sa consommation est en régression depuis cette dernière décennie, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée dans la population adulte française.

Dans le dernier rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies(OFDI), publié en 2005 (2), (3), 7% des personnes interrogées âgées de 18 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées, 37% en consomment au moins une fois dans l'année, 35% au moins une fois par semaine et 15% tous les jours. A noter que les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à être des usagers quotidiens.

Les générations les plus âgées sont les plus concernées par l'usage quotidien de l'alcool : celui-ci passe de 3% parmi les 18-25 ans à 45% parmi les 65-75 ans.

Au sein de l'ensemble de notre pays, des disparités régionales apparaissent (4) : à l'âge adulte, l'usage quotidien de boissons alcoolisées est le plus répandu en région Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais et Languedoc-Roussillon et est le moins répandu en Basse Normandie, Pays de la Loire et Ile de France.

La boisson alcoolisée la plus couramment consommée est le vin (81% des 18-75 ans en ont bu au cours de l'année) puis viennent les alcools forts (58%) et la bière (54%).

## **1.2 Les conséquences de l'alcool**

La consommation d'alcool expose à des risques pour la santé pouvant aller dans certains cas jusqu'au décès. L'alcool est en effet directement à l'origine de certaines pathologies comme la cirrhose du foie, la névrite optique, la polynévrite, le syndrome d'alcoolisme fœtal ou la psychose alcoolique (5). La pancréatite chronique est également liée en France à un usage nocif de l'alcool neuf fois sur dix (6).

L'alcool intervient également de façon plus ou moins directe dans la survenue de certaines pathologies : cancers (cavité buccale et lèvres, pharynx, larynx, œsophage, colon et rectum, foie, mais aussi cancer du sein), maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie ischémique), maladies psychiatriques. L'alcool est aussi directement impliqué dans certains comportements violents de l'adulte et du jeune et dans les traumatismes liés aux accidents de la route et aux accidents domestiques (5).

Le nombre de décès attribuables à la consommation excessive et répétée d'alcool décroît depuis plusieurs décennies. Pour 2007, ce nombre reste quand même estimé à 30000, dont 1200 décès par accidents de la route. Le coût total, en médecine hospitalière et en médecine de ville, des pathologies imputables à l'alcool est évalué à près de 6 milliards d'euros en 2006 (7).

Les dommages sociaux liés à l'alcool concernent surtout les infractions à la loi et la précarité. D'après l'enquête sur les patients vus un jour donné en médecine de ville en 2001 (8), les patients logés de façon précaire ou sans abri ont trois fois plus de risques d'être alcoolodépendants que ceux qui disposent d'un logement. Les infractions à la loi sous l'influence de l'alcool regroupent plusieurs catégories d'infractions : interpellation pour ivresse publique et manifeste (74600 personnes en 2009), dépistage positif d'alcoolémie routière (3,3% de l'ensemble des dépistages en 2009) (9). Enfin, la consommation d'alcool est aussi associée aux violences commises à l'égard des personnes, comme dans les cas de violences conjugales (10).

En dépit d'une diminution régulière de la consommation d'alcool en France, celle-ci reste parmi les plus élevées d'Europe. La France tenait ainsi au début des années

1990, la première place parmi les 15 pays européens pour le taux de mortalité par cirrhose alcoolique (11).

### **1.3 Les différents usages de l'alcool**

La Société Française d'Alcoologie (SFA) définit différents modes de consommation d'alcool(12) :

- le Non-usage caractérisé par une absence de consommation ;
- l'Usage simple qui renvoie à une consommation modérée, prise en dehors de toute situation de risque ;
- le Mésusage qui regroupe l' «usage à risque », l'«usage nocif » et l'«usage avec dépendance ».L' «usage à risque » et l'«usage nocif » se caractérisent par l'absence de « dépendance à l'alcool » ;

L' « usage avec dépendance » correspond donc au mésusage de l'alcool qu'ont les malades dits « alcoolo dépendants », malades chez qui il existe une perte de la maîtrise de la consommation. On distingue l'alcoololo dépendance psychique et l'alcoololo dépendance physique. L'alcoololo dépendance psychique est une maladie psycho-comportementale, constante, et présente chez tous les malades alcoolo dépendants. L'alcoololo dépendance physique est inconstante et concerne environ la moitié des malades dépendants. Elle se traduit par l'apparition de troubles physiques lorsque le malade cesse la consommation d'alcool et correspond au « syndrome de sevrage alcoolique », d'expressivité clinique très variable (tremblements, anxiété, au maximum delirium tremens et crise comitiale) (6), (13).

D'après les résultats de l'étude ENGAM, réalisée en France par des médecins généralistes en 1991, la prévalence totale des «malades de l'alcool » est de 19,5% chez les adultes consultant en médecine générale et l'alcoololo dépendance concerne près de 13% des hommes et 2% des femmes (14).

### **1.4 Le médecin généraliste face à l'alcool**

Le médecin généraliste a un rôle indiscutable dans la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool, du fait notamment de sa position de médecin de premier recours dans le système de soins. En 2008, chaque personne en France,

quel que soit son âge, a ainsi consulté un médecin généraliste avec une moyenne de 4,4 consultations ou visites (15). Le médecin généraliste a donc l'opportunité d'évoquer avec le patient sa consommation d'alcool et surtout de repérer les «consommateurs à risque » nécessitant une prise en charge particulière.

Dans son rôle de coordinateur des soins, le médecin généraliste est le pivot entre les médecins spécialistes de ville, les structures des soins et les réseaux sociaux. Il intervient également auprès des familles et de l'entourage du patient, qui souffrent aussi des dommages liés à l'alcool dépendance de leurs proches.

Les patients suivis pour un problème avec l'alcool par leur médecin généraliste poursuivent les soins dans la durée puisque 70 à 80% d'entre eux sont revus au moins une fois un an plus tard (16). Cette assiduité peut être comparée à celle des malades suivis en consultation hospitalière d'alcoologie, aux profils certes différents, mais pour lesquels le suivi à un an n'est que de 20 à 30% (17) et à celle des centres ambulatoires en alcoologie où il est d'environ 50% (18).

La prise en charge effective des problèmes d'alcool par le médecin généraliste connaît cependant des limites. Avec une durée moyenne de consultation en France de 16 minutes (19), le médecin ne peut pas toujours prendre le temps d'aborder la consommation d'alcool avec son patient, d'en évaluer le lien avec ses symptômes et de proposer une prise en charge adaptée. Soigner les patients ayant un problème avec l'alcool nécessite du temps et des compétences, compétences différentes selon les médecins et dépendant de leur formation (initiale et continue), de leur histoire personnelle et de leur expérience professionnelle.

### **1.5 Les prises en charge possibles**

La dépendance à l'alcool est maintenant considérée comme une véritable maladie et doit être traitée comme telle afin d'éviter des complications souvent graves voire mortelles. La première étape de la prise en charge thérapeutique est le sevrage qui a pour objectif l'arrêt de la consommation d'alcool mais aussi la prévention des complications physiques et psychiques de cet arrêt.

Le médecin généraliste qui se trouve ainsi devant un patient alcoolo dépendant ayant décidé de tenter un sevrage, doit choisir entre une hospitalisation programmée et un sevrage ambulatoire.

L'offre de soins hospitalière en alcoologie est variable d'une région à l'autre et peut prendre des modalités différentes. La cure hospitalière peut durer de quelques jours à plusieurs semaines ; elle peut se faire au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), d'un hôpital local ou de centres privés. Les modalités du sevrage et les méthodes utilisées varient également.

A côté des soins hospitaliers ou ambulatoires, existent les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils s'adressent aux personnes ayant une dépendance à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments. En réalité, la dépendance que l'on y soigne le plus est l'alcool. Ces centres, où les soins délivrés sont gratuits, regroupent des médecins somaticiens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux. Des groupes de paroles entre malades y existent également et tiennent une place importante dans la prise en charge des patients ayant une addiction à l'alcool par exemple.

Parallèlement aux professionnels de santé, les malades alcoolo-dépendants peuvent trouver un soutien auprès des groupes d'anciens buveurs (Vie Libre, Alcooliques Anonymes, Croix Bleue ...) où les patients peuvent y partager leurs expériences et leur vécu. Ces associations ont longtemps été négligées par les soignants. Les associations néphalistes, comme on les appelait autrefois, sont pourtant des pionnières, bien avant la création des associations de patients victimes du SIDA dans les années 80.

## **2. Les modalités du sevrage ambulatoire**

La nécessité d'harmoniser les protocoles de soins afin d'arriver à une meilleure prise en charge des patients dépendants à l'alcool a conduit la Société Française d'Alcoologie, au côté de l'ANAES, à organiser en 1999 une conférence de

consensus. Celle-ci a abouti à la rédaction de recommandations, intitulées « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolique dépendant »(20) (annexe 1).

Lorsque la décision du sevrage ambulatoire a été prise par le patient et son médecin, le traitement peut alors débuter afin d'amener le patient dans un processus d'abstention complète et durable de l'alcool. La prise en charge se fait ainsi en trois étapes (6), (21) :

- l'arrêt de la consommation : le « sevrage »
- le maintien de l'arrêt de la consommation
- le suivi à long terme

### **2.1 L'arrêt de la consommation : le « sevrage »**

Cette première phase des soins a pour but de prévenir et traiter les symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il s'agit également d'une étape dans la prise de conscience du patient de sa dépendance à l'égard de l'alcool.

Les soins reposent sur différentes mesures :

- arrêt total de toute prise d'alcool dès le premier jour
- prescription d'un arrêt de travail non systématique ; certains patients ne souhaitent pas en effet avoir à s'expliquer avec leur employeur ou ne peuvent pas se permettre d'avoir une perte de salaire
- prescription d'une hydratation orale d'au moins 1,5 litre d'eau par jour
- prescription d'une benzodiazépine à demi-vie longue qui permet de réduire de 10% à moins de 2% les accidents de sevrage. La prescription doit être limitée à 7 jours et doit respecter une décroissance progressive : diazépam, un comprimé de 10 mg toutes les 6 heures (ou 30 mg d'oxazépam ou 2 mg de lorazépam ou 15 mg de chlorazépate) pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours.
- prescription de vitamine B1 (thiamine) : 2 comprimés de 250 mg par jour pendant 3 semaines
- consultations rapprochées pendant la première semaine avec le médecin



Le sevrage physique est assez rapide (environ une semaine) ; la thérapie est le plus souvent limitée à une hydratation suffisante car seulement 40% des patients alcooliques présentent des signes de sevrage physique lors du traitement (22).

Cette première étape de la prise en charge est franchie lorsque le patient n'a pas bu d'alcool pendant une semaine. Il entre ainsi dans les phases de maintien de l'abstinence et de la confrontation à la dépendance psychique.

## **2.2 Le maintien de l'arrêt de la consommation**

Cette phase de sevrage psychologique dure au moins un an et est basée sur les recommandations suivantes :

- maintien de l'arrêt total de l'alcool

- prescription d'un traitement d'aide au maintien du sevrage : acamprosate (Aotal) 2 comprimés à 333 mg trois fois par jour pendant six à douze mois ou naltrexone (Revia) 1 comprimé de 50 mg une fois par jour pendant trois mois. La prescription d'acamprosate est associée de façon statistiquement significative à une amélioration de l'état de santé des patients alcoolos dépendants (23).

- suivi rapproché par le médecin : consultations une fois par semaine le premier mois puis une fois tous les 15 jours pendant 3 mois puis une fois par mois jusqu'à la fin de la première année de sevrage.

- mise en place d'un processus d'accompagnement psychologique, auprès de psychologue ou psychiatre de ville et / ou auprès des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

- proposition de soutien par les associations ou mouvements d'anciens buveurs.

L'accompagnement du patient pendant cette phase de maintien de l'abstinence nécessite une grande disponibilité du médecin qui doit savoir écouter son patient avec ses doutes et avec le risque sous-jacent d'une ré alcoolisation, voire d'une rechute.

### **2.3 Le suivi à long terme**

Au-delà d'un an après le sevrage, le suivi par le médecin généraliste peut s'espacer et se faire à un rythme variable, selon les souhaits du patient et du médecin.

La poursuite du soutien par les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), certes plus espacée, reste également primordiale pour ces patients encore fragiles.

Si l'abstinence est maintenue, le patient pourra être revu par le médecin tous les six mois afin d'évoquer, par exemple, les changements entraînés par l'arrêt de la consommation de l'alcool dans la vie du patient et surtout de trouver une continuité au soutien dont il a eu et a encore besoin pour maintenir son abstinence.

Le malade alcoolo dépendant peut aussi reprendre la consommation d'alcool (« réalcoolisation ») ; le médecin et le patient doivent alors garder à l'esprit que ces épisodes de réalcoolisation font partie de l'histoire naturelle de la maladie. Ils doivent cependant être pris en charge au plus vite afin d'éviter le passage vers la « rechute », c'est à dire vers la réalcoolisation qui dure. Le médecin généraliste joue ainsi pleinement son rôle de médecin de premier recours puisque c'est lui qui revoit le plus les malades alcoolo dépendants.

## **3. Evaluation de la prise en charge des patients**

### **alcooliques**

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les résultats des différentes prises en charge des patients alcooliques. Il est cependant difficile de comparer les résultats d'une étude à l'autre car il existe de nombreuses différences entre ces travaux : diversité de la méthodologie, de la sélection des patients, de la durée de l'étude...

En 2002, Nalpas et al. mènent une analyse prospective de la prise en charge des patients alcooliques dans 4 centres spécialisés dans le sevrage en milieu fermé sur une durée d'une année à partir du sevrage. Le taux d'abstinents à un an était alors de 28,5% avec une médiane de suivi sans rechute de 60 jours (24).

En 1997, l'étude EVA (25), réalisée par la Société Française d'Alcoologie, porte sur 1043 patients alcoolo dépendants ayant bénéficié d'un sevrage hospitalier en France. Elle retrouve un taux d'abstinents également de 28,5% mais cinq ans après le début du sevrage.

Une étude réalisée en 2007 dans un centre de cure ambulatoire en alcoologie (26) et menée sur 115 malades retrouve à 6 mois, une abstinence chez 54,8% des patients encore suivis.

L'essentiel des études sur le sevrage des patients alcoolo dépendants a été réalisé dans des services spécialisés et les résultats sont donc difficilement comparables avec ceux attendus en médecine générale.

**Devant le peu d'études existantes sur les soins dispensés par les médecins généralistes aux patients alcoolo dépendants, il nous a paru intéressant de conduire une évaluation du sevrage réalisé en ambulatoire par des médecins généralistes. Nous avons donc choisi de réaliser d'une part, une évaluation quantitative des résultats du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants de l'alcool un an après le début du soin et d'autre part, une évaluation qualitative sur le ressenti des patients concernant ce type de soins.**

# MATERIEL ET METHODE

---

## **1. Les objectifs**

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le sevrage réalisé en ambulatoire par des médecins généralistes chez les patients dépendants à l'alcool.

D'un point de vue opérationnel, le travail avait deux objectifs :

- Evaluer quantitativement les résultats du sevrage ambulatoire chez les patients dépendants, un an après le début du soin
- Evaluer qualitativement le ressenti des patients en ce qui concerne ce type de soins.

## **2. Description de l'étude**

### **2.1 Type d'étude**

Il s'agit d'un travail réalisé en deux temps : d'une part, une étude descriptive rétrospective de dossiers médicaux de 2000 à 2010 et d'autre part, une étude quantitative et qualitative avec entretiens individuels auprès des patients inclus dans l'étude.

### **2.2 Population étudiée**

Elle correspond aux patients dépendants de l'alcool, pris en charge au sein d'un cabinet de médecine générale.

### **2.3 Lieu de l'étude**

Le cabinet, situé au centre-ville de Poitiers (86 - Vienne), est composé de deux médecins généralistes enseignants installés ensemble depuis 1986 et recevant des internes de niveau 1 et des internes en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée).

## **2.4 Période de l'étude**

Nous avons arbitrairement décidé d'inclure dans notre étude les dossiers des patients concernés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 octobre 2010. Cela correspond à une dizaine d'année et nous n'étions pas certains d'avoir dans les dossiers des informations homogènes sur une période plus longue.

Le recueil des données a été effectué au cabinet du 1<sup>er</sup> août 2010 au 31 octobre 2010 pendant la période d'un stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée (SASPAS).

Les entretiens avec les patients ont été réalisés entre le 1<sup>er</sup> septembre 2010 et le 31 janvier 2011, soit par téléphone, soit par entretien individuel au cabinet.

A noter qu'un travail d'évaluation avait déjà été mené dans ce cabinet en 2006. Il s'agissait d'un audit de pratique sur le protocole de sevrage ambulatoire chez les patients dépendants de l'alcool (27), (28). La référence retenue était la recommandation de l'ANAES de 1999 (20). Cette évaluation révélait que les soins ambulatoires réalisés dans ce cabinet étaient conformes à la recommandation. Cet élément nous permettait donc de pouvoir envisager d'évaluer le résultat de la prise en charge ambulatoire des patients alcoolo-dépendant, sans risquer d'introduire un biais concernant la qualité du soin entrepris.

## **3. Méthode de sélection des dossiers**

### **3.1 Critères d'inclusion**

Les deux médecins utilisent le logiciel de dossier médical EASYPRAT V6 qui permet une extraction des dossiers selon un diagnostic choisi (appelé Résultat de consultation). L'inclusion des dossiers s'est donc faite en plusieurs étapes :

1. Sélection des dossiers s'échelonnant du 01/01/2000 au 01/09/2010 avec le diagnostic (Résultat de consultation) : « PROBLEME AVEC L'ALCOOL »
2. Au sein de ces dossiers nous n'avons retenu que ceux mentionnant le critère « dépendance à l'alcool », physique ou psychique

3. Parmi les dossiers de patients dépendants de l'alcool nous avons recherché l'existence d'une ordonnance avec la mention « arrêt de toute boisson alcoolisée » ou « poursuite de l'arrêt de toute boisson alcoolisée » (cas où le patient aurait débuté le sevrage seul moins d'une semaine avant)

4. Inclusion et évaluation de la cure ambulatoire la plus récente si le patient en a eu plusieurs.

### **3.2 Critères d'exclusion**

Nous avons exclu les dossiers des patients :

- dont la cure avait été arrêtée avant la fin de premier mois.
- immédiatement sortant de cure hospitalière
- ne respectant pas le protocole de sevrage ambulatoire en terme de fréquence des consultations : 1 fois par semaine le premier mois puis 1 fois tous les 15 jours pendant 3 mois puis 1 fois par mois.
- dont la cure a débuté après le 31/08/2009 et ce afin d'avoir au moins une année de recul au moment de l'étude.

## **4. Variables analysées dans les dossiers des patients**

### **4.1 Variables retenues**

Nous avons retenu 11 variables :

N°	Variables	Modalités
1	Nom, Prénom, Adresse, Téléphone	
2	Sexe du patient	M ou F

3	Age au début de la cure	55 pour 55 ans
4	Statut conjugal	O : célibataire, 1 : en couple
5	Catégorie socio-professionnelle	1 : agriculteur, 2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 : cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 : professions intermédiaires, 5 : employés, 6 : ouvriers, 7 : retraités, 8 : personnes sans activité professionnelle ; NSP : ne sait pas (source INSEE)
6	Soins antérieurs (ambulatoire ou en structure)	O : non, 1 : oui
7	Abstinence un an après le début du sevrage	O : non, 1 : oui, NSP : ne sait pas
8	Durée de l'abstinence initiale	3 pour 3 mois
9	Autres soins hospitaliers pendant la cure	O : non, 1 : oui
10	Autres aides ambulatoires pendant la cure (CIPAT, psychologue, psychiatre ou associations de soutien)	O : non, 1 : oui



11	Existence d'une souffrance psychologique un an après le début du sevrage	0 : non, 1 : oui, NSP : ne sait pas
----	--	-------------------------------------

#### **4.2 Explications sur certaines variables**

##### Variable n°8 : Calcul de la durée de l'abstinence initiale

La date de début de l'abstinence était celle notée directement par le médecin dans le dossier, sinon celle de la première consultation où le patient était noté comme « asymptomatique » dans le RC « problème avec l'alcool ».

La date de rupture de l'abstinence était celle notée par le médecin sinon celle de la première consultation où le patient n'était plus noté comme « asymptomatique ».

Nous avons décidé de faire un calcul avec approximation par quinzaine : moins de 15 jours = 0 et plus de 15 jours = 1 mois.

Le maximum de l'abstinence initiale était de 12 mois puisque l'évaluation se faisait 1 an après le début du sevrage.

##### Variables n°7 et n°11 : Evaluation à un an de l'abstinence et de l'état psychologique du patient

Le recueil des données concernant ces deux variables a été réalisé sur la première consultation suivant la date anniversaire des 1 an de l'arrêt.

En l'absence d'élément clair - c'est-à-dire, pas de date de ré alcoolisation ou pas de durée d'abstinence clairement écrite par le médecin - sur l'état à 1 an, nous avons considéré que l'abstinence s'était arrêtée lors de la dernière consultation notée dans le dossier. Dans ce cas, les variables « abstinence à 1 an » et « souffrance psychologique à 1 an » étaient considérées comme inconnues et donc notées par la mention «NSP Ne sait pas ».

Nous avons considéré qu'il existait une souffrance psychologique un an après le début de la cure s'il existait dans le dossier au moins un des diagnostics suivant :

DEPRESSION, ANXIETE-ANGOISSE, HUMEUR DEPRESSIVE, PSYCHIQUE (AUTRE TROUBLE).

## **5. Données recueillies auprès des patients**

Les informations de la seconde partie de notre étude, recueillies auprès des patients, l'ont été lors d'un entretien individuel soit par téléphone, soit au cabinet à l'issue d'une consultation.

Nous avons construit une fiche de référence pour les entretiens, résumant la manière de mener les interviews (annexe 2) puis nous avons constitué une fiche de réponse pour chaque patient (annexe 3).

Chaque entretien était constitué d'une première partie avec trois questions et d'une seconde partie laissant la parole libre au patient.

Trois questions principales ont été posées à chacun des patients :

1/ Que vous rebuviez ou non de l'alcool actuellement, qu'avez-vous pensé de ces soins ambulatoires réalisés auprès de votre médecin généraliste ?

2/ Si cela était à refaire, referiez-vous ce type de soins ? Le conseillerez-vous ?

3/ Même si cette cure n'a pas forcément été réussie, comment vous sentez vous actuellement ?

Dans la seconde partie de l'entretien, la parole était laissée au patient qui pouvait ajouter d'autres éléments s'il le souhaitait.

Nous avons ensuite fait une synthèse de toutes les réponses obtenues.

# RESULTATS

---

## **1.Echantillon étudié**

Notre étude concernait les dossiers de patients dépendants de l'alcool pris en charge par cure ambulatoire, au sein du cabinet médical, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 octobre 2010.

Sur 454 dossiers de patients présentant un problème avec l'alcool durant cette période de près de 10 ans, 83 dossiers remplissaient tous les critères d'inclusion dans l'étude.

Notre échantillon d'étude était donc constitué de 83 dossiers patients.

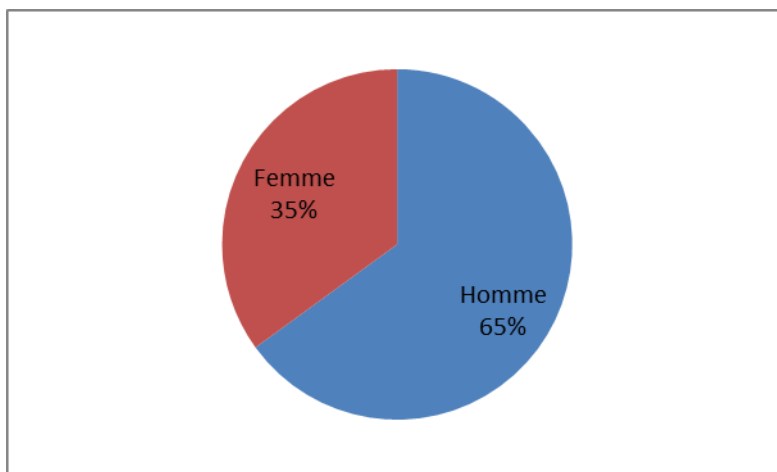
## **2.Résultats de l'étude descriptive des dossiers médicaux**

### **2.1 Caractéristiques des patients**

#### **2.1.1 Sexe des patients**

Sur les 83 patients dont les dossiers ont été sélectionnés, on retrouvait 29 femmes et 54 hommes (Figure n°1).

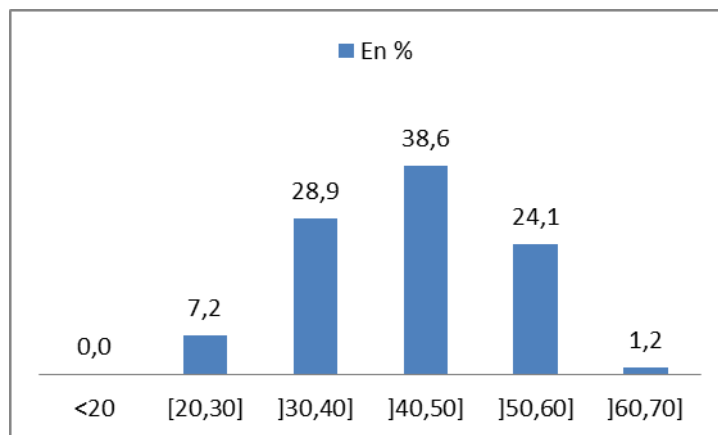
**Figure 1: Répartition des patients par sexe**



### 2.1.2 Age au début de la cure

Dans les 83 dossiers, la moyenne d'âge était de 43 ans, avec un minimum de 25 ans et un maximum de 68 ans (Figure n°2). La médiane était de 44 ans.

**Figure 2: Répartition par tranche d'âge au début de la cure**

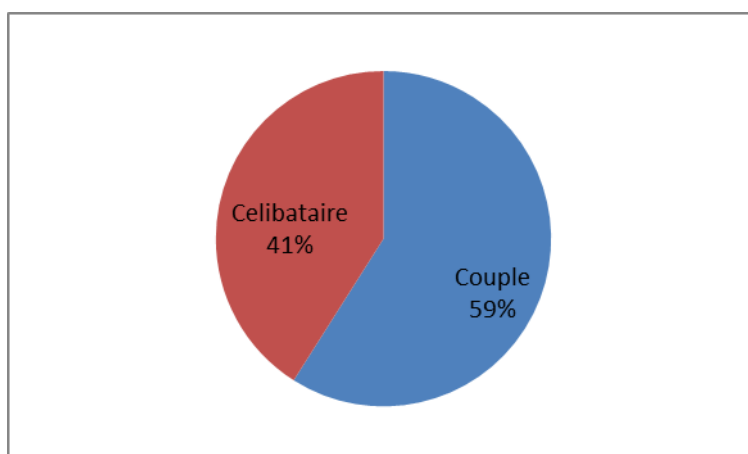


La moyenne d'âge était de 43 ans chez les hommes et chez les femmes de 44 ans.

### 2.1.3 Situation familiale

Parmi les 83 patients inclus dans l'étude, 49 patients vivaient en couple et 34 patients étaient célibataires (Figure n°3).

**Figure 3: Situation familiale**



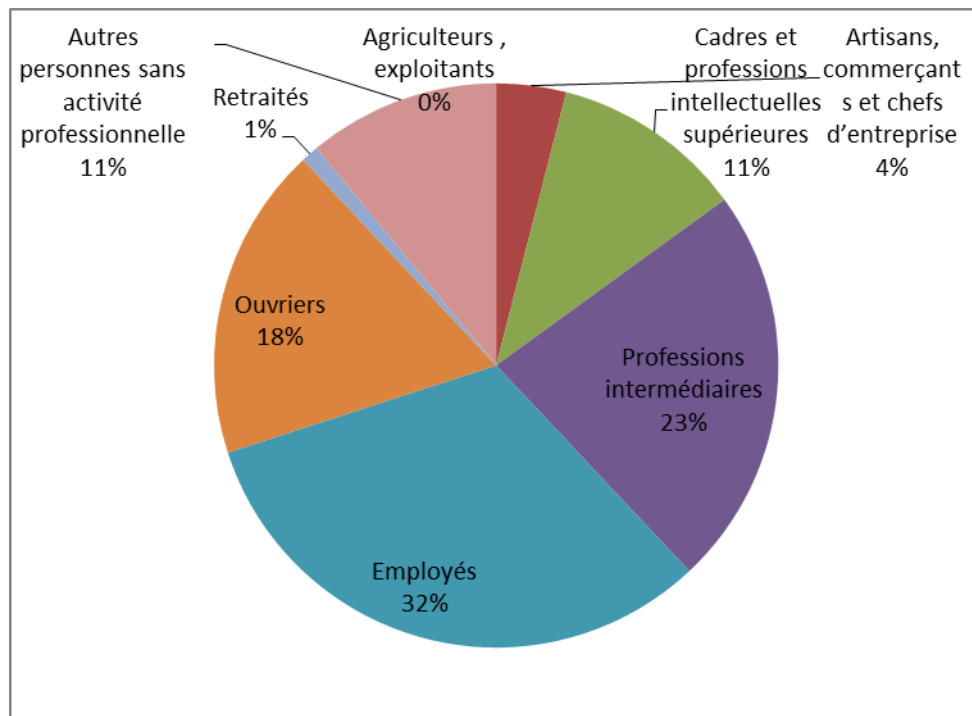
Parmi les hommes, 63% vivaient en couple et 37% étaient célibataires.  
Parmi les femmes, 52% vivaient en couple et 48% étaient célibataires.

#### **2.1.4 Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)**

La répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles (PCS), établie par l'INSEE (26), était la suivante :

Notre échantillon ne comportait aucun agriculteur. Un patient sur 10 était issu des cadres et professions intellectuelles. Un tiers des patients était des employés (26) et un cinquième des ouvriers (15). Les professions intermédiaires représentaient 23% des patients. Un patient sur 10 était sans activité professionnelle. 3 patients étaient issus des artisans, commerçants et chefs d'entreprise et un seul patient était retraité. (Figure n°4)

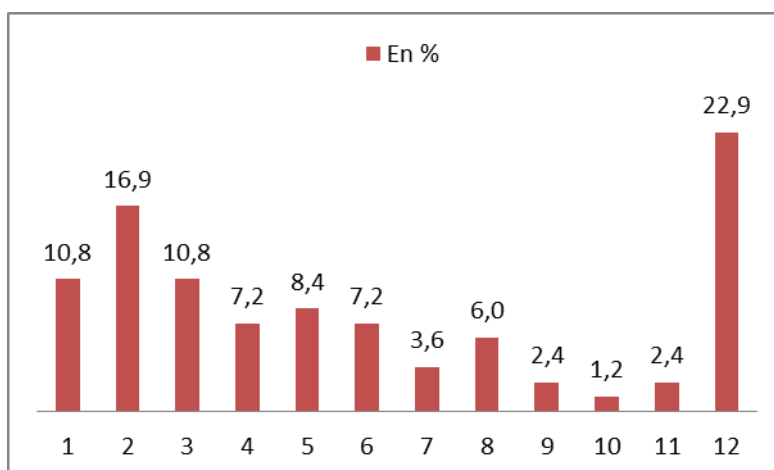
**Figure 4: Professions et catégories socioprofessionnelles des patients**



## **2.2 Durée de l'abstinence**

Parmi les 83 patients étudiés, la moyenne de la durée d'abstinence (période où la consommation d'alcool est nulle) était de 6 mois, avec un minimum de 1 mois et un maximum de 12 mois (Figure n°5). La médiane était de 5 mois.

**Figure 5: Répartition de la durée d'abstinence sur une période de 1 à 12 mois**



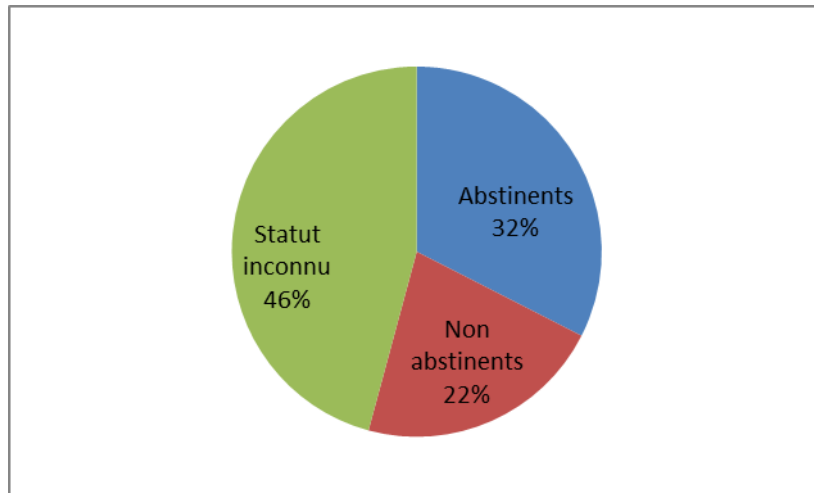
Chez les hommes, la moyenne de la durée d'abstinence était de 6,3 mois et chez les femmes, elle était de 5,5 mois.

### **2.3 Consommation d'alcool un an après le début du sevrage**

Sur les 83 patients inclus dans l'étude, 27 avaient une consommation d'alcool nulle un an après le début du sevrage (ce sont les abstinents) et 18 patients reconsumaient de l'alcool (ce sont les non abstinents). Pour 38 personnes, l'état de la consommation à un an n'a pu être identifié soit parce qu'il n'était pas renseigné dans le dossier, soit parce que les patients ont été perdus de vue. (Figure n°6)



**Figure 6: Etat de la consommation un an après le début du sevrage**



Chez les hommes, 41% étaient abstinentes, 22% ne l'étaient pas et 20% avaient un statut inconnu un an après le début du sevrage.

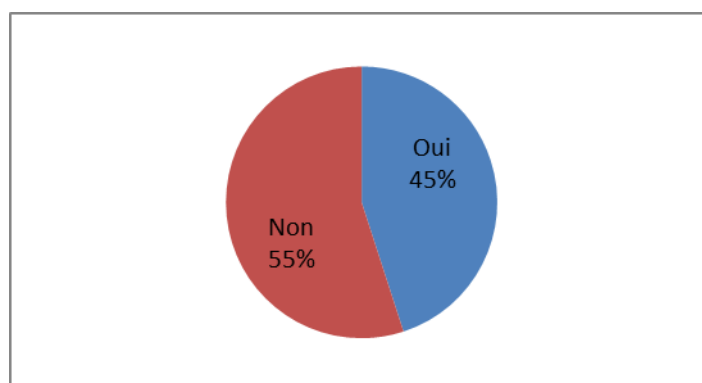
Chez les femmes, 17% étaient abstinentes, 21% ne l'étaient pas et 62% avaient un statut inconnu un an après le début du sevrage.

#### **2.4 Soins antérieurs à la cure ambulatoire**

Les soins antérieurs à la cure ambulatoire évaluée correspondent aux tentatives de sevrage que le patient avait déjà réalisées. Cela peut être des soins hospitaliers, réalisés en centres de cure privés ou en hôpitaux, ou des soins ambulatoires, dispensés par un médecin de ville.

Ainsi, parmi les 83 patients de notre étude, 37 patients avaient bénéficié de soins antérieurs et 46 n'en avaient pas bénéficié (Figure n°7).

**Figure 7: Soins antérieurs à la cure ambulatoire**

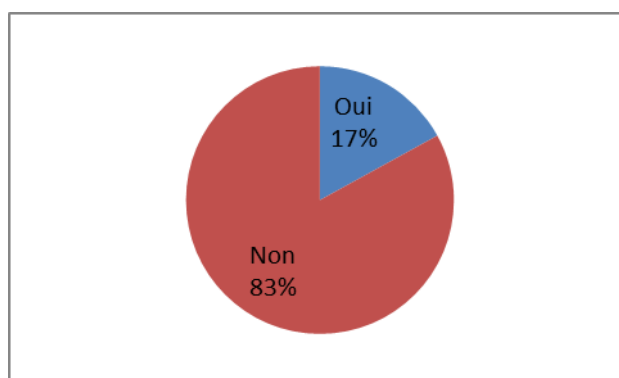


49% des hommes et 38% des femmes avaient bénéficié de soins antérieurs à la cure ambulatoire.

### **2.5 Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire**

Durant la première année de la cure ambulatoire, 14 personnes ont bénéficié simultanément d'une hospitalisation pour aide au sevrage alors que 69 autres n'en ont pas eu besoin (Figure n°8).

**Figure 8: Soins hospitaliers simultanés**



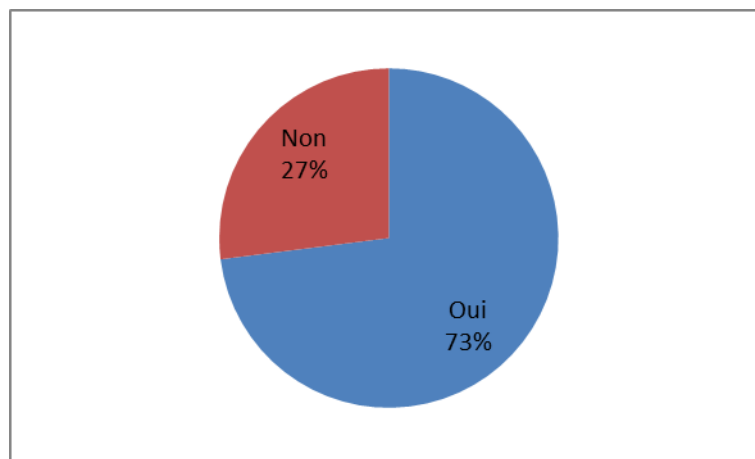
19% des hommes et 14% des femmes ont eu un recours simultané à des soins hospitaliers.

## **2.6 Soutien psychologique pendant la cure ambulatoire**

Dans notre étude, nous avons considéré qu'un soutien psychologique existait pendant la cure si le patient était suivi simultanément à la cure, soit par un psychiatre, soit par un psychologue, soit par les intervenants du CIPAT de Poitiers. (Centre d'Information et de Prévention "Alcoolisme – Toxicomanies" correspondant à un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), soit par des associations d'anciens malades.

Ainsi, parmi les 83 patients inclus dans l'étude, 61 ont bénéficié d'un soutien psychologique pendant la cure ambulatoire et 22 patients n'y ont pas eu recours (Figure n°9).

**Figure 9: Soutien psychologique simultanément**



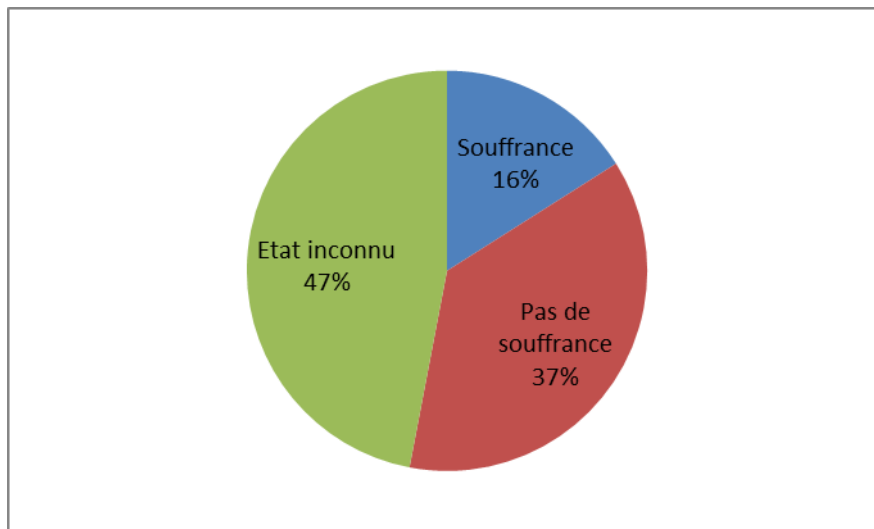
Parmi les hommes, 67% ont bénéficié d'un soutien psychologique simultanément et 86 % des femmes en ont également bénéficié.

## **2.7 Etat psychologique un an après le début de la cure ambulatoire**

Dans notre étude, nous avons considéré qu'il existait une souffrance psychologique un an après le début de la cure s'il existait dans le dossier au moins un des diagnostics suivants: DEPRESSION, ANXIETE-ANGOISSE, HUMEUR DEPRESSIVE, PSYCHIQUE (AUTRE TROUBLE).

Ainsi, pour 13 personnes, il existait une souffrance psychologique et pour 31 personnes, il n'y en avait pas. Pour 39 personnes l'état psychologique était inconnu un an après soit parce qu'il n'était pas renseigné dans le dossier, soit parce que les patients ont été perdus de vue (Figure n°10).

**Figure 10: Etat psychologique un an après le début de la cure ambulatoire**



Chez les hommes, 20% présentaient une souffrance psychologique, 41% n'en présentaient pas et 39 % avaient un état psychologique inconnu un an après le début du sevrage.

Chez les femmes, 7% présentaient une souffrance psychologique, 31% n'en présentaient pas et 62 % avaient un état psychologique inconnu.

## **2.8 Durée de l'abstinence selon différents critères**

### **2.8.1 Soins antérieurs à la cure ambulatoire**

Chez les patients ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire ou hospitalier antérieur à la cure ambulatoire, la durée de l'abstinence était de 6,4 mois.

### **2.8.2 Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire**

Chez les patients ayant nécessité en plus un sevrage hospitalier pendant la cure ambulatoire, la durée de l'abstinence était de 3,9 mois.

### **2.8.3 Soutien psychologique simultané**

Parmi les patients ayant bénéficié d'un soutien psychologique durant la cure ambulatoire, la durée de l'abstinence était de 5,5 mois.

### **2.8.4 Etat psychologique un an après le début du sevrage**

Parmi les patients présentant une souffrance psychologique un an après le début de la cure, la durée de l'abstinence était de 5,2 mois.

### **2.8.5 Situation familiale**

Parmi les patients vivant seuls, la durée de l'abstinence était de 5,7 mois et parmi les patients vivant en couple, la durée d'abstinence était de 6,2 mois.

### **2.8.6 Professions et catégories socioprofessionnelles**

Les durées d'abstinence selon les catégories socioprofessionnelles sont les suivantes :

<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Durée d'abstinence en mois</b>
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	5,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,9
Professions intermédiaires	6,3
employés	6,8
ouvriers	5,3
retraités	12

Personnes sans activité professionnelle	4,9
---	-----

## **2.9 Comparaison de deux sous-groupes de patients**

Nous avons identifié deux sous-groupes de patients, parmi les 83 patients de notre échantillon, au sein desquels nous avons comparé certaines caractéristiques. Le premier sous groupe concerne les patients ayant été abstinents moins de 3 mois (soit 32 patients) et le second regroupe les patients ayant été abstinents au moins 12 mois (soit 19 patients). Quatre caractéristiques ont ainsi été calculées.

### **2.9.1 Situation familiale**

56% des patients abstinents moins de 3 mois et 63% des patients abstinents au moins 12 mois vivaient en couple.

### **2.9.2 Soins antérieurs à la cure ambulatoire**

47% des patients abstinents moins de 3 mois et également 47% des patients abstinents au moins 12 mois ont bénéficié d'un sevrage antérieur, hospitalier ou ambulatoire.

### **2.9.3 Soins hospitaliers pendant la cure ambulatoire**

28% des patients abstinents moins de 3 mois et 11% des patients abstinents au moins 12 mois ont eu besoin d'un sevrage hospitalier en même temps que la cure ambulatoire.

### **2.9.4 Soutien psychologique simultané**

78% des patients abstinents moins de 3 mois et 58% des patients abstinents au moins 12 mois ont bénéficié d'un soutien psychologique pendant la cure ambulatoire

## **3. Résultats des entretiens réalisés auprès des patients**

### **3.1 Informations apportées par les entretiens**

### **3.1.1 Caractéristiques des entretiens**

#### **3.1.1.1 Taux de réponse**

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 janvier 2011. Chacun des 83 patients inclus dans l'étude a été interviewé soit directement au cabinet, soit par téléphone.

Pour 8 patients, l'entretien a eu lieu au cabinet médical à l'issue d'une consultation pour un autre motif que la prise de charge de l'alcoolodépendance.

Les 75 autres ont été contactés par téléphone. En cas de non-réponse au premier appel, une seconde tentative était réalisée à un horaire différent. A chaque patient, il était proposé de prendre un rendez-vous téléphonique ultérieur afin de le déranger le moins possible dans ses activités quotidiennes.

Pour certains patients dont le numéro de téléphone relevé dans les dossiers médicaux n'était plus à jour, une recherche dans l'annuaire téléphonique sur Internet a été effectuée, avec si besoin une recherche élargie au département complet de la Vienne.

Ainsi, parmi les 83 patients inclus dans l'étude quantitative, nous avons réussi à nous entretenir avec 40 d'entre eux ; le taux de réponse a donc été de 48,2 %.

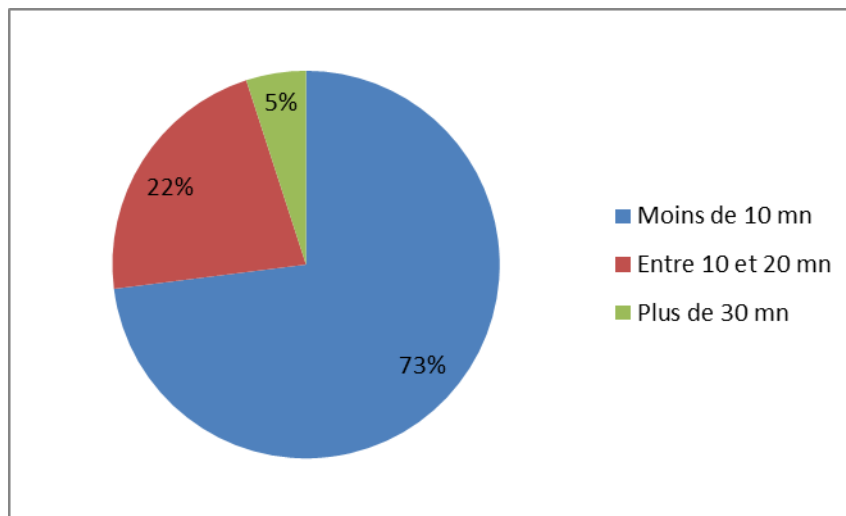
#### **3.1.1.2 Durée des entretiens**

La durée des entretiens a pu être relevée précisément pour 34 des 40 patients. Pour les 6 autres patients, elle n'a pu être relevée avec précision mais ces 6 entretiens ont tous duré de façon certaine moins de 10 minutes.

La durée moyenne des 34 entretiens réellement minutés était de 9 minutes 45, avec un minimum de 3 minutes 30 et un maximum de 34 minutes 30.

29 entretiens ont duré moins de 10 minutes, 9 ont duré entre 10 et 20 minutes et 2 entretiens ont duré plus de 30 minutes (Figure n°1).

**Figure 11: Répartition de la durée des entretiens**



### **3.1.1.3 Déroulement des entretiens**

Nous avons construit une fiche de référence (Annexe 2) pour les entretiens qui résumait la manière de mener les interviews. Comme cela a été décrit dans le chapitre méthodologie, chaque entretien était constitué d'une première partie avec trois questions et d'une seconde partie laissant la parole libre au patient.

Les trois questions étaient les suivantes :

- 1/ Que vous rebuviez ou non de l'alcool actuellement, qu'avez-vous pensé de ces soins ambulatoires réalisés auprès de votre médecin généraliste ?
- 2/ Si cela était à refaire, referiez-vous ce type de soins ? Le conseillerez-vous ?
- 3/ Même si cette cure n'a pas forcément été réussie, comment vous sentez vous actuellement ?

Il s'agissait ainsi d'entretiens semi-dirigés : les questions étaient assez ouvertes mais l'enquêteur avait pour rôle de recentrer le discours du patient par des relances si son propos devenait hors sujet.

Une fiche de réponse a été constituée pour chaque patient, retranscrivant le plus fidèlement possible les paroles du patient (Annexe 3).

### **3.1.2 Caractéristiques des patients interrogés**



### **3.1.2.1 Sexe des patients**

Parmi les 40 patients interviewés, 75% étaient des hommes (30 patients) et 25%, des femmes (10).

### **3.1.2.2 Durée d'abstinence**

Nous avons calculé la durée moyenne d'abstinence des 40 patients interrogés en utilisant les données recueillies dans la partie quantitative de notre travail. Cette durée d'abstinence est donc pour ces patients de 6,1 mois, avec un minimum à 1 mois et un maximum à 12 mois.

### **3.1.2.3 Consommation d'alcool un an après le début du sevrage**

De la même manière, en utilisant les données recueillies dans la partie quantitative, nous avons évalué la consommation d'alcool un an après le début du sevrage des 40 patients interviewés.

Ainsi, 42,5 % d'entre eux (soit 17 patients) avaient une consommation d'alcool nulle à un an, 32,5% d'entre eux (soit 13 patients) consommaient encore de l'alcool et pour les 25% restants (soit 10 patients), la consommation à un an n'était pas connue.

### **3.1.2.4 Etat psychologique un an après le début de la cure ambulatoire**

Nous avons également évalué l'état psychologique des 40 patients interviewés en utilisant les données de la première partie de notre travail.

Ainsi, pour 52,5% des patients (soit 21 patients), on ne retrouve pas de notion de souffrance psychologique dans les dossiers médicaux, pour 25% d'entre eux (soit 10 patients), on retrouve la notion de souffrance psychologique et pour 22,5% d'entre eux (soit 9 patients), leur état psychologique n'est pas renseigné.

## **3.2 Résultats des entretiens**

### **3.2.1 Explications sur les résultats obtenus**

La seconde partie de notre travail, constituée donc des entretiens réalisés auprès des patients, avait pour but de donner la parole aux patients alcoolo dépendants

ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire. Il s'agissait ainsi d'étudier leur ressenti sur la manière dont ils avaient vécu les soins dispensés par les médecins du cabinet.

Afin de restituer les propos des patients le plus fidèlement et de la manière la plus lisible possible, nous avons choisi de regrouper les résultats de nos entretiens par rubrique.

Une liste de cinq rubriques avait été initialement constituée puis, au fur et à mesure de la lecture des entretiens, il nous est apparu utile d'ajouter une sixième rubrique.

Trois rubriques correspondent à des données quantifiables et trois autres à des informations d'ordre qualitatif :

Les résultats quantitatifs :

- appréciation globale des soins ambulatoires
- état de la consommation d'alcool des patients au moment de la réalisation des entretiens
- état psychologique des patients au moment de la réalisation des entretiens

Les résultats qualitatifs :

- les points forts du sevrage ambulatoire
- les points faibles du sevrage ambulatoire
- souffrance par rapport à la maladie alcoolique

### **3.2.2 Résultats quantitatifs**

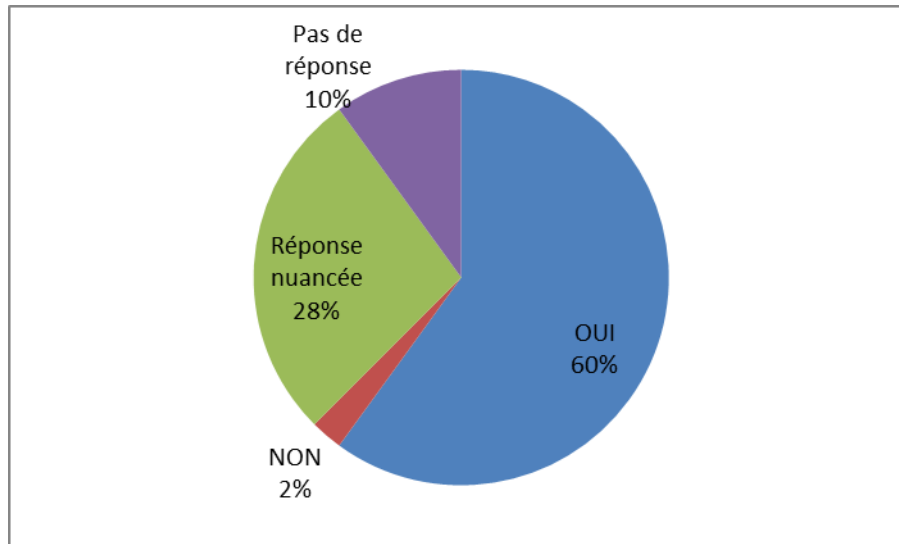
#### ***3.2.2.1 Appréciation globale des soins ambulatoires***

L'appréciation globale des soins ambulatoires a été indirectement réalisée par la question n°2 de la fiche d'entretien qui était : « Referiez-vous ce type de soins ? Le conseillerez-vous ? ». A travers ces deux questions simples, chaque patient nous donnait ainsi son opinion sur les soins ambulatoires ; en effet, nous pouvions imaginer que si un patient était d'accord pour refaire ces soins ou les conseiller à quelqu'un, c'est qu'il les avait appréciés.

Les réponses ont été classées en quatre catégories : oui, non, réponse nuancée et pas de réponse.

24 patients parmi les 40 patients interrogés ont répondu OUI, un patient a répondu NON, 11 personnes ont eu une réponse nuancée et 4 personnes n'ont pas répondu (Figure n°2).

**Figure 12:Appréciation globale des soins ambulatoires**



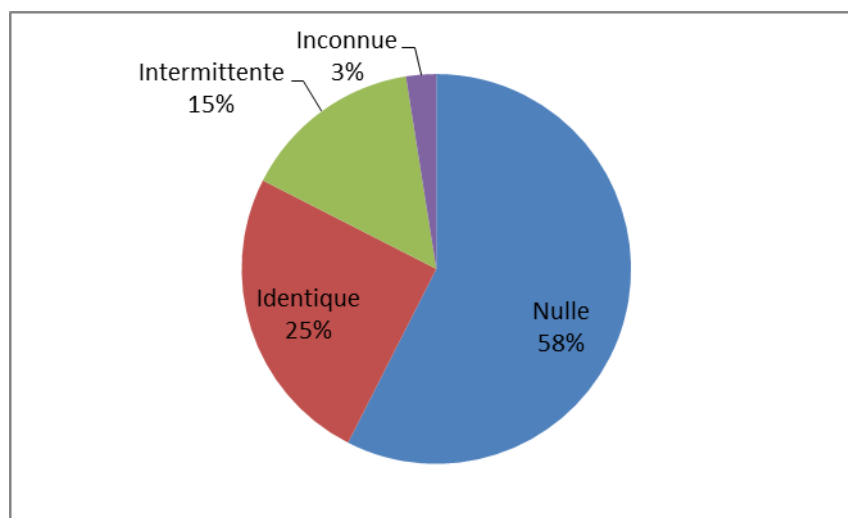
### ***3.2.2.2 Etat de la consommation d'alcool des patients au moment de la réalisation des entretiens***

La troisième question posée aux patients lors de l'entretien était « Comment vous sentez-vous actuellement ? ». Cette manière de poser la question avait pour objectif d'amener le patient à nous répondre sur deux points : sur sa consommation d'alcool actuelle mais aussi sur son état psychologique. La très grande majorité des patients a répondu directement aux deux questions sous-jacentes et pour ceux qui ne l'avaient pas fait spontanément, nous leur avons posé la question à laquelle ils n'avaient pas répondu.

Concernant l'état de la consommation d'alcool actuelle, les résultats apparaissent sous forme quantitative avec trois réponses possibles : consommation nulle, consommation identique à la consommation d'avant la cure et consommation intermittente. Un seul patient a refusé de nous donner l'état de sa consommation actuelle.

Ainsi, 23 personnes déclarent ne plus du tout consommer d'alcool au jour de la réalisation de l'entretien, 10 personnes déclarent avoir une consommation identique et 6 personnes déclarent avoir une consommation intermittente. Enfin, une personne a une consommation inconnue du fait du son refus de nous répondre (Figure n°3).

**Figure 13:Etat de la consommation d'alcool des patients au moment de la réalisation des entretiens**



La proportion de patients étant abstinents à un an était plus importante dans le sous-groupe des répondants à l'enquête qualitative (58%) que dans l'ensemble de l'échantillon étudié (42,5%).

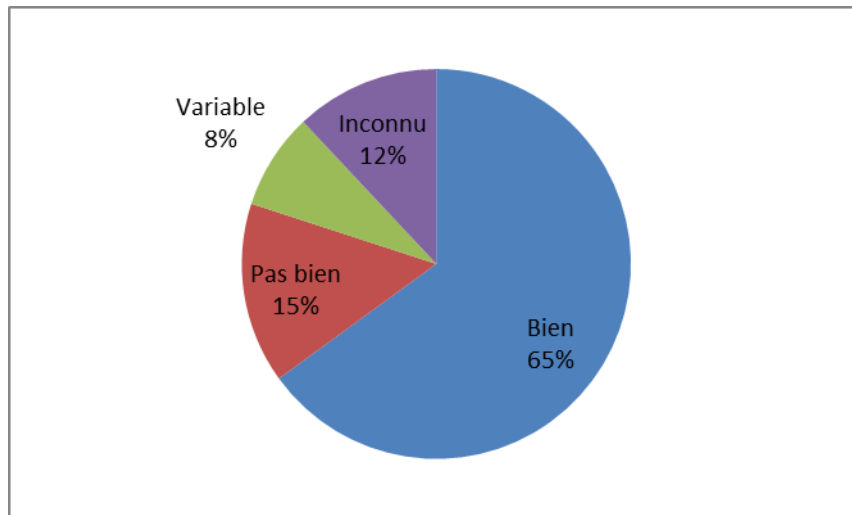
### ***3.2.2.3 Etat psychologique des patients au moment de la réalisation des entretiens***

La troisième question posée nous permettait également d'évaluer l'état psychologique des patients à distance des soins ambulatoires.

Les patients ont ainsi été classés en trois catégories : ceux qui vont psychologiquement bien, ceux qui ne vont pas bien, ceux qui connaissent des variations de moral.

Parmi les 40 patients interrogés, 26 patients disent aller bien, 6 patients disent ne pas aller bien et 3 patients ont un moral variable. 5 patients n'ont pas répondu (Figure n°4).

**Figure 14: Etat psychologique des patients au moment de la réalisation des entretiens**



La proportion de patients allant bien psychologiquement à un an était plus importante dans le sous-groupe des répondants à l'enquête qualitative (58%) que dans l'ensemble de l'échantillon étudié (65%).

### 3.2.3 Résultats qualitatifs

Pour l'étude qualitative des entretiens, nous avons réalisé une analyse transversale de l'ensemble des entretiens en notant pour chaque rubrique, les thèmes abordés par les patients.

Pour chaque rubrique, nous présentons les thèmes évoqués par les patients et nous les illustrons par des extraits de *verbatim*. Les thèmes sont cités par ordre décroissant de fréquence de citation par les patients.

### **3.2.3.1 Les points forts du sevrage ambulatoire**

De nombreux points forts sur le sevrage ambulatoire ont été cités par les patients, certains allant même jusqu'à dire qu'ils n'y trouvaient que des avantages.

L'importance de l'écoute a été de nombreuses fois citée, comme l'illustrent ces extraits de *verbatim* : « Avoir quelqu'un qui vous écoute », « C'était un lieu de parole, de redirection professionnelle et psychologique », « Les soins ont eu lieu par la parole, primordiale, du médecin », « Ici, au moins, on a un vrai contact de 20 minutes ».

La notion de régularité du suivi a été soulignée : une patiente a ainsi dit : « Il y avait une piqure de rappel fréquente ».

L'importance du suivi conjoint par le CIPAT a été très fréquemment évoquée : un patient a ainsi dit : « Je vais voir les copains du groupe de paroles » et un autre a dit « Je pense être bien entouré ».

La notion de cure ambulatoire comme alternative à la cure hospitalière a été évoquée à plusieurs reprises, comme l'illustrent ces propos des patients : « C'est le meilleur des compromis », « A l'hôpital, il y a un manque relationnel car on ne voit le psychiatre que 5 minutes par jour », « A l'hôpital, on mélange trop ceux qui ont la volonté et ceux qui ne l'ont pas », « J'étais contre aller à l'hôpital car le retour allait être difficile et ici, on reste dans la réalité, dans la vie de tous les jours », « J'ai eu deux hospitalisations et c'était la prison ».

Le fait que les soins ambulatoires comprennent peu de prescription de médicaments a été souligné : « Sortir de la consultation avec une ordonnance sans médicament était très appréciable ».

L'importance du soutien et de l'encadrement a été évoquée : un patient a ainsi dit « J'avais besoin d'une béquille » et un autre a dit qu'il était « important de se faire engueuler ».

La notion du maintien professionnel a été citée : un patient a ainsi dit « C'était important de ne pas être absent au travail car j'étais à l'époque chef d'entreprise ».

La qualité de la relation avec le médecin a été plusieurs fois mise en avant : « Le médecin me rentrait dedans », « Il ose dire les choses », « Le médecin était mon

gourou », « Il s'établit une relation privilégiée avec le médecin » « Avec le médecin, la confiance est passée, ce qui est très important ».

L'amélioration de l'état physique a été appréciée : un patient a ainsi dit « J'ai récupéré mon corps ».

Le fait de garder sa liberté a été cité à plusieurs reprises : un patient a ainsi dit « Il y a une certaine liberté dans les deux sens : pas d'hospitalisation mais aussi il y a une liberté de ne pas faire ce que le médecin dit », un autre a souligné que « ce n'était pas contraignant au niveau de la disponibilité ».

La discrétion des soins a également été citée par un patient : « Je préfère la discrétion ».

Le soutien conjoint par les associations d'anciens malades a aussi été apprécié : un patient a ainsi dit « Avec Vie Libre, c'est mieux car on est bien encadré ».

Enfin, la notion de valorisation de soi a été citée par une patiente : « On en tire une satisfaction et une fierté de soi ».

### **3.2.3.2 Les points faibles du sevrage ambulatoire**

Les patients interrogés pour notre étude ont cité moins d'inconvénients que d'avantages aux soins ambulatoires mais une notion a cependant été évoquée très fréquemment : il s'agit de la nécessité absolue d'avoir une forte volonté et une grande détermination avant de s'engager dans ce type de soins. Les extraits de *verbatim* suivants illustrent cette idée : « Il faut être fort dans sa tête », « C'est notre décision et notre détermination qui font tout », « Il faut du courage et de la persévérance », « Il faut de la volonté ».

De nombreux patients ont souligné les différentes difficultés rencontrées dans les soins ambulatoires.

La difficulté globale des soins a été évoquée au travers des propos suivants : « C'est plus dur au début mais c'est plus stable après », « C'était dur, une véritable épreuve », « C'est physiquement dur », « C'est très difficile tout seul ».

La difficulté liée au manque d'encadrement a aussi été citée : « Il n'y a pas de garde-fou », « L'absence de garde-fou est difficile ».

La difficulté de changer les habitudes du quotidien a été soulignée : un patient a ainsi dit « C'est dur d'être confronté à l'alcool » et un autre a dit « Il faut changer ses habitudes au quotidien ».

Les difficultés psychologiques ont également été évoquées, comme l'illustrent les extraits de *verbatim* suivants : « Parfois, il y a une perte de confiance en soi », « L'approche psychologique était très difficile », « Difficultés des moments de blues ».

Enfin, la notion de difficulté des rechutes a été citée : un patient a ainsi dit « Le plus dur a été que j'ai fait plusieurs abstinences avec chaque fois une rechute et c'est ça qui est difficile ».

La préférence pour les soins hospitaliers a également été plusieurs fois évoquée, comme l'illustrent les propos des patients suivants : « Cela ne m'a pas suffi », « Il faut une hospitalisation », « Il n'y a pas le confort de l'hôpital où on est dans un monde à part », « Les résultats sont identiques avec les soins en structure », « A l'hôpital, on est plus face au problème et face à soi », « A l'hôpital, je ne pense plus à l'alcool et l'hôpital soigne aussi ma dépression », « C'est dommage qu'il n'y ait pas de thérapie de groupe et pas de retour sur le vécu des autres ».

Un suivi psychologique plus long a été regretté par plusieurs patients : un patient a ainsi souligné « Au niveau du suivi, il y a un manque de suivi psychologique pour avoir un impact sur le long terme » et un autre a dit « Je regrette que le suivi psychologique n'ait pas duré plus longtemps ».

Enfin, la notion de dépendance au traitement a été critiquée par un patient : « Il faut accepter le traitement mais on en devient dépendant et il faut après trouver une occupation pour se séparer des médicaments ».

### **3.2.3.3 Souffrance par rapport à la maladie alcoolique**

Cette rubrique a été ajoutée à l'issue de la lecture de l'ensemble des entretiens. En effet, dans la quasi-totalité des entretiens, les patients ont spontanément évoqué leur souffrance et leur ressenti par rapport à l'alcool. Il nous a donc paru essentiel de retranscrire leurs propos.



La notion qui a été citée le plus souvent est la souffrance propre des patients par rapport à la maladie alcoolique, comme l'illustrent ces extraits de *verbatim* :

« Je garde mon autodestruction à l'esprit et je ne veux pas la revivre », « Avant , c'était l'enfer », « On a honte, surtout en étant une femme et ça, je ne le supportais pas ; je buvais quand je déprimais », « Je ne me suis jamais considéré comme alcoolique et mon drame a été de me mentir à moi-même », « Avant, je ne me voyais pas dans la glace, un alcoolique a honte » , « L'alcoolisme est une réelle détresse ; il y a une grande culpabilité, une pudeur et une souffrance très forte », « J'ai toujours eu du mal à me reconnaître comme alcoolique », « J'étais dans le déni », « Je n'ai plus l'échappatoire de l'alcool », « mes parents ont toujours bu et mon ex-mari aussi ».

La maladie alcoolique a très souvent été décrite comme un combat, comme une lutte que doivent mener les patients, comme l'attestent les propos suivants :

« On n'est jamais guéri, c'est un combat de toute une vie », « C'est un combat de solitaire sans tierce personne ; c'est un combat contre soi avec une remise en cause en permanence », « Au début, il y a un vide à combler car l'alcool prend du temps et occupe l'esprit », « Comme pour toute addiction, c'est difficile d'en décrocher », « Je bois toujours et je ne peux pas m'en passer », « Quand j'ai arrêté, il y avait comme un manque, c'était comme une drogue et il y avait un besoin d'aller boire », « c'est une saloperie », « Ce qui est terrible, c'est que la rechute est barbare », « Au début, c'est dur en croisant les gens qui boivent », « C'est dur d'être confronté à l'alcool ».

La souffrance liée aux rappports et aux jugements de valeur entre la société et les patients malades de l'alcool a été également très souvent évoquée .Les extraits de *verbatim* suivants en sont les exemples :

« Quand vous dites que vous arrêtez de fumer, c'est bien mais quand vous dites que vous arrêtez l'alcool, c'est beaucoup moins bien », « Les pubs pour l'alcool me mettent en colère », « Le plus dur est finalement le passé mais aussi le regard des autres. Ils disent qu'on n'est pas un mec si on ne boit pas. », « L'alcool est un fléau autorisé », « Ce qui est dur est le regard des autres car c'est une maladie honteuse », « La lutte est dans le fait de faire accepter aux autres qu'on ne boit pas du tout d'alcool ; il y a ceux qui l'acceptent et ceux qui ne l'acceptent pas ; Ceux qui

ne l'acceptent pas sont peut-être ceux qui ont des problèmes latents avec l'alcool. C'est possible de vivre sans alcool et d'être accepté sans alcool.».

Enfin, de nombreux patients ont abordé la souffrance de leur entourage, comme l'illustrent les extraits de *verbatim* suivants :

« Les gens de mon entourage en souffrent », « Il faut arriver à admettre son alcoolisme puis à le dire et enfin, le plus dur, à l'avouer à sa famille », « Il faut regarder les dégâts qu'il y a autour », « Je me battrais avec elle[sa compagne, alcool dépendante] jusqu'au bout contre ce putain d'alcool ».

# DISCUSSION

---

L'objectif de notre étude était de réaliser une évaluation du sevrage ambulatoire par les médecins généralistes chez les patients dépendants de l'alcool.

Nous avons choisi de faire cette étude dans un cabinet de deux médecins généralistes ayant une expérience ancienne dans la prise en charge des patients alcoolo dépendants et ayant une tenue des dossiers médicaux conformes aux recommandations, comme cela avait été démontré lors d'un audit de pratique réalisé en 2006 (27), (28). Ces deux éléments nous ont ainsi permis de réaliser notre évaluation du sevrage ambulatoire en évitant, d'une part un biais concernant la qualité des soins entrepris et d'autre part, un biais concernant la perte de données recueillies dans les dossiers médicaux des patients.

## **1. Biais et limites de notre étude**

Notre échantillon, constitué de 83 patients, n'est certes pas représentatif car limité à un seul cabinet médical. Il existe de plus un biais de sélection car les patients inclus dans l'étude sont des patients qui ont choisi de se faire soigner et qui font donc preuve d'une certaine volonté. Cependant, le nombre de patients inclus a été suffisant pour nous permettre d'arriver à une saturation des données qualitatives lors des entretiens (c'est-à-dire à une redondance des réponses des patients) ce qui atteste de la validité de notre travail.

Enfin, certains pourront voir dans notre travail un biais lié au fait que nous n'avons pas inclus les perdus de vue à un an dans le groupe des « rechuteurs », comme c'est le cas dans d'autres études de la littérature. En effet, nous avons considéré que nous ne pouvions pas présumer de la raison qui les a amenés à interrompre le suivi : il pouvait s'agir de patients abstinents ne ressentant plus le besoin d'un suivi médical ou de patients ayant rechuté et qui, en raison d'un sentiment d'échec ou de honte, avaient rompu le contact avec le médecin.

## **2. Analyse des résultats quantitatifs de notre étude**

### **2.1 Caractéristiques des patients**

L'échantillon de notre étude, constitué de 83 patients, regroupe 65% d'hommes et 35% de femmes, ce qui correspond à 1,8 homme pour une femme. Ce résultat est assez éloigné de deux études réalisées auprès de la patientèle adulte des médecins généralistes français. La première, l'étude ENGAM, réalisée en 1991 (14), retrouve un rapport de 5,8 hommes pour une femme parmi les patients alcoolo dépendants. La seconde étude, réalisée en 2000 par l'ensemble des Observatoires régionaux de santé (ORS) (8), retrouve quatre hommes pour une femme parmi les personnes ayant un problème avec l'alcool. Cette forte proportion de femmes parmi notre échantillon peut s'expliquer par un recrutement des patients différent de celui de la moyenne des médecins généralistes français : il s'agit ici d'un cabinet au sein d'une grande ville et où une importante partie des patients de l'étude a été adressée par un autre confrère.

La moyenne d'âge au début de la cure ambulatoire est de 43 ans, ce chiffre est similaire à la moyenne d'âge retrouvée dans l'étude prospective et multicentrique EVA(25), réalisée par la Société Française d'Alcoologie en 1997 et portant sur 1043 patients alcoolo dépendants, ayant bénéficié d'un sevrage en France, qui est de 40,9. Une autre étude, réalisée au Centre de Cure Ambulatoire de l'Archet(26) en 2007 et portant sur 115 patients, retrouve un âge moyen égal à 45,9 ans.

Parmi les 83 patients de notre étude, 59% vivent en couple et 41% vivent seuls. Nous aurions pu imaginer que la solitude puisse être un élément favorisant l'alcool dépendance mais ces résultats nous montrent que ce n'est pas forcément le cas.

Les profils socioprofessionnels des patients de l'étude diffèrent des catégories socioprofessionnelles de la population générale établies par l'INSEE (29). Par rapport à la population française de 15 ans ou plus, les catégories socioprofessionnelles suivantes : « Cadres et professions intellectuelles supérieures », « Professions intermédiaires », « Employés » et « Ouvriers » sont largement surreprésentées au sein de la population de notre étude. Les « Artisans,

commerçants et chefs d'entreprise » sont présents dans une même proportion ; les « Agriculteurs, exploitants » sont absents de notre étude. Les « Autres personnes sans activité professionnelle » sont sous représentées au sein de la population de notre étude, ainsi que les « Retraités » qui sont quasiment absents de notre étude alors qu'ils représentent plus de 25% de la population française de 15 ans ou plus. Ces différences s'expliquent par le fait que la population de notre étude ne comprend pas de patient de moins de 25 ans (c'est-à-dire, pour une grande proportion d'entre eux, des personnes sans activité professionnelle) et ne comprend qu'un seul patient retraité. Notre échantillon de patients correspond donc à une population active et se répartit sur les catégories socioprofessionnelles des personnes en âge de travailler.

## **2.2 Durée d'abstinence, autres soins et état psychologique**

La durée d'abstinence moyenne de notre échantillon est de 6 mois avec une médiane de 5 mois. Un tiers des patients re-consomme dans les trois premiers mois, et à l'opposé, plus d'un cinquième des patients (22,9%) reste abstinent pendant au moins un an.

Nous ne pouvons comparer ces résultats à d'autres études faites en médecine générale car nous n'en avons recensé aucune dans la littérature. Nous pouvons tenter cependant une comparaison avec deux études faites dans des services spécialisés français. En 2002, Nalpas et al. (24) retrouvent un taux d'abstinents à un an de 28,5% avec une médiane de suivi sans rechute de 60 jours. L'étude EVA(25) retrouve un taux d'abstinents cinq ans après le sevrage de 28,5% chez les patients inclus au départ ce qui correspond en fait à 63,7% des patients restants. Ces résultats restent assez similaires à ceux de notre étude avec cependant des réserves sur la difficulté de les comparer puisque les patients inclus et les critères des études varient beaucoup d'une étude à l'autre.

Un an après le début de la cure ambulatoire, près d'un tiers des patients est abstinent. Il s'agit des patients qui n'ont pas du tout consommé d'alcool pendant 12 mois mais aussi des patients qui ont temporairement re-consommé et qui ont réussi ensuite à stopper à nouveau la prise d'alcool. Ceci illustre le fait que les réalcoolisations ne sont pas exceptionnelles dans le parcours d'un malade alcoolo

dépendant et qu'elles constituent des étapes dans le processus de maturation de sa motivation. De multiples tentatives de sevrage font donc aussi partie du parcours thérapeutique du patient dépendant à l'alcool ; nous retrouvons ainsi, dans notre étude, 45% de patients ayant déjà bénéficié de soins antérieurs à la cure ambulatoire.

Nous abordons ici les différentes formes et leur complémentarité que peut prendre la prise en charge thérapeutique du patient alcoolo dépendant. Le patient peut avoir ainsi bénéficié de soins institutionnels qui ne lui auraient pas convenu et avoir trouvé ensuite dans les soins ambulatoires une réponse adaptée à ses besoins; à l'inverse, comme c'est le cas pour 17% des patients de notre étude, la cure ambulatoire peut ne pas être suffisante et ainsi amener le patient à poursuivre les soins en structure hospitalière.

Pour 73% des patients de notre étude, les soins ambulatoires ont également reposé sur un soutien psychologique simultané, soit par un psychiatre, soit par un psychologue, soit par les intervenants du CIPAT de Poitiers. (Centre d'Information et de Prévention "Alcoolisme – Toxicomanies"), soit par des associations d'anciens malades. Cette proportion importante de patients ayant eu un suivi psychologique va dans le sens des recommandations établies par l'ANAES lors de la conférence de consensus de 1999 (20) qui préconise une prise en charge psychosociale dès le début du sevrage afin d'améliorer le pronostic à long terme de ces soins.

La consommation d'alcool ne se fait jamais sans raison et est presque toujours associée à un mal-être que les patients parviennent plus ou moins à exprimer. L'aide des intervenants extérieurs peut leur permettre d'avancer vers l'amélioration de leur état psychologique mais cette souffrance peut perdurer, qu'il y ait ou non arrêt de l'alcool. Ainsi, 16% des patients de notre étude présentent, un an après le début du sevrage, une souffrance psychologique. L'étude EVA (25) retrouve, au cours des cinq années de suivi de sa cohorte de patients alcoolo dépendants, un état dépressif chez un plus grand nombre de patients, 37,8%. Dans notre étude, ce chiffre est probablement sous-estimé en raison d'un grand nombre de patients (47%) dont nous ne connaissons pas l'état psychologique à un an.

### **2.3 Facteurs influençant l'abstinence**

Nous avons calculé la variation de la durée d'abstinence selon différents critères et nous avons pu ainsi mettre en évidence certains facteurs qui pourraient modifier cette durée. Ces variations par rapport à la durée moyenne d'abstinence des patients de notre échantillon restent certes minimales mais nous permettent quand même de faire ressortir de notre étude certains éléments qui pourraient jouer sur l'abstinence. L'existence de tentatives de sevrage antérieures aurait plutôt une très légère influence positive sur un maintien plus prolongé de l'abstinence (puisque la durée d'abstinence passe de 6 mois à 6,4 mois). Ces résultats vont à l'encontre de la plupart des résultats des différentes études retrouvées qui considèrent l'existence de sevrages antérieurs comme favorisant de manière significative la rechute(25), (30), (31), (32).

Le fait de vivre en couple semble être un élément favorisant l'abstinence, du fait probablement du soutien du conjoint lors de la tentative de sevrage. Cette influence positive du support familial sur le maintien de l'abstinence est retrouvée dans de nombreuses études (25), (30), (32), (33), (34).

Nous retrouvons également dans notre étude une durée d'abstinence plus élevée chez les patients employés ou ayant une profession intermédiaire.

A l'inverse, la durée de l'abstinence est réduite parmi les artisans, parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures, parmi les ouvriers et parmi les personnes sans activité professionnelle.

Le fait de bénéficier d'une cure hospitalière simultanément aux soins ambulatoires fait également nettement diminuer la durée d'abstinence ; nous pouvons supposer que les patients concernés ont une dépendance à l'alcool plus prononcée et donc plus difficile à soigner. Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant une comparaison avec nos résultats.

Contrairement à ce à quoi nous aurions pu nous attendre, la durée d'abstinence est inférieure à la moyenne de notre échantillon de 83 patients chez les patients ayant bénéficié d'un soutien psychologique (principalement par le CIPAT). Nous retrouvons également ce résultat en comparant deux sous-groupes de patients : ceux qui ont été abstinents moins de 3 mois (32 patients) et ceux qui ont été abstinents au moins



12 mois (19 patients). Près de 4 patients sur 5 abstinents moins de 3 mois ont bénéficié d'une aide psychologique, tandis que seulement 3 patients sur 5 abstinents au moins 12 mois en ont bénéficié. Nous pouvons nous demander si les patients abstinents au moins 12 mois n'ont pas une dépendance à l'alcool moins marquée et sont donc plus à même de se sortir de la maladie alcoolique sans forcément avoir besoin d'un soutien psychologique.

### **3. Analyse des entretiens de notre étude**

#### **3.1 Déroulement des entretiens**

La réalisation des entretiens a donné lieu à des moments d'échange avec les patients très enrichissants, parfois même émouvants. L'accueil des patients a toujours été très bon et chaleureux et aucun patient n'a refusé de nous répondre. Certains patients restaient brefs mais courtois dans leurs réponses mais nous avons surtout entendu les patients dire qu'ils étaient heureux de parler à nouveau de la maladie alcoolique avec quelqu'un qui pouvait les comprendre. Nous avons eu le sentiment que les patients avaient besoin, en plus de répondre à nos questions, de nous raconter leur parcours avec l'alcool et surtout d'exprimer leur souffrance face à leur maladie. Certains patients ont également souhaité que nous discutions avec leur conjoint, afin de connaître le ressenti de leur entourage.

#### **3.2 Résultats quantitatifs des entretiens**

Au sein de l'échantillon des 40 patients interviewés, la durée moyenne écoulée entre le début du sevrage et la réalisation des entretiens était d'un peu plus de 4 ans (50 mois) avec une durée minimale de 16 mois et une durée maximale de 118 mois (soit presque 10 ans).

Les entretiens nous ont ainsi permis d'avoir davantage de recul par rapport à l'évaluation faite dans les dossiers des patients un an après le début du sevrage. Ainsi, parmi les patients interrogés, 42,5% étaient abstinents un an après le début du

sevrage et 58% étaient abstinents en moyenne quatre ans après le début du sevrage. Ce résultat est similaire au taux d'abstinence à 5 ans retrouvée dans l'étude EVA (25) qui est de 63,7% chez les patients restants soit 28,5% des patients inclus au départ.

De la même manière, 52,5% des patients interrogés ne présentaient pas de souffrance psychologique un an après le début du sevrage et 65% n'en présentaient pas non plus en moyenne quatre ans après le début des soins.

Ces résultats montrent une évolution positive de l'abstinence et de l'état psychologique des patients au cours du temps. Cela nous amène à penser que si, pour certains, la cure ambulatoire évaluée a permis une abstinence définitive, pour d'autres, elle a constitué une étape importante dans le chemin vers l'arrêt de l'alcool. Certains patients ont ainsi évoqué les soins postérieurs à la cure ambulatoire évaluée en nous expliquant que c'était bien l'ensemble des soins, hospitaliers ou ambulatoires reçus qui avait permis l'abstinence.

Une amélioration de l'état psychologique des patients au cours du temps a été également retrouvée, amélioration qui s'est probablement faite en parallèle à l'arrêt de l'alcool. Une seule patiente nous a déclaré aller moins bien depuis qu'elle avait arrêté l'alcool car elle regrettait de ne plus avoir l'échappatoire de l'alcool pour faire face à ses problèmes.

### **3.3 Evaluation du sevrage ambulatoire par les patients**

L'évaluation globale des soins ambulatoires par les patients a été plutôt positive puisque 60% des patients interrogés ont répondu oui à la question « Referiez-vous ce type de soins ? Le conseillerez-vous ? », 28% ont eu une réponse plutôt positive mais nuancée et un seul patient n'a pas approuvé ce type de soins. Dans l'ensemble, c'est donc un sentiment très positif qui s'est dégagé de ces entretiens.

Les 11 patients qui ont eu une réponse nuancée à la question ont tous répondu en disant « Oui, mais cela dépend des gens, chaque cas est différent ». Ces patients ont ainsi évoqué à juste titre le fait que le sevrage ambulatoire n'est pas forcément adapté à tous les patients. Le sevrage ambulatoire comporte ainsi des contre-indications (qui excluent de ce type de soins 10 à 30% des malades) qui peuvent

être alcoologiques (dépendance physique sévère, antécédents d'accidents de sevrage), somatiques, psychiatriques ou socio-environnementales (20).

Parmi les points forts que présente le sevrage ambulatoire, ce que nous avons entendu le plus souvent au cours des entretiens est l'importance de l'écoute trouvée lors des consultations avec le médecin et l'importance du suivi conjoint avec le CIPAT. Les notions de soutien, d'encadrement et de régularité du suivi citées également par les patients rejoignent ces deux thèmes. Nous avons eu le sentiment que ce qui était apprécié par les patients était d'avoir un soignant référent qui connaissait leur histoire, leur parcours avec l'alcool, leur situation actuelle et qui les recevait sans les juger et en leur permettant de s'exprimer librement sur leur rapport avec l'alcool. Ce qui nous a semblé être en arrière-plan peut se résumer par la notion d' « aide » qu'ont reçue ces patients, aide à l'arrêt de l'alcool et à changer leur vie mais aussi aide par l'intérêt qu'on leur a porté. La qualité de la relation avec le médecin a aussi été de nombreuses fois mise en avant lors des entretiens, avec en particulier la notion de confiance et le fait que le médecin osait dire les choses sans langue de bois. Les patients nous ont ainsi expliqué qu'ils avaient pu avancer dans leur cheminement vers l'arrêt grâce au fait que le médecin leur avait dit qu'ils étaient alcoologiques et qu'ils étaient en train de faire de gros dégâts à eux-mêmes et à leur entourage. Tous ces éléments nous amènent à dire que l' « écoute » a été perçue par les patients comme un des piliers fondamentaux du sevrage ambulatoire.

Le sevrage ambulatoire a été souvent opposé à la cure en milieu fermé; la crainte principale des patients était de ne pas avoir suffisamment de temps pour parler avec un médecin. Le sevrage hospitalier était aussi souvent perçu comme une privation de liberté et comme une coupure trop brutale avec la vie de tous les jours. Les patients nous ont ainsi dit préférer la discrétion des soins ambulatoires pour que les autres ne sachent pas qu'ils étaient partis en cure parce qu'ils étaient « alcoologiques ». Nous retrouvons ici la notion de maladie alcoolique honteuse, de nombreuses fois évoquée par les patients. « Pour que les autres ne s'en rendent pas compte », voilà ce que nous avons entendu quand les patients nous ont dit être très contents du fait qu'ils pouvaient continuer à aller travailler tout en soignant leur dépendance à l'alcool. Le

maintien social, familial et professionnel permis par les soins ambulatoires a été ainsi un élément très apprécié par les patients.

La réappropriation de leur corps par les patients a également été mise en avant ; la faible prescription de médicaments pendant les soins ambulatoires et le fait qu'on pouvait les prendre ou pas ont été appréciés par les patients. L'amélioration rapide de leur état physique et la satisfaction d'eux-mêmes d'avoir réussi à arrêter de boire ont aussi été perçues comme des points positifs de la cure ambulatoire, même s'il s'agissait en fait simplement des bénéfices de l'arrêt de l'alcool.

A l'opposé, les principaux points faibles du sevrage ambulatoire cités par les patients sont en lien avec les difficultés qu'ils ont rencontrées pendant les soins. La principale difficulté perçue par les patients concernait la volonté et la détermination nécessaires à ce type de soins. Un très grand nombre de patients a souligné que sans volonté, rien n'était possible et que, sans avoir décidé de changer de comportement vis-à-vis de l'alcool, aucun sevrage ne pouvait perdurer. Cette indispensable volonté a été perçue par les patients comme une difficulté des soins ambulatoires, peut-être parce que les patients avaient l'impression que lorsqu'on est à l'hôpital, on a moins besoin de volonté. La cure hospitalière était probablement perçue comme étant plus encadrée, avec du personnel soignant présent en permanence et surtout sans la tentation de l'alcool.

Nous rejoignons ici la difficulté souvent citée du manque d'encadrement du sevrage ambulatoire que certains patients ont eu du mal à gérer ; nous pouvons supposer que certains patients étaient effrayés à l'idée de rentrer chez eux après les consultations au cabinet et de se retrouver seuls face à la tentation de boire, sans personne pour les rappeler à l'ordre. La difficulté de changer ses habitudes du quotidien, de se construire une nouvelle vie sans la compagnie de l'alcool a également souvent été évoquée.

Au-delà de l'opinion qu'avaient les patients sur la cure ambulatoire, nous avons souvent ressenti pendant les entretiens la souffrance qu'il y avait derrière l'alcool. La plupart des patients ont évoqué leur propre détresse et le déni de leur dépendance dont ils ont longtemps souffert. Nous avons souvent entendu que la prise de conscience de leur alcoolisme avait été longue et l'acceptation de la nécessité de se soigner également. Leur difficulté était d'arriver à changer de comportement et ceci

s'est fait en plusieurs étapes, comme cela a été étudié en 1981, par Prochaska et Di Clemente (35).

La sensation de honte liée à l'alcoolisme a également souvent été mise en avant, notamment par les femmes ; l'alcoolisme féminin a une connotation sociale bien plus négative que l'alcoolisme masculin, ce qui contribue à renforcer les sentiments de culpabilité et de honte des femmes. Une phrase d'une des patientes nous a paru bien résumer cette situation : « L'alcoolisme est une réelle détresse ; il y a une grande culpabilité, une pudeur et une souffrance très forte ».

Beaucoup de patients ont décrit la maladie alcoolique comme un véritable combat, comme une lutte de toute une vie. Mais peu de patients ont semblé considérer l'alcool comme une drogue, alors qu'elle est reconnue comme telle (1). Peut-être est-ce ainsi un reflet de l'opinion de l'ensemble de la population, pour qui l'alcool fait partie de notre culture, et est bien plus associée à la notion de convivialité qu'à la notion de dépendance. Beaucoup de patients nous ont ainsi dit avoir le sentiment que notre société acceptait l'alcool comme élément festif évident mais pas comme une maladie.

Enfin, les patients ont de nombreuses fois évoqué la souffrance de leurs proches avec beaucoup de pudeur et de culpabilité non avouée. Ils nous ont dit avoir apprécié que le conjoint ait été associé aux soins ambulatoires avec, par exemple des consultations en couple, et certains ont regretté que notre travail ne porte pas également sur le vécu de la cure ambulatoire par l'entourage du patient.

## **4. Apports de notre étude**

Au terme de notre travail, nous pouvons maintenant répondre aux objectifs que nous nous étions fixés.

L'évaluation quantitative du sevrage ambulatoire des patients dépendants à l'alcool nous a permis d'obtenir des résultats semblables à ceux trouvés lors d'évaluations faites en milieu hospitalier. Nous retrouvons ainsi, chez les patients inclus dans notre étude, une durée moyenne d'abstinence de 6 mois, avec une médiane de 5 mois.

Un tiers des patients re-consomme de l'alcool dans les trois premiers mois et 22% sont toujours abstinents à un an. 45% des patients avaient déjà bénéficié de soins antérieurs et 73% ont reçu un soutien psychologique simultané. Dans notre étude, le fait de vivre en couple semble être un facteur favorisant l'abstinence ; à l'inverse, le fait de bénéficier simultanément d'une cure de sevrage hospitalière ou d'un soutien psychologique semblerait favoriser la rechute.

Le ressenti des patients sur les soins ambulatoires a été globalement positif. Les patients ont surtout apprécié l'écoute et le soutien du médecin, ainsi que la régularité du suivi. La liberté d'organisation de ces soins leur a permis de maintenir une vie professionnelle, sociale et familiale quasiment normale et donc de soigner leur dépendance en toute discrétion.

Cependant, des limites au sevrage ambulatoire ont également été mises en évidence. Elles concernaient principalement les difficultés ressenties par les patients lors de ces soins : nécessité d'avoir une volonté et une détermination sans faille, difficultés physiques liées au manque d'alcool, difficultés psychologiques lors des moments de doute. Le manque d'encadrement du sevrage ambulatoire a également été opposé à la sécurité ressentie lors des soins hospitaliers.

Enfin, notre étude a aussi mis en avant la souffrance des patients alcoolo dépendants sur plusieurs niveaux : souffrance propre des patients avec des sentiments de détresse, culpabilité et honte ; combat permanent contre la maladie alcoolique ; souffrance par rapport au regard des autres et souffrance des proches.

# CONCLUSION

---

Parce que la souffrance de l'alcoolique est aussi physique, le médecin généraliste grâce au symptôme, peut quitter l'évocation du produit pour entrer en communication avec le malade (34). Le médecin généraliste se trouve au premier plan face aux demandes d'aide des patients et peut leur proposer différents modes de prise en charge. A côté des soins en milieu fermé dispensés dans des centres de cure ou dans des services hospitaliers, les patients peuvent bénéficier de protocoles de soins ambulatoires réalisés par le médecin généraliste. Devant le peu d'études existantes quant à ce type de prise en charge, nous avons souhaité évaluer les résultats du sevrage ambulatoire.

Notre étude, réalisée dans un cabinet de deux médecins généralistes ayant une expérience ancienne dans la prise en charge des patients alcoolo dépendants, comportait deux volets. La première partie était une étude descriptive rétrospective de 83 dossiers médicaux de patients alcoolo dépendants de 2000 à 2010 et la seconde partie a constitué en la réalisation de 40 entretiens individuels auprès des patients inclus dans l'étude.

Au terme de notre travail, il est apparu que le sevrage ambulatoire réalisé par les médecins généralistes permettait d'obtenir des résultats corrects et semblait être une forme de prise en charge appréciée par les patients dépendants à l'alcool. En effet, parmi les patients inclus dans l'étude, la durée d'abstinence était en moyenne de 6 mois et, de plus, un an après le début de la cure ambulatoire, près d'un tiers des patients était abstinents. Nos résultats sont très proches de ceux retrouvés dans les études faites sur les sevrages hospitaliers et nous permettent ainsi de dire que la prise en charge ambulatoire par les médecins généralistes des patients dépendants à l'alcool aboutirait à des résultats au moins aussi bons que la prise en charge en milieu fermé.

Les entretiens réalisés auprès des patients ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire révélaient également que ces soins ont été bien vécus par ceux-ci. L'aide appréciée dans ce type de soins reposait sur l'écoute, le soutien, l'encadrement et la régularité du suivi. La discrétion permise par ces soins ainsi que le maintien dans la vie professionnelle, familiale et sociale ont aussi été des éléments fortement appréciés par les patients. Cependant, certains patients ont ressenti des difficultés lors de ces



soins : difficultés liées au maintien de la volonté, difficultés liées au manque d'encadrement par rapport aux soins hospitaliers. Enfin, à travers ces entretiens, les patients ont pu exprimer toute leur souffrance et autres sentiments de détresse qui se trouvent en arrière-plan de leur dépendance à l'alcool.

Notre travail a ainsi contribué à montrer que le sevrage ambulatoire pouvait aboutir à des résultats similaires à ceux obtenus en milieu hospitalier et que ce type de prise en charge avait été globalement apprécié des patients. Notre étude, limitée à un seul cabinet, pourrait servir de préalable à un travail à grande échelle, visant à mieux faire connaître les résultats des soins ambulatoires auprès des médecins généralistes ; ainsi qu'auprès des patients alcoolos dépendants qui n'osent peut-être pas envisager un tel soin, soin qui serait peut-être alors une première étape sur le long chemin vers le changement.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) ROQUES B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat à la santé 1999. Editions Odile Jacob /La documentation française.1999
- (2) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005.
- (3) BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., BRIFFAULT X., GAUTIER A., LAMBOY B., LEON C., WILQUIN J.-L. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005
- (4) BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. Atlas régional des consommations d'alcool 2005, Données INPES/OFDT
- (5) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Conséquences de l'alcool. Décembre 2010
- (6) HUAS D., RUEFF B. Alcool et médecine générale. Editions GMSanté /CNGE .2010
- (7) KOPP P., FENOGLIO P., Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues, OFDT, Mai 2006, 584 p.
- (8) MOUQUET MC, VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. DREES Etudes et Résultats 2002 ; 192 : 1-11
- (9) Séries statistiques sur les dépistages de l'alcoolémie illégale au volant. [http://www.ofdt.fr/BDD\\_len/seristat/00033.xhtml](http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00033.xhtml)
- (10) PEREZ-DIAZ C., Alcool et délinquance. Tendances, n°9, 2000, 4 p.
- (11) RAMSTEDT M., Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. Stockholm, Centre for social Research on Alcohol and Drugs (Stockholm Universitet) 2001.
- (12) Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique, les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et Addictologie 2001.

- (13) RUEFF B .Alcoologie clinique. Médecine Science Flammarion, Paris 1989.
- (14) HUAS D, et al. Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. La Revue du Praticien- Médecine Générale :1993 ;203 :39-44
- (15)[http://www.score-sante.org/score2008/tableau2008/consultation-et-visites-aupres-des-omnipraticiens-pour-1000-personnes\\_Total.html](http://www.score-sante.org/score2008/tableau2008/consultation-et-visites-aupres-des-omnipraticiens-pour-1000-personnes_Total.html)
- (16) HUAS D, et al. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. La Revue du Praticien-Médecine Générale : 1996 ;352:20-3
- (17) INK O, et al. Devenir des malades alcooliques après une hospitalisation en hépato-gastroentérologie. Gastroentérologie Clinique et Biologique, 1991 ;151 :620-8
- (18) PISSOCHET P, et al. Caractéristiques et devenir des patients suivis dans un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de recrutement essentiellement rural. Alcoologie 1992 ;14 :41-8
- (19) BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes. Drees, Etudes et résultats 2006; 481
- (20) ANAES-Conférence de consensus du 17-03-99. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant.
- (21) MICHAUT F-M, Protocole de sevrage ambulatoire du sujet alcoolo dépendant .<http://www.exmed.org/exmed/seva.html>.Page mise à jour le 29/05/06
- (22) RICHARD D, SENON JL, VALLEUR M. Dictionnaire des drogues et dépendances. Editions Larousse In Extenso. 2009.
- (23) KIRITZE-TOPOR P, HUAS D, ROZENZWEIG C, et al. A pragmatic trial of acamprosate in the treatment of alcohol dependence in primary care. Alcohol and Alcoholism 2004;39: 520-7
- (24) NALPAS B, COMBESCURE C, Pierre B, LEDENT T, GILLET C, PLAYOUST D, DANIEL T, BOZONNAT MC, MARTIN S, BALMES JL, DAURES JP. Devenir des patients après sevrage d'alcool. Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 : 337-44.
- (25) FAVRE JD, GILLET C. Devenir de patients alcoolodépendants, résultats à cinq ans et facteurs pronostiques. Alcoologie 1997 ; 19 (3 suppl) : 313-30.
- (26) GELSI E, VANBIERVLIET G, CHERIKH F, MARINE-BARJOAN E, TRUCHI R, ARAB K, DELMONT JM, TRAN A. Facteurs prédictifs d'abstinence alcoolique d'une

population d'alcoolodépendants suivie dans un centre hospitalier de Cure Ambulatoire en Alcoologie. *Gastroenterol Clin Biol* 2007 ; 31 : 595-9.

(27) ROY C, KANDEL O. Audit de pratique sur la tenue du dossier médical en médecine générale. Test de faisabilité dans un cabinet, sur la prise en charge des patients dépendants de l'alcool. Thèse pour le doctorat en médecine générale. Université de Poitiers. 2006

(28) KANDEL O, GAVID B, ROY C, MAUGARD JF. Le dossier médical informatisé peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles ? *Revue du Praticien Médecine Générale*. Tome 20, n°742/743, 26/09/2006, 967-69p.

(29) Source INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (CSP). 2009

(30) NETO D, LAMBAZ R, TAVARES JE. Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 2007; 42 : 604-9.

(31) ORNSTEIN P, CHEREPON JA. Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *J Study Alcohol* 1985; 46 : 425-32.

(32) TERRA MB, BARROS HM, STEIN AT, FIGUEIRA I, ATHAYDE LD, OTT DR, DE AZAMBUJA RDE C, DA SILVEIRA DX. Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients: a 6-month follow-up study. *Subst Use Misuse* 2008; 43 : 403-11.

(33) GREENFIELD SF, SUGARMAN DE, MUINZ LR, PATTERSON MD, HE DY, WEISS RD. The relationship between educational attainment and relapse among alcohol-dependent men and women : a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2003 ; 27(8) : 1278-85.

(34) CALLAGHAN RC, CUNNINGHAM JA. Gender differences in detoxification : predictors of completion and re-admission. *Journal of substance abuse treatment* 2002; 23 : 399-407.

(35) PROCHASKA J O, VELICER W F. The transtheoretical model of health behavior change. *Amer J Health Prom* 1997; 12: 38-48.

(36) KANDEL O. Trois chiffres, 1 schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*. Tome 16, n°587, 1408-1410p.

# ANNEXES

---

## **Annexe 1:**

Extrait de la conférence de consensus

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.

ANAES 17 mars 1999

## **INTRODUCTION**

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par an et par habitant depuis 1970, la France se situe au troisième rang européen, avec la morbidité et la mortalité qui en découlent. L'usage inadapté de l'alcool est la cause directe ou indirecte d'une consultation sur cinq en médecine générale, de 15 à 25 % des hospitalisations, de 30 000 à 35 000 décès par an, dont 23 400 pour « alcoolisme chronique » en 1994. Il se traduit aussi dans de nombreux passages à l'acte, violences, suicides, accidents, etc.

Les modes de boire sont très variables : abstinence pour une faible minorité, consommation coutumière pour une large majorité. Parmi les consommateurs coutumiers, les plus nombreux usent de l'alcool sur un mode culturel et convivial non dangereux, mais une forte minorité pose un problème de santé publique. Deux millions et demi d'entre eux le plus souvent dénommés consommateurs « menacés », « à risque », « abuseurs » peuvent encore contrôler leur consommation, un million et demi ont perdu cette liberté : ce sont les alcoolodépendants. Dans la pratique, la démarcation entre ces deux dernières catégories n'est pas toujours claire, ni facile à déterminer. Quoi qu'il en soit, ce modèle bidimensionnel de l'alcoolisme chronique, adopté par la communauté scientifique internationale, a l'intérêt d'introduire une indication thérapeutique ; le diagnostic de dépendance a en effet pour corollaire la nécessité d'un sevrage thérapeutique et d'une abstinence durable, car la cicatrice psychobiologique de la dépendance a fait l'objet de preuves expérimentales. Si les consommateurs abuseurs non dépendants peuvent être concernés par le sevrage, leur prise en charge n'exclut pas le retour éventuel à une consommation modérée et contrôlée.

Consensus relativement récent en France, l'alcoolisme est désormais considéré comme une maladie dont le traitement relève de l'intervention médicale et médico-sociale. Sa prise en charge s'impose d'abord et avant tout au regard des souffrances individuelles, familiales et sociales qu'il entraîne. Elle s'impose aussi du point de vue économique. Dans une analyse coûts avantages, les dépenses ultérieures évitées se révèlent beaucoup plus importantes que les dépenses liées à la prise en charge.

Parmi les nombreux intervenants, l'absence ou l'insuffisance de formation en alcoologie et de recherche de concertation peuvent entraîner, par défaut de diagnostic ou d'indication thérapeutique, des complications sévères, des décès ou l'utilisation abusive de médicaments prescrits davantage par habitude que par référence à des données scientifiquement établies. Une démarche thérapeutique adaptée suppose un dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à partir des données cliniques, paracliniques, et éventuellement l'usage de questionnaires standardisés.

Le sevrage thérapeutique ne prend tout son sens que lorsqu'il s'intègre dans une stratégie globale de soins du sujet alcoolodépendant. Il en constitue une étape incontournable et essentielle. Il assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Il a aussi pour fonction d'engager le patient dans un processus de soins continus, dans l'espoir d'obtenir le maintien de l'abstinence, à défaut une amélioration clinique à long terme. Moment de rupture, il favorise et renforce la prise de conscience de la dépendance à l'égard de l'alcool, prélude à la reconquête de l'autonomie et à la mise en œuvre d'un nouveau projet existentiel.

En France, le sevrage, à bien distinguer de la mythique cure de désintoxication, est souvent pratiqué au cours d'une hospitalisation de durée variable. Pour des raisons aussi bien

théoriques qu'économiques, on assiste au développement récent d'alternatives ambulatoires, légères, pluridisciplinaires et de courte durée, d'efficacité identique. Elles ne sauraient s'appliquer aux cas les plus graves avec leur potentialité de complications sévères du sevrage, crises convulsives, delirium tremens ni aux pathologies complexes, avec la présence de comorbidités, tabagisme et toxicomanies illicites en particulier. En l'état actuel, les méthodes thérapeutiques utilisées lors du sevrage sont très variées, parfois iatrogènes. Les traitements médicamenteux, non médicamenteux, les indications d'hospitalisation, la durée optimum des traitements adaptée aux différentes formes cliniques d'alcoolodépendance sont très variables selon les lieux, les modes d'exercice, le type de formation des soignants.

Les études contrôlées concernent essentiellement les prescriptions médicamenteuses, laissant le plus souvent dans l'ombre le contexte psychothérapique et sociothérapique dont la pratique a depuis longtemps confirmé l'indispensable bien-fondé dans l'accompagnement au long cours du malade alcoolodépendant.

En somme, les disparités des méthodes diagnostiques et thérapeutiques constatées dans le sevrage physique de l'alcoolodépendant nécessitent la mise en place d'une harmonisation et d'une rationalisation des stratégies. Ce constat a justifié la tenue d'une conférence de consensus le 17 mars 1999 à Paris. Durant cette conférence, le jury a répondu aux six questions suivantes

- Quelles sont les approches conceptuelles du sevrage ?
- Quelles sont les indications et contre-indications du sevrage ?
- Quelles sont les modalités de sevrage ?
- Quelles modalités pratiques proposer lorsque l'alcoolodépendance est associée à la dépendance à une ou plusieurs substances psycho-actives ?
- Quelles modalités pratiques proposer en cas d'association à d'autres pathologies ?
- Quel traitement proposer devant un accident de sevrage ?

## **QUESTION I QUELLES SONT LES APPROCHES CONCEPTUELLES DU SEVRAGE ?**

La notion de sevrage et ses rapports avec l'alcoolodépendance

*Sevrage* : arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel, à l'initiative du sujet ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique (sevrage thérapeutique), chez l'alcoolodépendant.

*Syndrome de sevrage* : manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

*Alcoolodépendance* : les classifications internationales récentes ne considèrent plus les symptômes physiques de sevrage comme indispensables au diagnostic d'alcoolodépendance qui recouvre aussi d'autres manifestations

- psychiques : désir compulsif de boire de l'alcool qui rend le sujet incapable de maîtriser sa consommation ;
- comportementales
  - - recherche de la consommation d'alcool qui prend le pas sur la plupart des activités du sujet,



- phénomène d'évitement : le sujet consomme de l'alcool, souvent dès le matin, dans l'intention de prévenir ou de supprimer les symptômes de sevrage,
- fixation progressive des modalités de consommation de l'alcool, dictée par la nécessité de maintenir une alcoolémie suffisante,
- augmentation de la tolérance amenant le sujet dépendant à consommer des quantités croissantes d'alcool.

*Sevrage et alcoolodépendance* : les sujets alcoolodépendants doivent bénéficier d'une proposition de sevrage thérapeutique.

#### Description du syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations.

Dans la grande majorité des cas

- troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer

- de signes confusionnels ;
- d'hallucinations ;
- de delirium ;
- de convulsions ;
- d'hyperthermie.

Le syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en deux à cinq jours. L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines (BZD).

#### Objectif d'un sevrage thérapeutique

L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool.

Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile voire impossible par de nombreux experts.

Pour obtenir un sevrage thérapeutique de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies

- réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- assurer en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
- aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.

#### Critères d'évaluation du syndrome de sevrage et de l'alcoolodépendance

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

De nombreuses échelles sont proposées pour évaluer syndrome de sevrage et alcoolodépendance. On ne saurait sous-estimer l'intérêt épidémiologique, pédagogique et de recherche de tels instruments. Très peu sont validés en français.

#### Recommandations

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage complet et prolongé en l'intégrant dans un projet dont les objectifs doivent être précisés avec le patient.

Toute proposition de sevrage doit tenir le plus grand compte de la personne en difficulté, qui doit être consultée et informée. Son consentement éclairé doit être recueilli pour la réalisation du projet thérapeutique.

## **QUESTION II QUELLES SONT LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU SEVRAGE ?**

Pour toute personne alcoolodépendante, le sevrage thérapeutique est recommandé.

### Indications

Les sevrages programmés

Le sevrage est une étape nécessaire, entre un avant et un après, dans un projet thérapeutique, soutenu et accompagné par une équipe pluridisciplinaire.

- Qui demande ?

la famille,

les amis,

les divers intervenants médico-sociaux,

le malade lui-même.

Le choix du sevrage pour l'alcoolodépendant est fonction de son désir, de son besoin de changement, et de sa souffrance, physique et/ou psychologique.

- Pour quel projet de vie ?

La demande de sevrage suppose un minimum d'élaboration.

Tout projet thérapeutique doit tenir compte de la motivation, de l'implication et des capacités du patient.

- Quand ?

L'entrée dans la vie sans alcool est décidée par le patient et le médecin, à un moment où le contexte et la maturation du projet personnel du patient la rendent possible avec les meilleures chances de réussite.

Les sevrages non programmés

- Les sevrages « contraints » :

- l'obligation de soins peut être le point de départ d'une prise de conscience et d'une demande de soins,
- en milieu carcéral. Le sevrage brutal, non préparé, de ces personnes souvent polydépendantes majore le risque d'accidents.

### Recommandations

Le jury propose :

- une évaluation des résultats et de l'intérêt d'obligation de soins ;
- la formation de l'équipe soignante à l'échelle DETA et la création d'espace de soins alcoologiques en milieu carcéral ;
- la recherche systématique d'une dépendance à l'alcool dès l'entrée en prison.

- Les sevrages dans « l'urgence »

Il y a nécessité d'un dépistage systématique du syndrome de sevrage pour toutes les hospitalisations en urgence.

### Recommandation

Etablir un premier contact avec un référent santé en alcoologie avant la sortie du patient.

Les sevrages multiples

Les réalcoolisations ne sont pas exceptionnelles dans le parcours d'un malade alcoolodépendant.

Il est utile de ne pas répondre systématiquement et immédiatement à chaque demande mais de travailler avec le patient pour une maturation de sa motivation.

Ces sevrages multiples doivent s'inscrire dans un processus d'accompagnement à long terme.

Les spécificités du sevrage

- Les femmes alcoolodépendantes ont souvent une consommation associée à des psychotropes. En cas de comorbidité dépressive, la mise en place d'une prise en charge spécialisée dès le début du sevrage est recommandée.
- Les femmes enceintes : le risque de malformation pour le nouveau-né justifie l'indication impérative d'un sevrage thérapeutique.
- L'enfant et l'adolescent : les modalités du sevrage thérapeutique ne sont pas spécifiquement codifiées. La recherche de troubles psychopathologiques et polyaddictions doit être systématique.

Recommandations

Le jury propose :

- la recherche de pratiques adaptées au sevrage thérapeutique des adolescents ;
- la mise en place d'un accompagnement thérapeutique associé à une aide socio-éducative.
- Les personnes âgées de plus de 65 ans : une prise en charge thérapeutique spécifique au sein de groupes d'âge homogènes est recommandée.
- Les personnes en situation de précarité : il existe un consensus fort pour considérer que, pour ces personnes, l'isolement et la désinsertion sociale indiquent une hospitalisation.
- Les malades atteints d'une pathologie grave, telle que cancer, hépatite C, VIH, nécessitent un sevrage permettant une prise en charge thérapeutique spécifique.

Contre-Indications

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Mais il existe des non-indications au sevrage immédiat

- non demande ;
- absence de projet thérapeutique et social ;
- situations de crises (affective, sociale, professionnelle).

Elles n'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective d'un sevrage ultérieur.

### **QUESTION III QUELLES SONT LES MODALITÉS DE SEVRAGE ?**

Le sevrage nécessite une prise en charge médicalisée, avec l'appui concerté de différents intervenants. Pour assurer la qualité des soins et la sécurité du sevrage, une formation de chacun de ces intervenants est nécessaire.

Le sevrage alcoolique peut se réaliser en ambulatoire ou dans une structure d'hospitalisation (« sevrage institutionnel »).

Avantages du sevrage ambulatoire : poursuite de l'activité professionnelle, maintien des relations familiales et sociales ; meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade ; compatibilité avec un syndrome de sevrage modéré ; participation du patient et de son entourage.

Avantages du sevrage institutionnel : surveillance continue (personnes isolées) ; malade soustrait à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ; indication formelle en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

#### Les lieux de soins

Le sevrage ambulatoire comporte des contre-indications (10 à 30 % des malades) : alcooliques (dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée) ; somatiques ; psychiatriques ; socio-environnementales.

Lorsque le sevrage est institutionnel, les études ne montrent pas de bénéfice à poursuivre le séjour au-delà de dix jours, sauf complications somatiques ou psychiatriques. Un traitement préventif par BZD réduit la fréquence des accidents de sevrage de 10 % à moins de 2 %. L'intérêt d'un traitement médicamenteux du sevrage chez les malades sans signes physiques de dépendance n'a pas été démontré. La précocité du traitement est un élément essentiel de l'efficacité préventive. En ambulatoire, sans possibilité d'évaluation *a priori* du risque et en l'absence d'une surveillance rapprochée, la prévention médicamenteuse doit être systématique. En institution, deux attitudes sont possibles : prescription systématique ou délivrance en fonction du tableau clinique initial et de son évolution.

#### Recommandations

Le sevrage thérapeutique nécessite une prise en charge médicalisée et pluridisciplinaire dans un travail en réseau.

Le jury recommande d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant les contre-indications.

La prévention médicamenteuse des accidents de sevrage doit être systématique lors d'un sevrage ambulatoire.

Les indications et les résultats des hospitalisations prolongées en milieu alcoolique sont à évaluer par des études complémentaires.

#### La prise en charge psychosociale au cours du sevrage a trois fonctions essentielles

L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante jouent un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments. Les techniques de relaxation et de réappropriation corporelle mériteraient d'être évaluées.

L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique. Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être individuelle, de groupe, familiale ou de couple, comportementale-cognitive. Dans une étude randomisée, il est montré que l'intervention des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.

L'accompagnement social complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

#### Traitements médicamenteux

##### Les psychotropes

Les benzodiazépines (BZD) sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique ; elles réduisent l'incidence et la sévérité du

syndrome de sevrage, des crises comitiales et du DT. Les BZD à demi-vie longue comme le diazépam préviennent mieux les crises comitiales, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. L'oxazépam a alors un intérêt particulier du fait d'un métabolisme non modifié. Les BZD à demi-vie brève présentent un potentiel d'abus plus élevé.

Conduite pratique d'un sevrage avec une BZD

La voie orale doit être préférentiellement utilisée.

Trois schémas de prescription sont possibles

- prescription de doses réparties sur 24 heures
  - - diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les six heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours,
    - ou : diazépam 6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé chaque jour jusqu'à arrêt. Cette stratégie est recommandée en ambulatoire.
  - prescription personnalisée, éventuellement guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes.
  - utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue.

D'autres BZD que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam, et 15 mg de chlorazépate.

Autres psychotropes

Le méprobamate, le tétrabamate, les barbituriques et les neuroleptiques ont un rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD.

Les traitements associés

L'hydratation : les apports hydriques doivent être suffisants mais sans hyperhydratation. Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.

La prescription de magnésium n'est à envisager qu'en cas d'hypokaliémie.

La thiamine : le sevrage peut favoriser l'apparition de troubles graves neurologiques ou cardiaques par carence en thiamine, en particulier en cas d'apport glucosé associé. Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (500 mg par jour) à tout patient débutant un sevrage. L'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine.

Aucune des méthodes thérapeutiques non conventionnelles, aussi appelées alternatives, n'a démontré un intérêt.

Recommandations

La prescription médicamenteuse ne doit pas occulter l'importance fondamentale de la prise en charge psychologique et sociale.

Les mouvements d'entraide doivent être impliqués dès le temps du sevrage.

Les BZD sont les médicaments de première intention du traitement préventif du syndrome de sevrage.

La durée du traitement par BZD, prescrites à doses dégressives, ne doit pas excéder sept jours sauf complication.

La prescription personnalisée est à développer. Elle peut être aidée par l'usage des échelles d'évaluation de la sévérité des symptômes ; ces échelles restent à valider en français.

L'hydratation doit être orale chez le malade conscient.

La thiamine doit être prescrite systématiquement de façon préventive (par voie parentérale en cas de signes cliniques de carence).

#### **QUESTION IV QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSER LORSQUE L'ALCOOLODÉPENDANCE EST ASSOCIÉE À LA DÉPENDANCE À UNE OU PLUSIEURS AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES ?**

Engager une démarche de sevrage des polydépendances est un travail intensif et long. La sévérité des symptômes, la complexité des situations, la fréquence de troubles psychiatriques sous-jacents imposent souvent une hospitalisation dans une unité spécialisée. Les stratégies thérapeutiques sont plus difficiles à élaborer ; il est généralement inévitable de privilégier le traitement d'une dépendance par rapport à l'autre.

Il n'existe pas de données concernant l'association alcool-cannabis.

##### Alcool et tabac

80 à 95 % des malades de l'alcool sont également des fumeurs. La surmortalité engendrée par cette double dépendance est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac ou à l'alcool.

L'aide à l'arrêt du tabac est trop peu fréquemment proposée par les soignants. Les raisons invoquées en sont diverses : ne pas compromettre le sevrage alcoolique, dépendance nicotinique socialement bien acceptée et perçue à tort comme non dangereuse. Cette attitude s'observe davantage chez les soignants fumeurs.

Aujourd'hui, alcoologues et malades semblent accorder un intérêt croissant au sevrage alcoolique couplé au sevrage tabagique. Deux modalités pratiques sont possibles

- un sevrage alcoolique associé à une substitution nicotinique qui permet en réalité de différer le sevrage tabagique ;
- une thérapeutique commune au sevrage alcoolique et tabagique par la clonidine. Ses effets secondaires justifient son utilisation en milieu hospitalier.

Aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation après arrêt du tabac.

##### Recommandations

Le jury souligne la nécessité de :

- prendre en compte le tabagisme précoce et de renforcer les actions d'information en particulier auprès des adolescents sur les dangers des consommations de substances psycho-actives ;
- proposer un sevrage simultané dès que le stade de motivation des patients le permet, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information et les modalités du sevrage tabagique.

Le jury souligne l'importance de la motivation, et recommande de susciter ou renforcer chez le patient la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage.

##### Alcool et benzodiazépines

La consommation concomitante d'alcool et de BZD est susceptible d'engendrer de graves troubles du comportement.

L'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux BZD.

L'usage des BZD pour traiter le syndrome de sevrage chez des patients déjà dépendants pose diverses questions : choix de la posologie, maintien de la molécule consommée ou prescription d'une autre BZD.

##### Recommandations

Le jury recommande de ne pas prescrire de BZD chez un alcoolodépendant non sevré. Il faut exclure tout sevrage brutal et savoir admettre un sevrage en deux temps : alcool puis BZD, plus long et complexe.

Le jury propose de choisir en première intention : le maintien de la même molécule et de la même posologie pendant la phase initiale de sevrage de l'alcool (sept jours). Après cette étape, la posologie de BZD doit être réduite de 25 % par paliers de trois jours.

D'autres stratégies peuvent être rendues nécessaires par la situation clinique : augmentation de la posologie, changement de molécule en faveur d'une BZD à demi-vie longue.

L'utilisation des médicaments neuroleptiques sédatifs est *a priori* déconseillée en raison du risque majeur de convulsions.

#### Alcool et opiacés

Chez le sujet en traitement de substitution, le sevrage alcoolique est possible mais le risque d'induire une dépression respiratoire par l'association méthadone ou buprénorphine et BZD impose une extrême vigilance.

#### Recommandations

Le sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne impose une hospitalisation.

Compte tenu du nombre croissant de polydépendances associant alcool, produits opiacés (héroïne ou produits de substitution) et BZD le jury note la nécessité d'études : incidence de l'alcoolodépendance ? interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques ? pronostic psychopathologique ?

#### Alcool et cocaïne

Cette addiction simultanée est considérée comme fréquente. Il n'existe pas de traitement codifié pour le sevrage. L'utilisation de BZD n'a pas apporté la démonstration de sa pertinence.

#### Recommandations

Nécessité de mener des études sur les complications psychopathologiques de cette association.

Un accompagnement psychothérapique et un soutien socio-éducatif longuement poursuivis sont indispensables pour le traitement des patients polydépendants.

### **QUESTION V QUELLES MODALITÉS PRATIQUES PROPOSER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES PATHOLOGIES ?**

#### Pathologies psychiatriques

##### Anxiété

Trois causes sont possibles : liée au sevrage, induite par la dépendance, ou plus rarement pathologie psychiatrique (phobie, trouble panique, anxiété généralisée).

#### Recommandations

Le traitement de l'anxiété de sevrage impose la surveillance régulière du patient et la prescription éventuelle d'un anxiolytique adaptée à la sévérité des troubles. Le niveau de preuve d'efficacité est plus élevé pour les BZD que pour les carbamates. En ambulatoire, les prescriptions seront établies pour une semaine au maximum.

Le traitement d'un trouble anxieux primaire peut être entrepris au moment du sevrage ou immédiatement après, selon les modalités admises pour chacune de ses formes cliniques.

#### Dépression

Des symptômes dépressifs existent fréquemment lors du sevrage ; la plupart régressent en deux à quatre semaines. Cependant, dans 10 à 15 % des cas, le tableau est plus sévère, pouvant inclure des caractéristiques mélancoliques.

Le risque suicidaire est toujours présent. Le jury souligne que les déterminants du risque suicidaire chez l'alcoolodépendant ne relèvent pas exclusivement de la dépression.

#### Recommandations

Un délai d'au moins deux à quatre semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement anti-dépresseur.

Ce délai doit être remis en cause en cas d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif, accentuant le risque suicidaire.

Les anti-dépresseurs seront prescrits, lorsqu'ils sont indiqués, aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression. Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble qui sous-tend la dépression.

#### Alcoolodépendance et troubles psychotiques

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance ou à des conduites d'abus d'alcool.

#### Recommandations

L'association d'une psychose et d'une alcoolodépendance impose une prise en charge intégrée des deux troubles.

#### Troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité préexistants peuvent compliquer la prise en charge notamment au niveau social.

#### Recommandations

Des études sont nécessaires pour mieux préciser leur nature et améliorer leur prise en charge.

#### Pathologies somatiques

##### Pathologies hépatiques d'origine alcoolique ou d'origine virale

Le sevrage a un effet favorable sur ces pathologies, qu'elles soient d'origine alcoolique, ou d'origine virale B ou C.

##### Pancréatite chronique alcoolique

Elle justifie un sevrage.

##### Désordres nutritionnels et neuropathies

- Malnutrition, encéphalopathies carencielles

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke doit être prévenue par l'apport systématique de vitamine B1 (cf. Q3).

Il s'agit d'une urgence métabolique dont le traitement est l'apport intraveineux de 1g par jour de thiamine.

- Hyponatrémie sévère

L'hyponatrémie profonde ou accompagnée de signes neurologiques impose l'hospitalisation.

Son traitement doit être progressif, basé sur la restriction hydrique et un apport normosodé.

- Polynévrite et myopathie alcoolique

Elles peuvent être améliorées par l'abstinence et une nutrition adaptée.

##### Complications cardiovasculaires



Le sevrage peut améliorer la cardiomyopathie alcoolique et diminuer le risque de troubles du rythme.

L'hypertension artérielle, fréquente chez les malades de l'alcool, doit être surveillée.

Interactions médicamenteuses

Le sevrage favorise l'accumulation des médicaments et incite à en adapter les doses.

Pathologie chirurgicale intercurrente et sevrage accidentel

La non connaissance de l'alcoolodépendance peut entraîner une sévérité accrue du syndrome de sevrage et des infections post-opératoires éventuelles.

Recommandations

Le sevrage fait partie intégrante du traitement des complications somatiques de l'alcool.

En cas d'insuffisance hépatocellulaire ou de cirrhose l'éventuelle prescription de BZD doit être très prudente et faite en milieu spécialisé.

A l'occasion du sevrage, des adaptations posologiques des médicaments sont à envisager.

En milieu chirurgical, le jury recommande la recherche pré-opératoire d'une alcoolodépendance, ainsi que des signes précurseurs des accidents neurologiques du sevrage en post-opératoire (voir question VI).

## **QUESTION VI QUEL TRAITEMENT PROPOSER DEVANT UN ACCIDENT DE SEVRAGE ?**

Les accidents de sevrage sont représentés par les crises comitiales et le delirium tremens (DT). Le terme de pré-DT, source de confusion, doit être abandonné, au profit d'un repérage des degrés de gravité du syndrome de sevrage.

Ces accidents surviennent lors d'un sevrage imposé ou résultent d'une erreur dans la conduite d'un sevrage programmé.

Ils justifient dans tous les cas, suivant le degré de gravité, une hospitalisation en unité de soins intensifs ou en unité médicale conventionnelle.

Un projet d'accompagnement médical de sevrage est proposé à l'issue de cette hospitalisation.

Delirium tremens

Le traitement psychotrope repose sur l'utilisation par voie intra-veineuse de BZD. Le diazépam et le flunitrazépam ont été validés dans cette indication. La préférence est donnée au diazépam à dose de charge (10 mg/heure). Le midazolam intra-veineux est aussi largement utilisé en pratique, bien que non validé.

Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote (flumazénil).

Les autres psychotropes, tiapride, phénothiazine, méprobamate, clométhiazole, barbituriques, ne peuvent être recommandés dans cette indication. L'halopéridol est utilisé en association aux BZD en cas de syndrome hallucinatoire persistant.

La rééquilibration hydroélectrolytique est indispensable, sous couvert d'un bilan paraclinique initial et renouvelé. Les apports hydriques (par voie parentérale) visent à corriger la déshydratation sans excès et relancer la diurèse. L'adjonction de 500 mg/j de thiamine est indiquée en cas d'apport glucosé

- l'hyperthermie doit être corrigée ;
- le traitement de l'hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium.

La clonidine peut avoir un intérêt dans le traitement d'une poussée hypertensive majeure.

Le traitement étiologique doit être dans tous les cas appliqué conjointement.

#### Crise(s) convulsive(s)

Les autres étiologies, fréquentes dans la maladie alcoolique, doivent être recherchées d'emblée

- hypoglycémie, hyponatrémie ;
- traumatisme crânien ;
- infection cérébro-méningée ;
- accident vasculaire cérébral ;
- intoxication médicamenteuse ;
- épilepsie alcoolique.

#### Les convulsions de sevrage

- elles touchent des sujets à risque (utilisation de psychotropes, antécédent convulsif, antécédent de traumatisme crânien) ;
- 90 % d'entre elles surviennent dans les 48 premières heures ;
- elles sont de type grand mal dans 95 % des cas ;
- elles récidivent de façon rapprochée à court terme dans les 12 heures ;
- elles ne comportent pas d'anomalies électroencéphalographiques.

#### Le traitement

Les convulsions indépendantes du sevrage font l'objet d'un traitement spécifique.

Une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial. Lorsque les crises se reproduisent, un traitement par voie intra-veineuse par diazépam ou clonazépam est justifié dans la mesure où l'on dispose de moyens de réanimation respiratoire. Dans le cas contraire une surveillance attentive est de mise jusqu'à l'arrivée des moyens médicalisés de transport.

La reprise de conscience autorise l'administration d'une BZD per os, la voie intra-musculaire étant déconseillée.

### **CONCLUSION**

La plupart des études rapportées dans la littérature ne permettent pas d'étayer formellement les attitudes thérapeutiques. Ainsi, s'il existe un consensus fort sur la nécessité d'intégrer le sevrage du patient alcoolodépendant dans un projet de soins au long cours incluant l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool, celui-ci se fonde essentiellement sur l'expérience des professionnels. Si l'efficacité relative des différentes chimiothérapies, du traitement des complications majeures du sevrage et des comorbidités sont assez bien documentées, les conditions du processus d'élaboration de la relation thérapeutique et d'un projet de soins multidisciplinaire ne sont pas scientifiquement étudiées. L'impact d'un sevrage programmé sur l'avenir du sujet alcoolodépendant est mal connu. C'est dire la nécessité d'entreprendre une série d'études randomisées dont la méthodologie prendrait en compte l'ensemble des facteurs, bio-psycho-sociaux.

Le jury souligne la nécessité

- de développer la formation des personnels impliqués en alcoologie ; la sensibilisation de l'ensemble des personnels de santé au dépistage précoce de l'alcoolodépendance, à la prévention des complications des sevrages non programmés, à l'orientation des sujets alcoolodépendants fortuitement dépistés vers des structures adaptées ;

- d'élaborer un programme de recherches randomisées, tant au plan national qu'au niveau des équipes exerçant au sein de réseaux.

**Annexe 2:**

Fiche d'entretien

Bonjour Madame, Monsieur,

Excusez-moi de vous déranger chez vous, sur votre portable...

Je travaille au cabinet du Dr ...à Poitiers où je réalise une évaluation sur le sevrage de l'alcool en cabinet.

Si je ne me trompe pas, vous avez bénéficié de ce type de soins et nous aurions souhaité connaître vos impressions. Je réalise cette étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Si vous êtes d'accord, je ne vais vous poser que trois questions et je vous laisserai ensuite la parole.

1/Que vous rebusiez ou non de l'alcool actuellement, qu'avez-vous pensé de cette cure ambulatoire ?

Quels avantages y avez-vous trouvé ? Quels inconvénients ?

2/Si cela était à refaire, le referiez-vous ? OU le conseillerez-vous ?

3/Même si cette cure n'a pas forcément été réussie, comment vous sentez vous actuellement ?

4/Auriez- vous d'autres choses à rajouter ?

Je vous remercie beaucoup pour votre aide et je vous souhaite une bonne fin de journée...

**Annexe 3:**

Fiche de réponse patients

Nous présentons ici des extraits des entretiens avec les patients. Nous avons volontairement pris le parti de reprendre leurs mots. Nous les présentons dans l'ordre des questions posées.

### **Fiche patient n°1**

Entretien de moins de 10 minutes

1/ Que vous rebusiez ou non de l'alcool actuellement, qu'avez-vous pensé de cette cure ambulatoire ?

« j'ai fait différents types de soins. Ce type m'a aidé mais je n'ai pu poursuivre l'abstinence ; mais résultats identiques avec soins en structures ; l'important, c'est le suivi »

2/ Si cela était à refaire, le referiez-vous ? OU le conseilleriez-vous ?

« oui sans hésiter »

3/ Même si cette cure n'a pas forcément été réussie, comment vous sentez vous actuellement ?

« depuis des années, je ne me sens pas bien ; j'ai conscience de mes problèmes mais je n'arrive pas à changer ; la dépendance ne peut rendre que malheureux »

4/ Auriez- vous d'autres choses à rajouter ?

« ça fait des années que je continue à venir, même si je bois, je n'ai plus de grande aide avec des hospitalisations en urgence ; ici au moins, j'ai un vrai contact de 20 minutes »

### **Fiche patient n°2**

5mn45

1/ « cela aide à préparer l'arrêt », « l'encadrement est très important, surtout le suivi quotidien, il faut parler de l'alcool pour éjecter le déni »

2/oui puisqu'elle est en train de le refaire

3/mieux

### **Fiche patient n°3**

4mn45

- 1/- « cela ne m'a pas suffi » mais « cela a été comme un guide »,  
- « important de se faire engueuler »
- 2/ « dans un premier temps, oui »
- 3/ « pas trop mal, pas encore le top, je rebois encore de temps en temps »

### **Fiche patient n°4**

Entretien de moins de 10 mn

- 1/ -« pas envie de revivre Payroux »,  
- importance de pouvoir en discuter
- 2/ « oui » mais « il faut une hospitalisation »
- 3/ « Je me sens bien, ce n'est pas comparable, avant c'était l'enfer », « au début, c'est dur à admettre », « c'est la volonté et l'aide de quelqu'un »

### **Fiche patient n°5**

Entretien de moins de 10 mn

- 1/ « -intérêt d'un gros suivi très régulier au départ. La confiance fait que l'on n'a pas honte de revenir même s'il y a un échec  
-j'ai apprécié la béquille, la roue de secours de l'espéral  
-la démarche était claire et les difficultés bien anticipées  
-j'ai beaucoup aimé l'accueil du CIPAT même si les réunions de groupe ne m'ont rien apporté. »
- 2/ « Je l'ai refait une fois avec la même méthode, la même démarche .Je l'ai aussi conseillé à un collègue »
- 3/ « Je ne bois plus depuis 15 mois, je viens d'arrêter le tabac avec la même méthode. J'ai muri, je suis plus face à la vie, plus autonome. On échange avec ma femme. »



### **Fiche patient n °6**

Entretien de moins de 10 mn

1/ « dur au début, pas facile mais plus acceptable car on a honte

-pas de soucis avec le traitement et bien car je n'aime pas m'exposer

-plus de difficultés avec les réunions »

2/ « je referais pareil. Je préfère la discrétion.

Quand vous dites que vous arrêtez de fumer, c'est bien mais quand on dit qu'on arrête l'alcool, c'est beaucoup moins bien. »

3/ « très bien, pas d'alcool, bien meilleur moral, mais si anxieux. Mais aux vues de la pression au travail, en d'autres temps, j'aurai bu. »

### **Fiche patient n°7**

7mn24

1/-les plus: « -pas contraignant au niveau de la disponibilité

-maintien professionnel

-les moins:-pas de garde-fou

-c'est notre décision et notre détermination qui font tout

A l'hôpital, pendant qu'on y est, pas d'alcool mais manque relationnel car psy seulement 5minutes par jour

Il y a des périodes où je vivais bien et j'étais abstinent et pour X raisons, il y a des accidents qui arrivent et l'alcool est revenu insidieusement »

2/ « -je le fais toujours

-je conseillerais plus l'hôpital car on est plus face au problème et face à soi »

3/ « pas trop bien, j'espère pouvoir arriver à m'en dégager par mes moyens, je n'ai pas envie de l'hôpital

C'est une détermination dans sa vie. »

### **Fiche patient n°8**

7mn35

1/ « -c'est bien quand on décide de se faire soigner

-avec le médecin: il est ouvert, il y a une complicité et si rechute, on en reparle

-le sevrage a été complet

-les soins psychologiques sont difficiles à côté mais très important. Le médecin généraliste c'est bien mais il faut accompagner par le psychologue ou le psychiatre »

2/ « Oui, je le conseille si la personne se sent de le faire

-parfois, il y a une perte de confiance en soi »

3/ « Bien, je vis, je suis active, bénévole mais il y a des hauts et des bas et des moments où je fume du cannabis. Mais plus d'alcool du tout. »

### **Fiche patient n°9**

4mn54

1/ -« pas d'avis tranché » ;

- pas suffisant pour lui ;

- besoin de travailler avec psychiatre en même temps ; cela marche par période pour lui mais dépression sous-jacente

2/ « chacun est différent »

3/ boit encore

### **Fiche patient n°10**

4mn23

1/bonne appréciation globale :

Les plus : importance du suivi régulier surtout le premier mois ; importance du co-suivi avec l'association des 3 cités

Les moins : « il faut être fort dans sa tête »

2/ « oui mais il faut être fort dans sa tête » ; pour lui, l'hôpital n'était pas adapté car il ne sentait pas assez malade pour avoir besoin de ce type de soins.

3/ BIEN

Arrêt total pendant un bon moment puis reprise modérée avec consommation maîtrisée et pas d'abus ; amélioration progressive dans tous les domaines : travail, sentimental et arrêt alcool

### **Fiche patient n°11**

8mn21

1/-Très bien mais pas « l'impression d'avoir fait une cure » mais plutôt des soins - importance du soutien hebdomadaire du CIPAT avec surtout groupes de paroles : « je vais voir les copains du groupe de paroles »

2/oui

3/Très bien, « maintenant je suis un homme heureux », pas d'alcool chez lui mais pas tenté de toute façon

« je garde mon auto destruction à l'esprit et je ne veux pas la revivre »

### **Fiche patient n°12**

Entretien de moins de 10 mn

1/-importance des soins SANS hospitalisation ;

-encadrement suffisant car si on veut reboire, on reboit

2/ « OUI puisque j'en ai fait plusieurs (en souriant) »

3/ « Même quand je consomme, cela m'a aidé à garder les pieds sur terre ; je me regarde plus et j'ai l'impression d'avancer »

4/importance des intervenants surtout CIPAT, « je pense être bien entouré »

### **Fiche patient n°13**

Entretien de moins de 10 mn

1/ « bénéfique »

2/oui

3/mieux, quelques ré alcoolisations le week-end chez ses parents, type apéritif

### **Fiche patient n°14**

5mn51

1/ « -j'ai été très content des écoutes, des aides et du CIPAT

-j'ai fait une cure à Vontes en mai 2008 pour dépression

-inconvenients : très difficile tout seul et ce qui me convient le plus est l'hôpital où je ne pense plus à l'alcool »

2/ « -chaque cas est différent

-je le referai si je m'en sens prêt mais pour moi l'hôpital soigne aussi ma dépression »

3/ « je me sens très fragile et je bois un peu le soir comme d'habitude ; je vais à Pinel trois jours par semaine en ce moment »

### **Fiche patient n°15**

7mn37

1/ « Il n'y a que des avantages : j'y allais quand je voulais, au début souvent puis espacé ; le médecin est un homme formidable ; j'ai eu deux hospitalisations, c'était la prison »

2/ « OUI je le conseille car c'est une saloperie »

3/ « J'y suis allé de moi-même pendant 6 ans

Je me sens merveilleusement bien, libéré »

4/ « Ce qui est terrible, c'est que la rechute est barbare

Je travaillais à l'entretien des PMU et je prenais « Vittel menthe » et à la dernière rechute, j'ai pris une demi bière, pourquoi ??? »

### **Fiche patient n°16**

9mn50

1/ « ce n'est pas facile au début, on est lâché puis avec le CIPAT et Vie Libre, c'est mieux car on est bien encadré »

-inconvenients : difficultés des moments de blues

2/ « chacun doit trouver sa solution pour arriver à son équilibre, cela dépend des gens »

3/ « ce n'est plus du tout comme avant, c'est mieux mais il y a des hauts et des bas avec le blues en hiver

-un autre médecin m'a donné du baclofène

-Maintenant, je prends des antidépresseurs mais pas de valium »

4/ « il faudrait plus de médecins comme ceux que j'ai rencontré et qui aident à creuser

-au Shale : il n'y a pas de médicament mais une réflexion psychologique qui a marché au début puis j'ai pris une claque avec le chômage et cela a entraîné ma rechute. »

### **Fiche patient n°17**

8mn48

1/ -les plus :-« le médecin a tout de suite compris le problème et cela a bien marché

-quand on a une activité professionnelle, cela permet de la poursuivre

-cela permet de garder une distance, une liberté. A l'inverse, on a honte d'aller dans une structure fermée (j'ai eu deux hospitalisations) »

-les moins : « au niveau du suivi, il y a un manque de suivi psychologique pour avoir un impact sur le long terme »

2/ « Oui, cela m'a convenu

3/ « Mon médecin traitant de Lille continue le suivi, avec en plus une psychothérapie et du sport pour me sentir bien. »

### **Fiche patient n°18**

6mn56

1/ « j'avais tenté seul et cela s'est mal passé

-les plus :-soutien de ma compagne

-j'ai eu un bon feeling avec le médecin, on a passé un contrat moral et j'ai joué le jeu

-il n'y a pas de côté trop psychologique

-on a arrêté le suivi après un an, j'ai eu une petite rechute et mon MT m'a mis sous antidépresseur

-les moins :- pour moi, la distance car j'habite à 50 km

-sinon, pas de points négatifs »

2/ « -cela est difficile à dire, cela dépend de la personne

-cela marche si les gens sont motivés »

3/ « -au début, c'est dur en croisant les gens qui boivent

-maintenant, quand j'ai un coup de blues, j'arrive à ne pas reboire

-je n'ai plus envie d'alcool maintenant »

### **Fiche patient n°19**

10 mn 18

1/ (semble être alcoolisé pendant l'entretien)

« -ce n'était pas difficile car j'ai toujours dit la vérité

-j'ai eu l'aide du CIPAT et des travailleurs sociaux que je vois encore de temps en temps ; « on se tient au courant »

-je travaille beaucoup et je marche tous les jours 25 Km »

2/ « -cela dépend des autres et de la personnalité de chacun

-on n'est pas tous au même niveau »

3/ « -je bois le week-end mais pas la semaine, je ne vais pas au boulot bourré ; le médecin et les gens du CIPAT le savent

-avec l'ouverture de la pêche qui approche, je me tiens à carreau.... »

### **Fiche patient n°20**

4mn53

1/ les plus : « -j'ai arrêté l'alcool et j'ai vu le médecin cinq jours après

-intérêt du suivi par le CIPAT

- importance de la fréquence des visites avec le médecin

-cela s'est relativement bien passé »

Les moins : « -c'est très dur à vivre au début

-c'est dur d'être confronté à l'alcool

C'est plus dur au début, mais c'est plus stable après. »

2/ « Oui, je recommencerais »

3/ « -plus du tout d'alcool

-je me sens mieux

-mon problème, maintenant est le tabac »

### **Fiche patient n°21**

4mn18

1/ « -je n'étais pas alcoolique

-je me sens bien et je bois moins maintenant : 20 cc de vin le midi et 20 cc le soir et une bière l'après midi

-cela dépend de la compagnie qu'on a, car avant, on buvait du cognac »

2/ « Oui, je le referais, c'était bien »

3/ « je me sens bien maintenant »

### **Fiche patient n°22**

6mn30

1/ « -les circonstances étaient difficiles car j'avais acheté un bar et car j'avais une facilité à aller vers l'excès et donc vers l'ivresse.

-je ne me suis jamais considéré comme alcoolique et je n'en étais pas au point d'être hospitalisé : mon drame a été de me mentir à moi-même.

-je l'ai fait pour ma famille et pour moi

-les plus : -le médecin me rentrait dedans

-j'avais besoin d'une béquille

-l'espéral était bien

-j'ai fait une psychothérapie en même temps »

2/ « -cela me convenait

-Oui, je le conseillerais mais il faut être entendu »

3/ « -je rebois de temps en temps, mais pas régulièrement, et comme quelqu'un de normal

-j'ai des soucis mais je ne vais pas vers la bouteille

-je prends toujours le dépamide »

### **Fiche patient n°23**

17mn05

1/ « -c'était la galère avant d'aller chez le médecin

-j'avais fait une cure de trois semaines où il ne faut pas d'embûche car on n'est jamais guéri, c'est un combat de toute une vie.

-les pubs pour l'alcool me mettent en colère

-les plus : -le suivi est régulier et on ressort en pleine forme

-une fois qu'on a le traitement, on en a moins envie »

2/ « -Oui, je le conseille »

3/ « -je me sens bien, je suis plus sociable, je discute plus et je regarde les gens en face

-c'est un combat de solitaire sans tierce personne ; c'est un combat contre soi avec une remise en cause en permanence

-il faut « courage et persévérance » »



### **Fiche patient n°24**

8mn

Le patient était très agressif au début en disant que je n'avais pas à avoir son numéro de téléphone, qu'il y avait un non-respect du secret médical...puis, après mes explications, il s'est radouci et m'a répondu gentiment.

1/ « -il faut la volonté

-je l'ai vu peu de fois »

2/ Pas répondu

3/ « -je ne bois plus d'alcool depuis 4 ans et je me sens beaucoup mieux. C'est le jour et la nuit, à tous les niveaux.

-quand j'ai arrêté, il y avait comme un manque, c'était comme une drogue. Il y avait un besoin d'aller boire.

-il fait regarder les dégâts qu'il y a autour. »

### **Fiche patient n°25**

14 mn 46

1/ (alcoolisée pendant l'entretien téléphonique)

« -je prends toujours l'équanil et le valium »

2/ Pas répondu

3/ « -je me sens bien, je gère

-j'ai une cirrhose et je suis en invalidité

-mes parents ont toujours bu pendant mon enfance et mon ex-mari aussi ; il est mort d'une pancréatite aigüe. »

4/ Sa compagne, non alcoolisée, souhaite me parler :

« -je suis avec depuis 18 ans, je l'aime et me battraï jusqu'au bout contre ce putain d'alcool

-je veux bien témoigner en plus s'il le faut »

## Fiche patient n°26

34mn35

1/ -les plus :

« -c'était il y a deux ans

-avant, je ne me voyais pas dans la glace, un alcoolique a honte

-le personnage du médecin m'a impressionné

-il n'y avait pas beaucoup de médicaments

-j'étais décidé

-le dialogue était très important, c'était plus cool

-le soutien psychologique du CIPAT était très important

-la prise de sang ne ment pas

-le plus dur est finalement le passé mais aussi le regard des autres. Ils disent qu'on n'est pas un mec si on ne boit pas. »

2/ « Oui je le referais et Oui, je le conseillerais »

3/ « -je me sens beaucoup mieux et je n'ai pas bu d'alcool depuis 2 ans

-je suis plus lucide, plus chiant !

-j'ai récupéré des amis

-je vais être baptisé protestant en juin ; le pasteur et l'église sont très importants pour moi

-mon fils, jeune adulte, boit de temps en temps et je préfère lui donner une bonne image paternelle

-l'alcool est un fléau autorisé »

4/Son épouse a souhaité me parler pour me raconter comment elle avait vécu les choses :

« -le premier avril 2008 : première consultation avec le médecin avec le patient et son épouse

-suivi conjoint par le CIPAT et le CIRDD (Le normand)

-avant son arrêt définitif de l'alcool, le médecin m'a conseillé de dire à mon mari ce qui n'était pas bien et ce qui nous faisait de la peine. Il n'y avait plus de dialogue entre nous.

- le 01/01/2009 : arrêt de l'alcool pour mon mari avec une transformation physique et comportementale du jour au lendemain
- les soins du médecin sont merveilleux pour l'alcool et je donne son nom à d'autres malades alcooliques
- la régularité des rencontres était très importante »

### **Fiche patient n°27**

6mn44

- 1/ « -je n'étais pas motivé et j'ai toujours continué. Puis j'ai fait une cure au Shale où j'ai eu une rage de dent et d'où je suis donc parti avant la fin.  
-la journée, je voyais le médecin et le soir j'étais obligé de boire »
- 2/ « tout part de la motivation »
- 3/ « je bois toujours et je ne peux pas m'en passer »

### **Fiche patient n°28**

10mn18

- 1/ -les plus : « -c'est le meilleur des compromis et cela m'a évité d'aller à l'hôpital  
-tout se passe dans la tête  
-cela permet d'être prudent au niveau du traitement  
-les moins : -on n'a pas le confort de l'hôpital où on est à part  
-il faut prendre sur soi  
-il faut accepter le traitement mais on en devient dépendant  
-il faut après trouver une occupation pour se séparer de l'alcool et des médicaments »
- 2/ « Oui, je le conseillerai »
- 3/ « -ma sœur tabacologue m'a aussi beaucoup aidé  
-j'ai ensuite du faire 15 jours d'hôpital sinon c'était la prison et un mois à Royan : la PNL y était très importante, la plage était bien mais c'est une honte pour la sécurité sociale de rembourser des soins type vacances comme ceci !!

## Fiche patient n°29

14mn17

1/ « -avec le médecin, la confiance est passé, ce qui est très important

-il faut arriver à admettre son alcoolisme puis à le dire et enfin, le plus dur à l'avouer à sa famille : j'ai réussi cette étape après avoir vu le médecin

-c'est une question de volonté, ce n'est pas facile car on replonge facilement. Il faut être « volontaire ».

- à l'hôpital, on mélange trop ceux qui ont la volonté et ceux qui ne l'ont pas

-cela est difficile mais quand je ne bois pas, je suis mieux et je perds du poids

-pendant les soins ambulatoires, il ne faut pas s'isoler, il faut faire des activités, entrer dans des associations »

2/ Pas répondu

3/ « j'ai repris début novembre 2010 puis j'ai arrêté mais je bois encore un peu d'alcool de temps en temps

-les gens de mon entourage en souffrent quand même et pour ma femme, mes enfants et petits-enfants, c'est bien que je boive moins »

4 / « -la première fois j'ai arrêté de boire pendant un an puis j'ai repris

-puis j'ai à nouveau arrêté et au 4<sup>ième</sup> jour, j'ai été hospitalisé avec un coma de huit jours et des pertes de mémoire : cela m'a donné à réfléchir mais j'étais toujours pris par ce problème d'alcool

-je suis allé ensuite à Minkowski où j'ai refusé de rester

-puis je suis allé à Pinel et là, c'était bien. Puis je suis allé en hôpital de jour avec des groupes de patients que je voyais en dehors

-puis il y a eu le suivi avec le médecin

-maintenant, j'ai un angiome sur le foie, le cœur, la veine cave supérieure et le diaphragme pour lequel je ne peux être opéré au CHU ; j'ai eu 5 chimio-

embolisations et pour la première fois, lors du dernier contrôle, il n'y a plus rien »

### **Fiche patient n°30**

3mn34

1/- les plus : « -on se sent vite mieux et on est plus en forme en 15 jours

-le CIPAT est très important

-Les moins : -il faut changer ses habitudes au quotidien

-c'est physiquement dur »

2/ « je ne sais pas si je le conseillerai car cela dépend des personnes »

3/elle n'a pas voulu me dire comment elle se sentait maintenant, elle ne veut en parler qu'avec le médecin

### **Fiche patient n°31**

7mn08

1/ -les plus : « -il s'établit une relation privilégié avec le médecin où il n'y a pas d'étalage

-les moins : -c'est dommage qu'il n'y ait pas de thérapie de groupe et pas de retour sur le vécu des autres

-l'absence de garde-fou est difficile

-j'ai repris l'alcool un an après puis je suis allé au Shale et depuis je ne bois pas »

2/ Pas répondu

3/ « je ne bois plus d'alcool

-je suis libéré et j'ai récupéré mon corps

-je vois toujours le médecin, une fois tous les 6 mois »

### **Fiche patient n°32**

6mn

1/ « -en 1994, j'ai fait une cure à Thouars puis j'ai arrêté avec le médecin en 2000 ;  
-j'ai repris en 2003, je suis allé en cure près de la Rochelle en 2003 et depuis je ne bois plus du tout

-les plus : -importance du dialogue, de l'encouragement et du soutien

-importance de se retrouver soi-même, 10 ans sans boire alors que je buvais 2 bouteilles de vin par jour

-les moins : pas de point négatif trouvé »

2/ « Oui, je le conseille »

3/ « je ne bois plus et je suis bien

-mais la tentation pendant les repas est difficile »

4/ « Je souhaite ne pas reboire »

### **Fiche patient n°33**

11mn32

1/ « -j'ai commencé avec le médecin puis j'ai fait une cure d'un mois au Shale puis je suis allé à Payroux où c'était très bien et je suis ensuite revenu vers le médecin

-les plus : -tout était très bien : les rapports avec le médecin, les soins, les conseils

-c'était important de ne pas être absent au travail car j'étais à l'époque chef d'entreprise

-Bonnes relations avec le médecin

-je ne prenais qu'un léger traitement : vitamine B1

-c'est ma volonté et aussi l'aide des autres qui m'ont aidé

- grâce au médecin, je m'en suis sorti, merci à lui.

-les moins : -ce qui est dur est le regard des autres car c'est une maladie honteuse »

2/ « Oui, je le conseille même si cela dépend de la personnalité de chacun »

3/ « Je ne bois plus et je vais très bien : j'ai trois entreprises, ma femme et mes trois enfants. »

## Fiche patient n°34

15mn17

1/ « Que des points positifs :

-l'alcoolisme est une réelle détresse et pouvoir en parler est très important ; il y a une grande culpabilité, une pudeur et une souffrance très forte

- c'était un lieu de paroles, de redirection (professionnelle et psychologique)

-les consultations étaient très régulières et il y avait donc une piqure de rappel fréquente

-mon médecin traitant faisait de son mieux mais le médecin de la cure ambulatoire était formé à ce type de prise en charge

-je n'avais pas d'autre alternative

-mais lorsque j'allais en consultation, j'étais plus ou moins alcoolisée et plus ou moins réceptive »

2/ « Il ne faut écarter aucune possibilité ; un médecin généraliste est très accessible et a des attitudes plus ou moins facilitantes

Il ne faut pas s'isoler et avant de parler, il faut être en confiance »

3/ « -je ne bois plus d'alcool, il n'y a pas de manque ni de tentation ; je pense qu'un verre d'alcool ne me ferait rien

-j'ai eu un réapprentissage depuis que j'ai fait deux cures au centre alpha de Royan : il faut y arriver sevré et tout est basé sur la PNL et donc sur l'action sur le quotidien

-pendant la première cure, j'ai vu mes problèmes et surtout mon anorexie et la seconde était basée sur l'alcool et les comportements que je peux changer sur ce problème »

## **Fiche patient n°35**

4mn30

1/ « -il faut de la volonté et cela est possible de le faire seul

-le soutien est très important

-il y a eu des hauts et des bas »

2/ « On ne peut pas généraliser

-il faut du soutien »

3/ « -je ne bois plus

-il faut éliminer le côté festif, social de l'alcool

-on peut vivre sans

-je préfère oublier l'alcool et tout ce qui s'y rapporte »



### **Fiche patient n°36**

11mn07

1/ « -comme pour toute addiction, c'est difficile d'en décrocher

-il faut être très motivé, pas trop engagé sur cette pente et il faut une grande ouverture d'esprit pour accepter d'être dit « alcoolique » ; il faut une certaine maturité d'esprit

-les plus : -les soins ont eu lieu par la parole, primordiale, du médecin

-il a su répondre aux interrogations que j'avais et m'a persuadé que je m'abstienne

-il m'a montré les avantages futurs

-on en tire une satisfaction et une fierté de soi

-j'ai toujours du mal à me reconnaître comme alcoolique »

2/ « Oui, je le referais et le conseillerais car cela évite des prescriptions médicales et surtout l'hôpital

-on parie sur l'intelligence, la prise de conscience et sur la réflexion »

3/ « -je ne bois plus du tout

-la lutte est dans le fait de faire accepter aux autres qu'on ne boit pas du tout d'alcool ; il y a ceux qui l'acceptent et ceux qui ne l'acceptent pas

-Ceux qui ne l'acceptent pas sont peut-être ceux qui ont des problèmes latents avec l'alcool

-c'est possible de vivre dans alcool et d'être accepté sans alcool »

### **Fiche patient n°37**

3mn43

1/les plus : « -on reste chez soi

-il y a un fort soutien

-les moins : - il faut de la volonté »

2 / « Oui, tout à fait, je le referais »

3/ « -je me sens bien et je suis normale »

## Fiche patient n°38

13mn 57

1/-les plus : « -c'était assez facile car ce n'était pas une cure hospitalière

-ce qui est bien est de l'avoir fait en ambulatoire sans hospitalisation car j'étais dans le déni

-il y a une certaine liberté dans les 2 sens : pas d'hospitalisation mais aussi il y a une liberté de ne pas faire ce que le médecin dit

-mais c'est un système déclaratif, de confiance et on n'est pas fier si l'on ment, c'est comme une autopunition

-le médecin a su me proposer la meilleure cure qui m'était la mieux adaptée

-le fait de sortir de la consultation avec une ordonnance sans médicament était très appréciable

-le CIPAT m'a aussi beaucoup aidé : le groupe de paroles avec deux accompagnants et tous les membres du groupe ont constitué un auto-compagnonnage. J'y suis même resté quelques mois après l'arrêt.

-le médecin ose dire les choses, pas comme mon médecin traitant

-les moins : -le plus dur a été que j'ai fait plusieurs abstinences avec chaque fois une rechute et c'est ça qui est difficile : à la dernière rechute, je suis allé au Shale et j'ai vraiment arrêté. Le Shale était très bien car en une semaine, je n'avais plus d'addictions. Cela était basé sur la relaxation et sur un travail individuel en groupe qui a pris du sens à ce moment-là. »

2/ « Oui, je le conseille, je l'ai déjà conseillé à des membres de ma famille

-j'ai bien aimé cette démarche-là. »

3/ « -au début, il y a un vide à combler car l'alcool prend du temps et occupe l'esprit.

Je fais maintenant du sport, comme de la natation.

-je vais très bien. Familialement, j'ai redressé la barre, j'ai une vie familiale normale. »

## **Fiche patient n°39**

32mn 18

1/-les moins : « -c'était dur, une véritable épreuve

-les questions qu'il m'a posé au début étaient très difficiles aussi ainsi que l'approche psychologique

- je regrette que le suivi psychologique n'ait pas duré plus longtemps

-les plus : -j'étais contre aller à l'hôpital car le retour allait être difficile

-ici, on reste dans la réalité, dans la vie de tous les jours

-le médecin était mon gourou, je faisais tout ce qu'il me disait : aller au CIPAT, prendre les traitements

-il a su répondre à toutes les questions que je me posais : comment faire ? Quel va être le regard des autres ? Vont-ils voir mon arrêt ? Cela ne me gêne pas de dire non mais que pensent les gens ?

-il a toujours eu les réponses à me donner

-l'aide du psychologue est complémentaire et très importante mais cela devrait durer plus longtemps. »

2/ OUI

3/ « - j'ai arrêté complètement depuis 3 ans, il y eu des moments durs de fêtes où j'aurais eu envie de boire

-MAIS je me sens moins bien finalement car je n'ai plus l'échappatoire de l'alcool ; je suis encore en dépression pour des problèmes de séparation et de travail. Je suis suivie par un psychiatre maintenant. »

## **Fiche patient n°40**

7mn 53

1/ les plus : « -ce qui était vraiment très important était de pouvoir en parler, d'avoir quelqu'un qui vous écoute

-car on a honte, surtout en étant une femme et ça, je ne le supportais pas ; je buvais quand je déprimais

-je n'ai pas pris de médicaments, pas d'ampoule

-ce qui m'a aidé, c'est aussi d'avoir changé de travail et de vie car j'ai déménagé à Bordeaux »

2/ « Oui, je le conseille »

3/ « je vais beaucoup mieux et je ne bois plus d'alcool maintenant

Il faut de la volonté pour dire non, c'est grâce à notre force de caractère et c'est nous même qui pouvons nous aider

Il faut être décidé. »

# RESUME

---

**INTRODUCTION** : Parmi les prises en charge proposées aux patients dépendants de l'alcool, les protocoles de soins ambulatoires sont promus depuis quelques années et souhaités par les patients. Devant le peu d'études existantes sur ce type de prise en charge, nous avons souhaité évaluer les résultats qu'obtiennent les médecins lors des sevrages ambulatoires.

**OBJECTIF** : Evaluer le sevrage ambulatoire chez les patients dépendant de l'alcool et connaître le ressenti des patients sur ce type de soins.

**METHODE** : Notre étude a comporté deux volets : d'une part, une étude descriptive rétrospective de 83 dossiers médicaux de patients alcoolo dépendants de 2000 à 2010 et d'autre part, la réalisation de 40 entretiens individuels auprès des patients inclus dans l'étude.

**RESULTATS** : Parmi les patients inclus dans l'étude, la durée d'abstinence moyenne était de 6 mois. Un an après le début de la cure ambulatoire, près d'un tiers des patients était abstinent. Les entretiens nous révèlent que les éléments les plus appréciés par les patients ont été l'écoute, le soutien, l'encadrement et la régularité du suivi. La discrétion permise par ces soins ambulatoires ainsi que le maintien dans la vie professionnelle, familiale et sociale ont été également décrits comme des points forts. Cependant, certains patients ont ressenti des difficultés lors de ces soins : difficultés liées au maintien de la détermination, difficultés liées au manque d'encadrement par rapport aux soins hospitaliers.

**DISCUSSION** : Ce travail a ainsi contribué à montrer que le sevrage ambulatoire réalisé par les médecins généralistes permet d'obtenir des résultats corrects et similaires à ceux des soins hospitaliers. Ce type de soins semble également être une forme de prise en charge appréciée par les patients dépendants de l'alcool.

## **Mots clés**

Alcoolisme, sevrage ambulatoire, évaluation, médecine générale.

# ABSTRACT

---

**INTRODUCTION:** Among the different cares proposed to alcohol-addicted patients, ambulatory care protocols have been wished for and favored by the patients for years. Considering the few studies on this type of care, we thought it interesting to assess the results obtained by GPs during ambulatory weaning.

**OBJECTIVE:** To assess ambulatory weaning for alcohol-addicted patients and to get to know the patients' feelings about it.

**METHOD:** Our survey consisted in two parts: first, a retrospective and descriptive survey was carried out, starting from 2000 to 2010, and based on 83 medical files of patients who were alcohol-addicted. Second, 40 individual interviews were held with the patients included in the survey.

**RESULTS:** Among the patients included in the survey, the average time during which they remain teetotal was of 6 months. A year after the start of the ambulatory care, almost a third of the patients were teetotalers. The interviews revealed that the patients appreciated most being supported, being listened to, being supervised and followed-up regularly. These ambulatory cares also implied secrecy as well as keeping a professional, social and family life: these elements were described as a main strength by the patients. However, some patients had difficulties during the care: some difficulties were linked to keeping determined, others to a lack of supervision as far as hospital care was concerned.

**DISCUSSION:** This work led to show that ambulatory weaning, when carried out by general practitioners, enables to obtain good results, similar to those obtained in hospital care. This type of care also seems to be quite liked by alcohol-addicted patients.

**KEY WORDS:** alcoholism, ambulatory weaning, assessment, general practice.

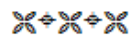


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

