

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement

le 13 octobre 2016 à Poitiers

par **Mademoiselle Marie BARRET**

Titre

L'envoi de questionnaires de rappel systématiques après un séjour institutionnel pour sevrage complexe a-t-il une influence sur le maintien de l'abstinence ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Michel GOJJON
Monsieur le Professeur Samy HADJADJ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne PIQUEMAL

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépto-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Remy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépatogastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai su apprécier votre soutien et vos conseils au long de mon internat, lors de la rédaction de mon mémoire et jusqu'à aujourd'hui pour l'élaboration de ce travail de thèse.

A Monsieur le Professeur GOUJON

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse, je vous en remercie. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur José GOMES

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Anne Piquemal

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir ouvert les portes de votre service. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A mes maitres de stage en médecine générale

Pour m'avoir permis de toucher du doigt la médecine générale et m'avoir aidée dans l'acquisition de l'assurance qui me manquait.

A mes parents

Pour tout ce que vous m'avez inculqué, tout ce qui fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Merci pour votre présence au quotidien, merci pour tout.

A ma sœur Pauline

Pour ton soutien à toute épreuve malgré la distance et nos différences. Merci d'avoir cru en moi.

A mes grands-parents, présents ou partis trop tôt

Merci pour tout votre amour.

A mes amies Lucile et Bénédicte

Pour notre complicité durant ces longues études, pour nos soirées de sous-colle subtile équilibre entre médecine et dégustations culinaires.

Au Triumvirat :

Valentin pour ton amitié, ton écoute. Merci d'avoir su me remotiver quand il le fallait, d'avoir supporté mes larmes et d'avoir participer à des éclats de rire.

Aurélie pour ton soutien et ton objectivité, et d'avoir su me faire souffrir physiquement pour me vider la tête.

Au Docteur Doniphan HAMMER

Pour tes conseils, ton sens de l'organisation hors du commun et notre complicité sportive.

A tous les autres : famille et amis

Merci de faire partie de ma vie.

Table des matières

INTRODUCTION	8
1. L'alcool est un problème de santé publique.	9
2. Qu'est-ce que le sevrage institutionnel ?.....	9
3. La vie après un sevrage institutionnel :.....	11
4. L'intérêt et les moyens du suivi et du réseau de soutien.....	12
5. La question de recherche et l'objectif de l'étude	14
a. La question de recherche :.....	14
b. Les résultats attendus :.....	14
c. Les objectifs secondaires :	14
METHODE	15
1. Type d'étude.....	16
2. Description de l'étude.....	16
a. Les critères d'inclusion.....	16
b. Les critères d'exclusion	16
c. La durée de l'étude	16
d. Le lieu de l'étude.....	17
3. L'enquête.....	17
a. Les questionnaires envoyés aux patients	17
b. Le recueil des données.....	18
RESULTATS	19
1. Population des répondants	20
a. A 3 mois	20
b. A 6 mois	20
c. A 12 mois	20
2. Déperdition à l'envoi des questionnaires dans le temps.....	21
3. Bilan de consommation d'alcool à 3, 6 et 12 mois	22

a. Maintien de l'abstinence	22
b. Rechute/ reprise de la consommation.....	22
4. Lien entre réponse aux questionnaires et maintien de l'abstinence :.....	23
5. Autres résultats :.....	23
DISCUSSION	25
1. Principaux résultats :.....	26
2. Limites techniques et biais d'interprétation :	26
a. Population étudiée :.....	27
b. Difficultés de recueil des données :	27
c. Difficultés liées aux questionnaires :.....	28
3. Confrontation des résultats à la littérature :.....	28
4. Applications et intérêts pour l'exercice professionnel :	29
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES.....	41
RESUME	58
SERMENT	60

INTRODUCTION

1. L'alcool est un problème de santé publique.

La dépendance à l'alcool est, en France, un problème de santé publique. [3]

En effet, c'est la substance la plus fréquemment expérimentée et consommée de manière occasionnelle respectivement par 46 et 44 millions de français. Toutes les classes d'âge sont concernées par la consommation d'alcool mais les usages se différencient selon les générations et les temps de vie. Environ 9% des français présentent un mésusage de l'alcool. [31]

C'est ainsi qu'en juillet 2008 a été adopté le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011* qui avait pour objectif de faire reculer les consommations de drogues illicites et d'alcool en France [14], plan suivi depuis 2013 par le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives*. [33]

L'un des moyens utilisés comme thérapeutique est le sevrage complexe qui se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool (sevrage simple) allié à un travail sur la prévention des rechutes. [2] Il s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire alliant un sevrage physique, qui ne constitue néanmoins que la première partie du processus thérapeutique, et une prise en charge psychosociale. [31]

2. Qu'est-ce que le sevrage institutionnel ?

Parmi les outils existe le sevrage institutionnel. En effet même si le sevrage ambulatoire est possible, un sevrage peut aussi être conduit en milieu spécialisé ou en hospitalisation.

Le sevrage institutionnel peut être inclus dans l'hospitalisation en elle-même, alliant ainsi le sevrage simple et complexe ou avoir eu lieu en amont de l'admission comme à Regain dans la

Drôme [33] ainsi qu'à Niort dans le service d'alcoologie et d'addictologie où l'hospitalisation ne consiste qu'en un sevrage complexe. En effet à Niort les entrées dans le service ont lieu si et seulement si le sevrage physique est effectif ou en cours (a eu lieu soit en ambulatoire auparavant soit en hospitalisation en gastroentérologie).

Il implique des médecins addictologues, des psychiatres, des infirmiers, des psychothérapeutes, des diététiciens, des assistantes sociales, des sophrologues, des éducateurs, etc. ... [1] (annexe 1)

Il est basé sur la mise en place d'un contrat de soin (annexe 2).

Il associe plusieurs activités et ateliers répartis au cours du séjour (annexe 3).

Sa durée varie entre 15 jours et 3 mois selon les centres (3 semaines à Niort par exemple).

Les indications d'un tel sevrage correspondent aux contre-indications d'un sevrage ambulatoire. Elles concernent 10 à 30% des patients et sont les suivantes :

- Liées au produit :
 - Dépendance physique sévère
 - Antécédent de complications graves au sevrage
 - Echec d'une tentative loyale de sevrage ambulatoire
- Somatique :
 - Affection somatique
 - Traitement en cours
- Psychiatrique :
 - Syndrome dépressif sévère
 - Affection psychiatrique évolutive
 - Dépendance à un autre produit psychoactif
- Socio environnementales :
 - Demande pressante de l'entourage
 - Entourage non coopératif
 - Processus de désocialisation

Le sevrage institutionnel s'inscrit dans le plan de prise en charge et de prévention du plan gouvernemental de 2008 qui propose la mise en place de service d'addictologie avec

notamment des séjours pour sevrage simple et sevrage complexe avec capacité d'hébergement.

3. La vie après un sevrage institutionnel :

Si l'efficacité des sevrages ambulatoires et institutionnels sont comparables, l'objectif majeur est alors le maintien de l'abstinence ou du moins le contrôle de la consommation avec pour but une amélioration de la qualité de vie

[10]. En effet un ou plusieurs épisodes de rechute ne sont pas forcément synonyme d'échec, les patients étant durablement abstinents ayant parfois rechuté plusieurs fois.

En effet on note que 40 à 70% des malades récidivent leur consommation au cours de l'année qui suit le sevrage [10] et 40% à 90% dans les trois mois. [22]

Pour répondre à ce problème de maintien de l'abstinence plusieurs moyens sont mis en place :

- Des psychothérapies parmi lesquelles on peut citer de façon non exhaustive
 - o Thérapies cognitives et comportementales (TCC)
 - o Entretiens motivationnels
 - o Psychothérapies de soutien
- Des traitements médicamenteux :
 - o Naltrexone (Revia®)
 - o Acamprosate (Aotal®)
 - o Disulfirame (Esperal®)
 - o Des molécules prometteuses telles que l'Ondansetron (Zophren®), le Topiramate (Epiromax®), le Rimonabant.
- Des groupes d'entraide comme par exemple les Alcooliques Anonymes.
- L'accompagnement de l'entourage : car d'une part la souffrance générée par la dépendance à l'alcool a un impact sur l'entourage des malades aussi bien au niveau

professionnel que personnel et familial et d'autre part le fonctionnement familial de base était le terrain de l'addiction.

- Le dispositif résidentiel : cure, postcure, séjours de consolidation.

4. L'intérêt et les moyens du suivi et du réseau de soutien

Le maintien d'un sevrage après une hospitalisation pour sevrage d'alcool semble dépendre du réseau de soutien. Il est soit organisé par le patient lui-même qui décide des personnes qui sont pour lui des personnes ressources, soit par les associations d'entraide mettant en relation les patients entre eux dans le but d'échanger ou les orientant vers d'autres intervenants spécialisés, soit par les responsables du sevrage qui planifient le suivi.

Il fait intervenir de multiples intervenants :

- Le médecin généraliste : du fait de son accessibilité il constitue généralement le premier interlocuteur du patient avant et après son sevrage.

Néanmoins la majorité d'entre eux doute de l'intérêt et de l'efficacité de leurs interventions [6]. Cette sensation a été améliorée par les Conférences de consensus qui offrent aux généralistes des pistes à suivre pour leur pratique [12] [13].

Ainsi le médecin généraliste reste un élément stable du suivi au long cours, en contact avec le cadre de vie habituel du patient, ce qui lui confère aussi un statut de ressource pour l'entourage du patient.

- Les associations d'anciens malades tels que les Alcooliques Anonymes.

La participation à des groupes de parole permet aux malades d'échanger sur leurs expériences, leur vécu, d'exprimer leurs doutes et leurs peurs et cela avec des gens qui mieux que quiconque sont à même de comprendre dans la mesure où ils ont tous le même problème.

De nombreuses associations existent dans tout le pays. A Niort par exemple, les patients ont, en plus du groupe de parole dans le service d'alcoologie et addictologie proposé après le séjour hospitalier pour sevrage, la possibilité d'entrer en contact avec les Alcooliques Anonymes, Alcool Assistance et Nouvelle Vie.

- Les équipes de liaison :CSAPA 79 (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) associant des médecins et des infirmiers elles constituent un recours direct en cas de besoin du patient (doute, peur d'une rechute, rechute, ...)

La nécessité d'un réseau du soutien de qualité s'appuie sur le fait que l'isolement ne semble pas propice au maintien de l'abstinence. [1] [4] Néanmoins la sollicitation d'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation n'est pas chose aisée pour les patients.

Des initiatives ont été faites pour tenir le lien en aval d'un sevrage. [12] [27] [32] :

- Par exemple, en Suisse, des sms ont été envoyés aux patients dans les suites de leur sevrage en milieu hospitalier pour maintenir le lien.
Cette technique a été bien acceptée par les patients mais il semble qu'elle n'ait pas significativement amélioré le maintien de l'abstinence.
- Des rendez-vous peuvent être programmés à intervalles réguliers après la sortie de l'hospitalisation pour sevrage avec les équipes de liaison ou avec les intervenants du service en lui-même. C'est notamment le cas à Niort où les patients ont au moins un rendez-vous après leur sortie d'hospitalisation soit avec le Dr Piquemal, responsable du service, soit avec le psychiatre qui les suivait avant leur hospitalisation, soit avec une infirmière de l'équipe de liaison.
- Des séjours post-cure ayant pour but de favoriser un retour progressif à la vie ordinaire sans alcool.

5. La question de recherche et l'objectif de l'étude

Dans cet esprit, et pour améliorer le suivi, le service d'alcoologie et d'addictologie du centre hospitalier de Niort a mis en place l'envoi systématique de questionnaires aux patients ayant séjourné dans le service 3 mois, 6 mois et 12 mois après leur sortie (annexe 4).

a. La question de recherche :

Cette initiative n'a pas encore été analysée. C'est pourquoi nous souhaitons répondre à la question suivante. Que nous apprend le suivi de patients par l'envoi de questionnaires de rappel systématique après un séjour du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2015 ?

b. Les résultats attendus :

Nous souhaitons vérifier si comme nous le supposons l'envoi de ces questionnaires influence positivement le maintien de l'abstinence chez les patients qui y répondent.

c. Les objectifs secondaires :

Quel est le taux de déperdition des réponses à nos envois dans le temps ?

La proportion des patients répondants aux sollicitations et ayant maintenu leur abstinence varie-t-elle avec le temps ?

METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive quantitative de type enquête transversale menée auprès de patients alcoolo-dépendants après une hospitalisation pour sevrage complexe.

2. Description de l'étude

Nous avons exploité les questionnaires envoyés de façon systématique aux patients hospitalisés pour sevrage complexe dans le service d'alcoologie et d'addictologie du Centre Hospitalier de Niort dans les Deux-Sèvres sur une période d'un an et demi.

a. Les critères d'inclusion

Les patients inclus ont été les patients hospitalisés pour sevrage complexe durant trois semaines dans le service d'alcoologie et d'addictologie du Centre Hospitalier de Niort.

Ce sevrage étant institutionnel et associée à la mise en place du contrat de soin, l'abstinence des patients à la sortie du service est assurée.

b. Les critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude les patients hospitalisés en sevrage pour une addiction autre qu'une addiction à l'alcool.

c. La durée de l'étude

Nous avons choisi de nous concentrer sur les patients hospitalisés en 2014 et 2015.

d. Le lieu de l'étude

Cette étude n'a concerné que les patients du service d'alcoologie et d'addictologie du Centre Hospitalier de Niort dans les Deux-Sèvres sous la direction du Dr Piquemal.

3. L'enquête

a. Les questionnaires envoyés aux patients

Les mêmes questionnaires (annexe 4) ont été envoyés de façon systématique aux patients à 3, 6 et 12 mois de leur séjour dans le service.

Il s'agit de questionnaires courts comprenant neuf questions afin de connaître leur consommation d'alcool, leur lien avec un réseau de soin (contact avec le service ou un autre service de soin, participation des réunions d'entraide, psychothérapie), et si la pratique d'une activité sportive a perduré depuis la fin de l'hospitalisation.

Pour chacune de ces questions les patients avaient la possibilité de cocher la réponse par oui ou non.

A cela s'ajoutait une dernière question à réponse ouverte « comment allez vous ? » pour permettre aux patients de faire s'ils le souhaitaient un état des lieux de leur situation.

Ces questionnaires avaient été élaborés il y a une vingtaine d'années au moment de la fondation du service d'alcoologie et d'addictologie du Centre Hospitalier de Niort, sans être exploités jusque-là. Depuis son arrivée à la tête du service le Dr Piquemal les a remis à jour en adaptant les questions avec les avancées de fonctionnement du service : mise en place des activités sportives durant le séjour et donc de la question les concernant, et la formulation

« alcool » a été remplacé par « produits » dans la mesure où des addictions variées peuvent être gérées par le service

b. Le recueil des données

Les questionnaires sont renvoyés par courrier dans le service du Centre Hospitalier de Niort par les patients eux même.

Les questionnaires reçus ont ensuite été classés par la secrétaire du service selon le délai post hospitalisation auquel ils correspondent (3, 6 et 12 mois) avant de m'être transmis.

J'ai moi-même effectué le recueil des données en confrontant la liste des patients hospitalisés avec les questionnaires reçus afin de comptabiliser les répondants et non répondants, ainsi que les caractéristiques de cette population.

RESULTATS

La population étudiée lors de notre étude se compose de 227 patients, à raison de 69 femmes et 158 hommes.

1. Population des répondants

a. A 3 mois

En réponse à l'envoi du questionnaire à 3 mois de la sortie d'hospitalisation nous avons obtenus 19% de réponses sur les 227 envois.

Elles concernent toutes les tranches d'âges avec un sexe ratio d'1 femme pour 1,8 hommes.

La moyenne d'âge des répondants, sexes confondus, est de 49,7 ans.

b. A 6 mois

Dans un délai de 6 mois après leur séjour hospitalier pour sevrage complexe, nous avons obtenu un total de 14% de réponses sur les 227 envois effectués.

Ces réponses nous ont été données par des patients d'un âge moyen de 49,6 ans, sexes confondus.

Là encore toutes les tranches d'âge sont concernées avec un sexe ratio d'1 femme pour 1,5 hommes.

c. A 12 mois

Après 12 mois, nous avons reçus 7% des 227 questionnaires envoyés.

L'âge moyen des patients répondants à 12 mois est de 47 ans.

Les hommes restent majoritaires tous âges confondus puisque le sexe ratio est d'1 femme pour 2,8 hommes.

	3 mois	6 mois	12 mois
Nombre d'envois effectués	227	227	227
Nombre de répondants	42	31	17
Sexe ratio des répondants	1 femme pour 1,8 hommes	1 femme pour 1,5 hommes	1 femme pour 2,8 hommes
Age moyen	49,7 ans	49,6 ans	47 ans

Tableau 1 : population des répondants

2. Déperdition à l'envoi des questionnaires dans le temps

On constate une baisse des réponses à nos envois dans le temps.

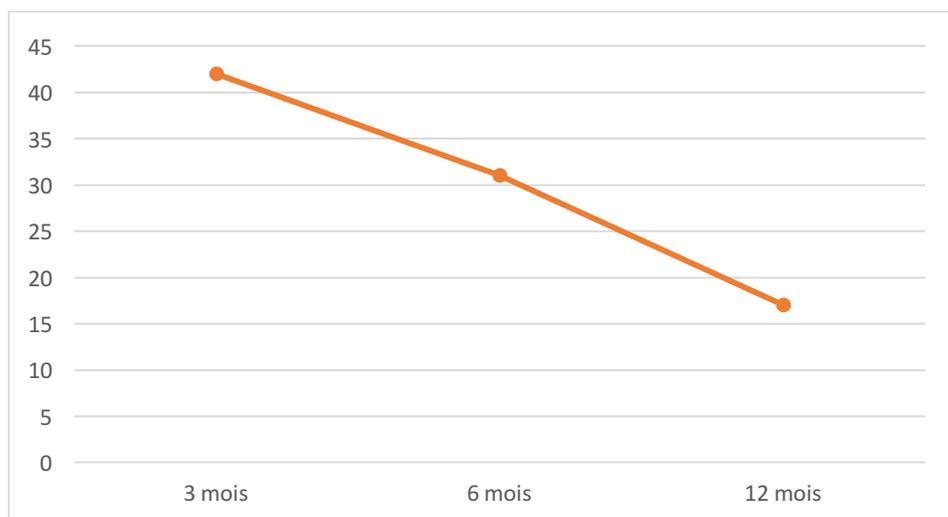


Figure 1 : Nombre de questionnaires reçus en fonction du temps

En effet entre les réponses reçues à 3 mois et 6 mois il existe une baisse de 16%, qui se majore à 45% entre 6 et 12 mois.

Ainsi on retrouve même une baisse de près de 60% (59,5% exactement) entre 3 et 12 mois.

Et cela alors même que les conditions d'envois restent identiques.

Notons toutefois que parmi les répondants seuls 5 patients ont donné une réponse aux 3 questionnaires, 16 patients ont répondu à 2 questionnaires uniquement avec respectivement 8 réponses à 3 et 6 mois, 5 réponses à 6 et 12 mois et 3 réponses à 3 et 12 mois.

3. Bilan de consommation d'alcool à 3, 6 et 12 mois

a. Maintien de l'abstinence

On constate que 3 mois après leur sortie du service 79% des patients répondants sont abstinents, soit 33 patients.

Ce chiffre descend à 74% soit 23 des 31 patients répondants à 6 mois de la sortie et à 71% soit 12 des 17 patients répondants à 12 mois de leur hospitalisation.

Les patients ayant maintenu leur abstinence restent majoritaires parmi les patients répondants, quel que soit leur délai de post hospitalisation et ceci dans des proportions similaires.

b. Rechute/ reprise de la consommation

Après 3 mois de retour chez eux, 21% des répondants ont repris une consommation. A 6 et 12 mois de leur séjour pour sevrage complexe, ils sont 29% des répondants à avoir repris une consommation.

Néanmoins parmi les patients abstinents, à 3 mois 8 ont connu une période de rechute, 5 à 6 mois et 3 à 12 mois.

	3 mois	6 mois	12 mois
Nombre d'abstinents	33	23	12
Nombre de patients ayant repris une consommation	9	9	5
Nombre d'abstinents ayant vécu une période de rechute	8	5	3
Nombre de patients ayant majoré leur consommation	1	0	0
Nombre de patients ayant diminué leur consommation	6	5	4
Nombre de patients consommant différemment	5	6	4

Tableau 2 : Bilan de consommation d'alcool à 3, 6 et 12 mois

4. Lien entre réponse aux questionnaires et maintien de l'abstinence :

On constate que les patients abstinents restent majoritaires parmi les patients répondants aux questionnaires et ce quel que soit le délai post hospitalisation.

5. Autres résultats :

A la lecture du reste des questionnaires on constate que 3 mois après leur sortie d'hospitalisation 66,7% des patients répondants souhaitent reprendre contact avec le service

de Centre Hospitalier de Niort ou un autre service de soin, contre 77,4% à 6 mois et 58,8% à 12 mois.

Par ailleurs ils sont 21,4% des patients répondants à fréquenter des réunions d'entraide à 3 mois de leur sevrage complexe, 16,1% après 6 mois et 11,8% après 12 mois.

On remarque que parmi ces patients 47,6% suivent une psychothérapie 3 mois après leur séjour dans le service, 35,5% après 6 mois et 47,1% après 12 mois.

Enfin, concernant l'activité physique, il apparaît que presque la moitié des patients répondants ont poursuivi la pratique d'un exercice physique régulier de retour chez eux.

Puisqu'ils sont 45,2% à 3 mois, 48,4% à 6 mois et 47,1% à 12 mois.

	3 mois			6 mois			12 mois		
	Oui	Non	Sans réponse	Oui	Non	Sans réponse	Oui	Non	Sans réponse
Comptez-vous reprendre contact avec nous ou un service de soin ?	28	7	7	24	5	2	10	6	1
Fréquentez-vous régulièrement des réunions d'entraide ?	9	31	2	5	25	1	2	14	1
Avez-vous entrepris une psychothérapie ?	20	21	1	11	18	2	8	8	1
Poursuivez-vous une activité sportive ?	19	16	7	15	15	1	8	9	0

Tableau 3 : questions diverses

DISCUSSION

1. Principaux résultats :

Malgré son faible effectif, cette étude nous apprend que les patients abstinents sont majoritaires parmi les patient répondants à nos questionnaires et ceci quel que soit le délai post hospitalisation auquel on s'intéresse. Ce résultat n'est pas non plus dépendant du sexe des patients. On notera toutefois que le terme de « majoritaire » devient très relatif concernant les patients sevrés à 12 mois compte-tenu du faible taux de réponses obtenues pour ces patients-là.

Par ailleurs ces réponses ont été obtenues sans multiplier les sollicitations. Les patients ayant uniquement reçu par courrier postal un exemplaire de notre questionnaire au moment voulu.

De plus ces questionnaires confirment notre hypothèse à savoir que le maintien d'un contact, d'un lien avec un réseau de soin, d'entraide est important pour la plupart des patients alcoolodépendants. En effet dans leurs réponses la majorité des patients répondants évoquent leur intention de reprendre contact avec un tel réseau ou attestent qu'ils ont maintenu ce lien.

Néanmoins il s'avère que ce désir de maintien du lien semble s'essouffler avec le temps dans la mesure où les patients répondants sont de moins en moins nombreux à déclarer vouloir reprendre contact. De même qu'ils sont de moins en moins nombreux à participer à des réunions d'entraide.

De plus notre étude confirme l'impact positif des sevrages complexes en hospitalisation compte-tenu de la part majoritaire de patients abstinents dans les suites de leur séjour.

2. Limites techniques et biais d'interprétation :

a. Population étudiée :

Néanmoins l'interprétation de nos résultats est très limitée par le faible effectif de patients concernés.

En effet nous n'avons considéré qu'un seul centre, du fait du choix d'exploiter ces questionnaires existants, ce qui limite dès le départ le nombre de patients pouvant être inclus dans notre étude.

Si notre population est relativement hétérogène du point de vue des tranches d'âges, il n'en est pas de même concernant le sexe puisque les hommes sont largement majoritaires parmi les patients (158 hommes pour 69 femmes).

Mais cela reste cohérent avec la population française de ce type de patients. [34]

b. Difficultés de recueil des données :

Les patients suivis en addictologie représentent une population nécessitant de nombreuses sollicitations si l'on veut obtenir des réponses.

En choisissant l'envoi de questionnaires de manière unique par courrier postal à 3, 6 et 12 mois, nous courrions le risque d'un faible taux de réponse à nos envois. En ajoutant à cela un effectif de départ relativement faible, nous obtenons des résultats difficilement adaptables à la population générale des patients alcoolodépendants.

Le choix d'un envoi d'un seul questionnaire par courrier avec une réponse demandée par courrier expose au risque de non réponse. Certains patients peuvent avoir choisi de ne pas répondre pour n'avoir pas à s'acquitter du tarif de l'affranchissement du courrier retour. Un envoi du questionnaire avec une enveloppe préaffranchie pour le retour aurait peut-être pu améliorer le taux des répondants. D'autres ont pu décider d'ignorer notre questionnaire par

manque d'intérêt, par négligence. En effet seuls les patients qui se sentent concernés répondent.

Des envois échelonnés dans le temps comme c'est le cas dans notre étude induisent aussi une déperdition des réponses pour raisons négatives (lassitude des patients, désir de laisser derrière soi cette période d'hospitalisation, incapacité ou absence de désir de faire le point sur sa situation actuelle...), ou positives (patients qui vont bien, qui ont tourné la page, comme le montrent les retours des équipes de suivi en ambulatoire).

Ainsi notre méthode de recueil de données ne nous permet pas d'affirmer ou non si les non répondants ne sont que des patients ayant rechuté et/ou repris une consommation d'alcool. Ce qui

c. Difficultés liées aux questionnaires :

Ces difficultés sont moindre compte-tenu de la construction du questionnaire. En effet la prévalence de questions à réponses fermées facilite le remplissage de ce questionnaire.

L'existence d'une question à réponse ouverte permet néanmoins aux patients désireux de le faire de s'exprimer librement sur leur ressenti. Nous permettant par la même occasion de constater une diversité des ressentis chez ces patients allant de la reconnaissance pour le chemin parcouru et les succès rencontrés, de la peine face à une reprise de la consommation vécue comme un échec ou un sentiment d'abandon après l'encadrement de l'hospitalisation.

3. Confrontation des résultats à la littérature :

Au vu de la littérature, le maintien d'un contact en aval d'un sevrage est un élément fondamental de la persistance de l'abstinence et/ou d'une amélioration de la qualité de vie si reprise d'une consommation il y a eu. [1] [4]

La plupart des études menées confirment que le recours au réseau de soin est plus important pour les patients abstinents.

Néanmoins peu se sont intéressées à l'impact de ce réseau sur l'abstinence, lorsque le lien est maintenu par le réseau lui-même et non plus par le patient.

Des études ont montré une proportion plus importante de patients abstinents dans une population régulièrement sollicitée par contact téléphonique [27] [39].

Dans ce contexte les sollicitations étaient plus insistantes que dans notre cas.

L'idée d'une « main tendue » que le patient peut saisir ou non, comme c'est le cas avec l'envoi de nos questionnaires, n'a pas été étudiée.

Ainsi le faible effectif de notre population et l'absence de groupe témoin exempt de ces envois ne nous permettent pas d'obtenir des résultats significatifs que l'on puisse étendre à la population générale des patients ayant bénéficié d'un sevrage complexe en institution.

De ce fait, il serait constructif d'étendre cet envoi de questionnaires à plusieurs centres et dans un laps de temps plus long, tout en n'incluant à chaque fois que la moitié des patients afin de conserver un groupe témoin. Dans le but de confirmer ou non les résultats obtenus au cours de notre étude.

4. Applications et intérêts pour l'exercice professionnel :

Néanmoins, en pratique quotidienne il apparaît nécessaire de maintenir ce lien avec un soignant de quelque manière que ce soit.

L'envoi de ces questionnaires pourrait permettre aux services institutionnels de relancer un suivi plus poussé chez certains patients si besoin, de faire intervenir le médecin généraliste quand cela s'avère nécessaire si le patient a accepté cette idée et inclus ce dernier dans son

réseau de personnes ressources (patient fragile, risque de rechute, patient abstinent mais demandeur de liens plus fréquents, etc....)

CONCLUSION

Cette étude met en évidence que l'envoi systématique de questionnaires à des patients à 3, 6 et 12 mois d'un sevrage institutionnel complexe se traduit par une majorité de patients abstinents parmi les répondants et ceci aussi bien à 3, 6 et 12 mois.

Il apparaît tout de même qu'il existe une déperdition à ces envois dans le temps.

Notre étude confirme l'importance d'un réseau de soin actif avec un lien régulier avec ces patients.

Nos résultats étant cependant trop limités quantitativement du fait du faible matériel engrangé, une étude de plus grande envergure serait à développer sur plusieurs centres et avec un groupe témoin.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Le Delaizir L. Le recours au réseau ressource, le niveau d'anxio-dépression, d'estime de soi et d'insight sont-ils des facteurs d'abstinence alcoolique dans les six mois après une cure en institution ? [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie. 2014

[2] Karila L., Coscas S., Lecacheux M., Noble F., Legleye S., Beck F., Dupont P., Benyamina A., Karmous R., Reynaud M. Conduites addictives. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 7-0145, 2008

[3] P Lahmek et HJ Aubin. Alcoolodépendance : épidémiologie, prévention. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0990, 2003, 9p

[4] Saumur E. La fréquence de contact relationnel avec des personnes ressources spécialisées ou non favorise-t-elle le maintien de l'abstinence alcoolique à tris mois après une cure en établissement avec hébergement d'au moins trois semaines ? [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie. 2013

[5] Emeriaud P., Gallois P. Alcool, après la cure ? Médecine. 2005 nov. 68-71

[6] Michaud P. Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool

avec ses patients ? Médecine. 2006 sep. 291-292

[7] Huas D., Rueff B. Alcool et médecine générale. GMSanté. 2010.

[8] Kiritzé-Topor P. Aider les alcooliques et ceux qui les entourent. Masson, 2ème édition. 2005.

[9] Fleury B. Les conduites d'alcoolisations : du repérage précoce au réseau de prise en charge. Dialogue Ville- Hôpital. John Libbey Eurotext. 2003.

[10] Perney P., Rigole H., Blanc F. Alcoolodépendance: diagnostic et traitement. La revue de médecine interne 29. 2008. 297-304

[11] Schmitt A., Schwan R., Llorca P-M. Intérêt des prises en charge coordonnées : l'alcoologie de liaison et les réseaux de santé. Annales Médico Psychologiques 165. 2007. 449-453

[12] SFA, ANAES. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus. 2001 mar 7-8, Paris, France.

[13] SFA, ANAES. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance Usage à

risque - Usage nocif. Recommandations. *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25 (45) : 35-55

[14] Pfletschinger E., Gozlan R. Plan addictions 2007-2011 et Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. *Le Concours Médical* n°1. 2010 janv 15.

[15] Morel A. Prévention, réduction des risques et soins. Actions des structures médico-sociales spécialisées en addictologie. *Le Concours Médical* n°1. 2010 janv 15.

[16] Lécallier D. Entretien motivation chez l'alcoolodépendant. *La Revue du Praticien Médecine générale*. n°896. 2013 fev.

[17] SFA, ANAES. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. 2014 dec. *Alcoologie et Addictologie* 2015; 37 (1) : 5-84

[18] Prescrire. Réductions modeste de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves. *La revue prescrire*. 2014 juin; 34 (368): 453.

[19] Jaury P. et Peyrebrune C. Rôle et pratiques des médecins généralistes. Chap 41,

[20] Drummond DC., Thom B. Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. Lancet 1990; 336 : 915-918.

[21] Batel P. Dossier alcoolodépendance. Revue du Praticien Médecine Générale n°spécial décembre 2003.

[22] Batel P., Balester-Mouret S. Maintien de l'abstinence après sevrage. La Revue du Praticien 2006, 56 (10) 1100-1105.

[23] Jünger E. Approches, drogues et ivresses. Paris, Gallimard. 1970. Folio Essais : 136

[24] RIAM. (page consultée le 24/08/2015). Outils d'aide à la réalisation d'un sevrage alcoolique ambulatoire, [en ligne].

[www.riam53.fr/media/protocole de sevrage modifie le 12 sept 2013 070119600_1658_22102013.pdf](http://www.riam53.fr/media/protocole_de_sevrage_modifie_le_12_sept_2013_070119600_1658_22102013.pdf)

[25] Mutschler J., Dirican G., Gutzeit A., Grosshans M. Safety and efficacy of long-term disulfiram aftercare. Clinical Neuropharmacology. Volume 34, Number 5, September/October 2011

[26] Bodin M. C., Romelsjö A. Predictors of abstinence and nonproblem drinking after 12-step treatment in Sweden. *Journal of studies on alcohol*, January 2006, volume 67, number 1, 139-146

[27] Haug S., Lucht M.J., John U., Meyer C., Schaub M.P. , A pilot of study on the feasibility and acceptability of a text message-based aftercare treatment programme among alcohol outpatients. *Alcohol and Alcoholism* 2015, Volume 50, number 2, 188-194

[28] Neto D., Lambaz R., Tavares E. J., Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 2007, volume 42, number 6, 604-609

[29] Kelly J.F., Hoepfner B., Stout R. L., Pagano M. , Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within alcoholics anonymous : a multiple mediator analysis. *Addiction*, 2012, volume 107, number 2, 289-299

[30] Long C. G., Williams M., Hollin C. R., Treating alcohol problems : a study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction*, 1998, volume 93, number 4, 561-571

[31] Despres C., Demagny L., Bungener M., Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolo-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie et Addictologie* décembre 2011. N°4. 333-344

[32] Mignot S., Après l'alcool, retrouver un projet. *Actualités Sociales hebdomadaires* mars 2015. N° 2903. 22-26

[33] Ministère des Affaires sociale, de la Santé et des Droits des femmes. (page consultée le 06/02/2016). Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool, [en ligne].

<http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/ressources-utiles>

[34] Thibault F., Lejoyeux M., (page consultée le 06/02/2016) Addictions et Conduites dopantes. Q45 [en ligne]

<http://www.senon->

[online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/rev%202007/45%20addictions.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/rev%202007/45%20addictions.pdf)

[35] Papet N., Manzanera C., Lafay N., Senon J.-L., (page consultée le 06/02/2016) Les addictions Q45 [en ligne]

<http://www.senon->

[online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Les%20addictions.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Les%20addictions.pdf)

[36] Girard M., Nubukpo P., Bouchareychas M., Plansont B., Malauzat. Suivi à 24 mois d'une demande de sevrage d'alcool auprès d'un service hospitalier de psychiatrie Etude de cohorte longitudinale de 330 dépendants alcooliques. Congrès Français de Psychiatrie 4^{ème} Edition, 2012 nov 28-1dec, Paris, France.

[37] Batel P. Comment aider un patient alcoolodépendant à rester abstiné ? In : Lévy P., Dharancy S., Lamarque D., Miltry E. Hépatogastro & Oncologie Digestive John Libbey Eurotext. 2002 Jan Feb, 9 (1)

[38] site du CSAPA 79 (page consultée le 06/02/2016)

<http://www.csapa79.fr/index.php>

[39] Rus-Makovec M., Ceasek-Travnik Z., Long-term abstinence and well-being of alcohol-dependent patients after intensive treatment and aftercare telephone contact. Croatian Medical Journal 2008 Dec 49(6) 763-771

[40] Kavanagh D.J., Proctor D.M., The role of assisted self-help in services for alcohol-related disorders. Addictive Behaviors 36 (2011) 624-629.

[41] site de l'ANPAA. (page consultée le 10/02/2016) www.anpaa.asso.fr

ANNEXES

UNITE D'ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE

L'équipe est composée de :

- Un médecin psychiatre addictologue , Dr Piquemal Anne
- Deux infirmières Mne Brault Marie jordane , Mne Marsac Savart Carène
- Une aide-soignante , Mne Martin Béatrice
- Une thérapeute familiale , Mne Rival Aline
- Une psychologue, Mne Mahu Villemin Elisabeth
- Un assistant social , Mr Loiseau Bruno
- Une diététicienne , Mne Delarue Florence
- Une socio esthéticienne, Mne Sicard Patricia
- Un kinésithérapeute, Mr Bichon Christophe
- Une musicothérapeute , Mne Page Monique

**VOUS ETES HOSPITALISE ACTUELLEMENT POUR VOUS SOIGNER D'UNE
DEPENDANCE A L'ALCOOL (OU A UNE AUTRE DROGUE)**

Vous ne pouvez plus contrôler durablement vos consommations ...

Soit parce que vous ressentez un besoin physique incontrôlable de consommer de l'alcool pour éviter de ressentir des malaises, signes de « manque » (comme les tremblements et les sueurs...), soit parce que vous ressentez un besoin psychologique de boire de l'alcool pour maîtriser vos angoisses, votre mal être, oublier vos soucis...

Vous vous êtes laissé enfermer dans ce produit et vous êtes de plus en plus seul, les ennuis et les pertes s'accumulent, vous n'avez plus confiance en vous, votre corps se fatigue, vous vous sentez culpabilisé(e) et vous pensez ne plus avoir de volonté.

Vous êtes ici pour vous sortir de cet engrenage.

C'est votre CHOIX d'arrêter COMPLETEMENT le produit qui sera votre principal atout vers une stabilisation, dans un chemin de mieux être et de projets positifs. En cela, c'est VOUS qui serez le principal acteur de vos soins et, nous vous le dirons souvent, le meilleur médicament, c'est vous.

Toutefois, nous sommes là pour vous guider et vous accompagner dans votre démarche.

Votre séjour dans l'Unité durera 3 semaines, avec un week-end de sortie à domicile pour vous aider à retrouver vos marques dans votre vie quotidienne et travailler sur les « pièges à rechute ».

Ces 3 semaines seront donc l'expérience d'une « nouvelle vie ».

L'ensemble de l'équipe se tient à votre disposition.

DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION

Vous avez les mêmes DROITS et DEVOIRS que les autres malades hospitalisés, mais vous devez aussi respecter le règlement du service.

Nous signerons ensemble un CONTRAT en début de séjour. Tout manquement à ce contrat sera suivi d'une rupture du contrat et d'une sortie immédiate du service.

Différents « outils » vous seront proposés durant votre séjour ; ils ont pour buts de vous aider à :

- Mieux vous connaître,
- Mieux connaître la maladie alcoolique (ou la dépendance autre dont vous souffrez),
- Retrouver confiance en vous
- Enfin à envisager la sortie dans votre « vraie vie » *sans* le produit...

Pour cela, voici les différents ateliers que vous expérimenterez :

- Entretiens individuels
- Réunions de groupe
- Apports théoriques sur les addictions
- Atelier d'esthétique
- Piscine
- Relaxation
- Sport
- Atelier diététique
- Activités créatives, dont atelier d'écriture
- Entretiens avec les différents intervenants

Nous pouvons aussi être amenés à recevoir votre famille et l'associer à votre projet...

Après le sevrage complexe, l'expérience montre qu'un suivi est nécessaire, individuel et/ou en groupe ; les réunions d'entraide peuvent être très utiles. Nous vous donnerons à votre sortie des adresses et coordonnées...

Nous vous souhaitons un bon séjour

CONTRAT D'HOSPITALISATION DANS LE SERVICE D'ADDICTOLOGIE

Vous êtes dans un service d'addictologie (alcool , drogues illicites , addictions comportementales...)

Durant votre séjour de 3 à 4 semaines dans l'unité d'Alcoologie et Addictologie, l'équipe de soins se propose :

- ➔ De vous aider dans l'analyse des mécanismes ayant conduit à votre addiction, et dans la réflexion sur un projet de changement de vie.
- ➔ De vous accompagner dans cette expérience débutante où d'inévitables changements vont se produire.

Vous aurez les mêmes droits que les autres patients hospitalisés, mais également les mêmes devoirs.

Nous vous demandons avant de commencer la cure de signer avec nous un « *contrat de soin* » qui a pour but de vous aider dans votre démarche et de favoriser notre collaboration.

Ce contrat vise aussi à protéger le groupe de patients auquel vous appartenez.

L'équipe représentée par le médecin et qui est *garante du cadre de soin* a toute autorité pour mettre fin à votre séjour en cas de comportement inadapté.

De la même façon, nous vous demandons de signaler sans attendre à l'équipe tout évènement éventuel qui pourrait entraver le bon déroulement de votre séjour.

1 - Les clauses du contrat sont les suivantes :

→ Ne pas consommer d'alcool sous aucune forme dans l'unité pendant votre séjour (une alcoolémie peut être réalisée par une infirmière à tout instant pour faire un contrôle).

→ Ne pas utiliser de drogues illégales. (également , des recherches sanguines et/ou urinaires peuvent être faites)

→ Ne pas consommer de médicaments autres que ceux prescrits.

→ Participer de façon obligatoire aux activités qui font partie du programme thérapeutique (affiché en début de chaque semaine) et respecter les horaires.

→ Ne pas sortir de l'enceinte de l'hôpital durant les 3 semaines, sauf pour :

- les sorties de groupe, les mercredis
- Les permissions de 2^{ème} semaine (du samedi matin à partir de 8h00 au lundi matin pour 8 h 30).
- Ou pour des démarches particulières , avec accord de l'équipe soignante.

→ **Respecter strictement la confidentialité** en ce qui concerne la vie privée des autres patients.

Pour les addictions comportementales, se conformer au contrat de soin personnalisé qui sera ajusté en fonction de votre problématique.

Je soussigné (e) M

m'engage à respecter les clauses du contrat.

Niort, le

Je soussigné (e) M

membre de l'équipe soignante m'engage à respecter les clauses du
contrat.

Niort, le

2 - Règlement intérieur de l'unité

→ Votre portable doit rester dans votre chambre pendant les activités.

→ Il est déconseillé de recevoir des visites avant le premier weekend.
Puis les visites sont autorisées de 17 h à 21 h30 et le weekend toute la journée.

→ Vous devez avoir regagné l'unité d'alcoologie à 21h30.

→ L'entretien de votre chambre et des parties communes de l'unité d'alcoologie vous revient.

L'aide soignante peut vous apporter aide et conseils.

→ Etre attentif au respect de chacun.

→ Ne pas gêner autrui (bruits ,télévision , horaires).

L'équipe s'engage à vous accompagner durant votre séjour en organisant les ateliers thérapeutiques, en vous proposant des temps de disponibilité et d'écoute.

Toute personne de l'équipe soignante a autorité équivalente pour assurer le bon déroulement de la cure et le respect du contrat.

TOUTE RUPTURE DE CE CONTRAT SERA SUIVIE DE L'ARRET ET

L'EXCLUSION DE LA CURE LE JOUR MEME.

Je soussigné (e) M

m'engage à respecter les clauses du contrat.

Niort, le

Je soussigné (e) M

membre de l'équipe soignante m'engage à respecter les clauses du
contrat.

Niort, le

Annexe 3 : emploi du temps patient service alcoologie et addictologie du Centre hospitalier de Niort

EMPLOI DU TEMPS PATIENT				
lundi	Mardi	Mercredi	jeudi	vendredi
<p>8h30-8h45 Echos du week end</p> <p>8h45-10h15 Retour de permission Echange autour du weekend Alcoolémie</p> <p>10h30-12h00 Pyramide de Maslow Ou Alcoolodépendance</p> <p>10h Accueil des entrants Présentation du service au groupe d'entrant</p>	<p>8h30-8h45 Echos de la nuit</p> <p>9h15-10h00 Entretiens avec les premières semaines</p> <p>10h00-11h30 Atelier thérapie de groupe</p> <p>11h45-12h15 Info pour atelier diététique</p>	<p>8h30-8h45 Echos de la nuit</p> <p>8h45-9h15 Prise de tension artérielle 1^{ère} et 3^{ème} semaine</p> <p>9h15-10h00 Atelier zen</p> <p>10h00-12h00 Atelier Carte d'identité Photo langage Atelier mots</p>	<p>8h30-8h45 Echos de la nuit</p> <p>8h45-10h00 Atelier : relaxation</p> <p>10h00-12h00 Atelier autogéré pour les curistes, préparation de décoration du self du vendredi</p> <p>Equipe soignante en réunion de synthèse dans la salle de réunion</p>	<p>8h15-8h30 Echos de la nuit</p> <p>8h30-10h30 Atelier : travail corporel énergétique Sport</p> <p>11h00-12h30 Atelier : Cuisine, préparation des toasts, des cocktails, de la table et repas. (atelier cuisine toutes les 3 semaines)</p>
repas	repas	repas	repas	repas
<p>13h30-14h30 Atelier : ressources (auto-hypnose) 3^{ème} semaine</p> <p>Atelier zen 2^{ème} semaine</p> <p>14h45-16h00 Atelier DVD prévention et rechute pour les 2 et 3^{èmes} semaines</p> <p>14h00-16h00 Entretiens avec les entrants</p> <p>16h30-17h45 Atelier sport Pour les 2^{ème} et 3^{ème} semaine</p>	<p>13h30 Passage bibliothécaire</p> <p>14h30-16h00 Atelier d'ergothérapie</p> <p>Pendant l'atelier : Entretien infirmier avec 2^{ème} semaine Entretien assistante sociale Atelier d'esthétique</p> <p>19h00-20h30 Groupe d'entraide</p>	<p>13h15-14h15 Atelier : piscine</p> <p>14h30-16h15 Sortie centre ville</p> <p>16h30-18h00 Atelier Voix</p>	<p>13h45-14h00 Info et questions diverses</p> <p>Entretien avec thérapeute familiale</p> <p>14h00-16h00 Atelier diététique : Atelier du goût l'alimentation les boissons</p> <p>17h30-18h00 Réunion d'information : Alcoolique anonyme 1^{er} jeudi du mois Nouvelle vie 2^{ème} jeudi du mois Alcool assistance 3^{ème} jeudi du mois</p>	<p>14h15-15h00 Rangements et nettoyage des lieux de vie</p> <p>Entretien de sortie</p> <p>15h00-16h15 Bilan fin de séjour</p>

QUESTIONNAIRE 3 MOIS

NOM :

Prénom :

NON

OUI

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Etes-vous ABSTINENT actuellement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous vécu une période de rechute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Si vous consommez encore des produits : | | |
| • En consommez-vous plus qu'auparavant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En consommez-vous moins qu'auparavant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • En consommez-vous de façon différente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comptez-vous reprendre contact avec nous

ou avec un Service de Soins

- Fréquentez-vous régulièrement des réunions d'entraide

- Avez-vous entrepris une psychothérapie

Comment allez-vous..... ?

QUESTIONNAIRE 6 MOIS

NOM :

Prénom :

NON

OUI

- Etes-vous ABSTINENT actuellement

- Avez-vous vécu une période de rechute

- Si vous consommez encore des produits :
 - En consommez-vous plus qu'auparavant
 - En consommez-vous moins qu'auparavant
 - En consommez-vous de façon différente

Comptez-vous reprendre contact avec nous
ou avec un Service de Soins

- Fréquentez-vous régulièrement des réunions d'entraide

- Avez-vous entrepris une psychothérapie

Comment allez-vous..... ?

QUESTIONNAIRE 12 MOIS

NOM :

Prénom :

NON

OUI

- Etes-vous ABSTINENT actuellement
- Avez-vous vécu une période de rechute
- Si vous consommez encore des produits :
 - En consommez-vous plus qu'auparavant
 - En consommez-vous moins qu'auparavant
 - En consommez-vous de façon différente

- Comptez-vous reprendre contact avec nous

ou avec un Service de Soins

- Fréquentez-vous régulièrement des réunions d'entraide

- Avez-vous entrepris une psychothérapie

Comment allez-vous..... ?

RESUME

L'envoi de questionnaires de rappel systématique après un séjour institutionnel pour sevrage complexe a-t-il une influence sur le maintien de l'abstinence.

Par Mademoiselle Marie BARRET

Directrice de thèse : Docteur Anne PIQUEMAL

RESUME

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est de montrer qu'il existe une influence positive de l'envoi de questionnaires sur le maintien de l'abstinence chez les patients qui y répondent.

Méthodologie : Les patients ont reçu un questionnaire à trois, six et douze mois de leur sevrage complexe en hospitalisation. Nous avons recueilli leur consommation d'alcool (abstinence, période de rechute), leur recours au réseau de soin, la pratique d'une activité sportive.

Résultats : Deux cent vingt-sept patients ont été inclus dans notre étude. A trois, six et douze mois ils sont respectivement quarante-deux, trente-et-un et dix-sept à avoir répondu, parmi eux 79%, 74% et 71% sont abstinents.

Conclusion : Cette étude montre que l'envoi systématique de questionnaires à des patients à 3, 6 et 12 mois d'un sevrage institutionnel complexe se traduit par une majorité de patients abstinents. Ce qui confirme l'importance d'un réseau de soin actif avec un lien régulier avec ces patients.

Mots clés : alcoolodépendance - sevrage institutionnel complexe - abstinence - réseau - maintien de contact - questionnaire

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 !

