

**UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE**

**FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE**

**INTERET DE LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITE DE  
VIE DANS LE SEVRAGE ETHYLIQUE : ETUDE PILOTE**

Par Laurence Secci ép. Chiriazzi

« Master Professionnel  
INGENIERIE DES SYSTEMES DE SANTE »

Parcours : Prévention et Education pour la Santé

Master ISS, Université de la Méditerranée, parcours P2  
Soutenu le : 12 septembre 2007

Sous la direction de  
Monsieur le Professeur Jean Louis San Marco

Membres du jury :

Mademoiselle Vanessa Pauly

Monsieur le Professeur Xavier Thirion

Monsieur le Professeur Jean Louis San Marco

Personnes ressources :

Madame le Docteur Marie-Claude Siméoni

Monsieur le Docteur Jacques Viala-Artigues

## TABLE DES MATIERES

1. Introduction .....	4
2. Thème.....	5
3. Etat des lieux sur le sujet.....	5
Réflexion sur le thème.....	5
3.1. Histoire de l'alcool .....	6
<b>3.1.1. Dans l'Egypte ancienne</b> .....	6
<b>3.1.2. Dans la Grèce antique</b> .....	6
<b>3.1.6. Le Moyen Age</b> .....	7
3.2. Histoire de l'alcoolisme .....	8
3.3. Définition et étymologie de l'addiction .....	9
3.5. Dispositif .....	12
<b>3.5.1. Dispositif ambulatoire</b> .....	12
<b>3.5.2. Dispositif médico-social</b> .....	12
<b>3.5.3. Dispositif hospitalier</b> .....	12
3.6. La prise en charge .....	12
3.7. Définition de la Qualité de Vie liée à la Santé .....	12
<b>3.7.1. La qualité de vie liée à la santé</b> .....	13
4. Problématique.....	14
5. Matériel et méthode.....	14
5.1 Protocole du service .....	16
5.2. Protocole d'étude.....	17
5.3. La période de l'enquête .....	18
5.4. La méthode d'analyse statistique .....	19
6. Résultats .....	19
7. Discussion .....	39
8. Conclusion.....	42
BIBLIOGRAPHIE .....	44

# 1. Introduction

En tant que professionnel de santé paramédical et exerçant dans un service de Santé Publique (ANNEXE 1), nous sommes confrontés, dans notre pratique, à des patients présentant des conduites addictives multiples, notamment avec l'alcool. Ces patients viennent, lors de la première consultation, pour une première démarche. Ils se présentent en disant qu'ils ne peuvent plus continuer à fonctionner avec le produit. Leur demande n'est pas en première intention le sevrage mais plutôt « boire moins ». Le médecin addictologue qui les reçoit leur propose selon le cas et la demande « un sevrage thérapeutique » en ambulatoire. Le sevrage thérapeutique est nécessaire. Ce processus entraîne une souffrance d'ordre physique et psychique et de plus il y a danger de mort chez le sujet, (delirium tremens et crise d'épilepsie). C'est ainsi que nous les recevons et que nous devons les accompagner. Le sevrage thérapeutique constitue une étape incontournable et essentielle.

Les disparités des méthodes de sevrage ont justifié la tenue d'une conférence de consensus. Notre choix thérapeutique s'en inspire. « *L'analyse des pratiques et de leur évaluation ont conduit à proposer une simplification du traitement* ». [1]

Le sevrage thérapeutique, c'est-à-dire l'arrêt de la consommation d'alcool, s'établit dans le service sur 15 jours ou plus, en fonction de la personne. Pour certains, la vie de tous les jours sans alcool s'établit tout de suite au cours de la phase de sevrage. Pour d'autres, une phase de consolidation est nécessaire. (ANNEXE 2)

Les soins ont lieu du lundi au vendredi avec une coupure pendant le week-end, période où le service de soins est fermé.

Le sevrage est un moment de rupture qui confirme au sujet sa dépendance. Dans ce contexte, les patients vont vivre au cours de cette période des modifications positives et négatives, au niveau de leur état général, physique et émotionnel.

Une fois l'hospitalisation de jour programmée, ils sont accueillis par nous infirmières qui les recevons individuellement. Nous assurons des entretiens infirmiers dès leur arrivée, ils nous permettent de créer une première relation, un premier contact, afin de mieux connaître le sujet. Puis, tous les jours de la semaine, avant d'administrer aux patients des perfusions vitaminiques suivi d'une injection rapide de sulfate de magnésium, (ANNEXE 3), un prélèvement sanguin est effectué pour doser l'alcoolémie de ces derniers. Durant ce soin, une

surveillance avec l'aide de l'échelle des index de gravité des états de sevrage, (ANNEXE 4), est assurée par nous, équipe paramédicale, pour détecter une éventuelle complication liée à l'arrêt de l'alcool.

## **2. Thème**

Le démarrage d'un sevrage est le début d'une période difficile. C'est une période où les sujets sont fragiles, ils peuvent être tenté de consommer des boissons alcoolisées, une fois de retour chez eux et cela peut être jugée de l'extérieur comme une marque de faiblesse des éthyliques. Alors qu'ils consommaient jusqu'alors des boissons alcoolisées de manière régulière, ce qui les déséquilibrait physiquement et psychiquement, ils cassent un mauvais équilibre et le remplace par un déséquilibre douloureux. Lors des différentes étapes, qui sont l'entretien d'accueil, les soins journaliers, on n'aborde qu'un angle du sevrage, c'est-à-dire l'arrêt du produit sans tenir compte d'éléments qui peuvent gêner le sujet, entraver cette étape cruciale pouvant le conduire vers l'abstinence. Ces éléments, en lien avec la vie de tous les jours, peuvent être de véritables obstacles au processus de sevrage, cependant, est-ce que le fait de les aborder, permettrait d'anticiper les désagréments que l'on n'imagine pas rencontrer au cours d'un sevrage et qui peuvent entraver la qualité de vie du sujet et compromettre ainsi le projet de sevrage éthylique ?

## **3. Etat des lieux sur le sujet**

### **Réflexion sur le thème**

L'histoire de l'alcool n'est pas indépendante de celle de l'alcoolisme. Des ivresses bachiques [2], dyonysos chez les grecs [3], le modernisme avec le début de l'industrialisation, a amené l'alcoolisme. Comprendre les comportements de millions de personnes sous la dépendance d'un produit qui s'est avéré au cours des années être une véritable drogue, permet de ne pas situer le problème de l'arrêt de l'alcool sous le seul angle de la volonté. Il existe des explications neurologiques de cet état de dépendance passant des théories membranaires aux subtilités liées à la production de neuromédiateurs avec une importance variable selon les époques (des endorphines expliquant toutes les dépendances dans les années 70 au schéma très élaboré de circuit du plaisir autour de la dopamine toujours actuelles) [4]. L'alcool tue aujourd'hui alors que les risques sont connus et scientifiquement démontrés. Connaître les dangers de l'alcool ne suffit donc pas à ralentir voire stopper l'épidémie. Le nombre de personnel soignant soigné dans le service suffit à démontrer l'inutilité de savoir du risque.

Dans une première partie, nous proposons un éclairage sur l'histoire de l'alcool et son usage, de l'alcoolisme, de l'addiction, de notions épidémiologiques, les dispositifs ambulatoires, la prise en charge, le sevrage physique. Puis, nous aborderons la notion de qualité de vie liée à la santé.

### **3.1. Histoire de l'alcool**

L'usage de l'alcool remonte à l'antiquité (même avant peut-être). Il est contemporain de la sédentarisation de l'homme, le Néolithique avec l'apparition de l'agriculture et de l'invention de la poterie ou de la Calebasse. La découverte de ce produit est vraisemblablement due à un mauvais stockage de produits alimentaires fermentable et après cette transformation de la consommation.

L'effet entraîné par ce produit a induit rapidement un contrôle de sa consommation et son usage a été réservé aux pratiques religieuses, divinatoires, médicamenteuses et nutritionnelles, il y a déjà 10 000 ans de cela. [5]

#### **3.1.1. Dans l'Égypte ancienne**

Les papyrus retrouvés, décrivent les étapes de la fabrication, l'importance de la production et la commercialisation de la bière et du vin. La première appellation date probablement de cette époque avec des sceaux indiquant l'origine des boissons, les bons vins et les bonnes années. L'histoire égyptienne apportera un autre élément essentiel : les boissons fermentées s'auto purifient, la fermentation élimine les germes et les parasites et les médecins de l'ancienne Égypte l'utiliseront pour lutter contre les parasitoses notamment la bilharziose endémique des eaux du Nil.

Les Grecs et les Romains (3 000 ans avant J C) connaissent l'art viticole décrit dans l'Iliade et l'Odyssée. [5]

#### **3.1.2. Dans la Grèce antique**

Euripide dramaturge grec, écrit (408 avant JC) dans Les Bacchantes : « *Il y a deux divinités qui tiennent le premier rang chez les hommes. L'une est la déesse Déméter ... qui d'aliments solides nourrit les mortels. L'autre (Dionysos)... Il a trouvé un breuvage, le jus de la grappe et l'a introduit parmi les mortels pour délivrer les malheureux hommes de leur chagrin* ».

Dionysos (Bacchus pour les Romains) ; fils de Zeus (de Jupiter pour les Romains) et de Sémélé avait un père nourricier et précepteur Silène qui était toujours ivre. Il passera sa jeunesse caché en Égypte pour fuir la haine de Junon, apprendra à planter la vigne et sera

vénéralisé comme le Dieu du vin et de la vigne, Junon finit par le frapper de folie... son culte sera source de fantaisie, de la fête, de la joie, de l'inspiration dans l'ivresse mystique. [5]

### **3.1.3. A Rome**

Les romains prennent le relais (Dionysos devenant Bacchus) avec les fêtes des bacchanales, fêtes réglementées. L'empire s'étendant, exportant ses usages, la vigne, le vin avec succès, cette époque devient très expansive, productrice et rend la consommation plus « démocratique ». Le vin devient le support de médicaments (Caton l'Ancien 234-149 avant J C). L'alcoolisme dépendance est décrite à cette époque. [5]

### **3.1.4. Le Christianisme**

L'ancien testament évoque fréquemment l'usage du vin. Le premier vigneron reste Noé qui planta la vigne dès la fin du déluge (il avait 600 ans) et en action de grâce, l'arrosa du sang d'un agneau, d'un lion, d'un singe et enfin d'un porc (on reconnaît là les effets du vin selon que l'on en boit peu, beaucoup ou trop). Il connut l'ivresse et l'humiliation de s'être mis nu devant ses fils, la dérision d'un des leurs et l'action des deux autres qui le couvrent d'un manteau en marchant à reculons.(Noé mourut à...950 ans...). [5]

### **3.1.5. Le nouveau testament**

Il apporte une autre image du vin. Entre le premier miracle de Jésus Christ aux Noces de Cana transformant l'eau en vin et son dernier repas où le vin devient le sang du Christ, la religion chrétienne a permis le passage du vin païen au vin chrétien. L'expansion de l'empire romain et la propagation du christianisme étendront la culture de la vigne. Cette culture, en France, dirigée par les romains, faite par les gaulois (esclaves) eut au fil des siècles pour mainteneurs les abbés, évêques et princes du moyen-âge. [5]

### **3.1.6. Le Moyen Age**

Au nom de la gloire de Dieu, une viticulture monastique s'épanouit, les « Pères » brasseurs de bière faisant de même. L'ivresse toujours réprimée, devient un péché. Le marché du vin s'accompagne de charges, impôts et privilèges tantôt promulgués, tantôt abolis. Dans cette époque, le monde paysan et citadin boit du vin tant qu'il n'est pas devenu vinaigre. [5]

### **3.1.7. La Renaissance**

Cette époque marque l'essor du vin plaisir, donc d'une boisson de qualité. La naissance des grands crus aura lieu pendant les 17<sup>e</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles. La fiscalisation par l'octroi amène la réglementation des guinguettes, tavernes et cabarets avec heure de fermeture obligatoire, amendes pour les débitants et les usagers.

Cette partie de l'histoire de l'alcool reste très actuelle entre l'usage réglementé protégé, glorifié, sacré de l'hydromel, au vin, à la bière et autres boissons fermentées.

Peu de place a été donnée aux boissons distillées (alambic) d'origine arabe pour les uns, grecque pour les autres. Cette « eau de vie », cet esprit du vin, fabriquée par les distillateurs et vendue uniquement aux apothicaires, sera le support élixir de teintures et autres remèdes dans le 18<sup>ème</sup> siècle. Le mot alcool vient de naître.

Nous ne pouvons ne pas rappeler l'étymologie du mot alcool, le khôl, produit du maquillage sensé protéger les yeux du soleil et transformer les femmes en une autre. [5]

## **3.2. Histoire de l'alcoolisme**

### **L'après guerre**

Le monde médical demeurera jusqu'aux années 1950 assez impuissant devant le phénomène de la dépendance alcoolique et des alcoolopathies. L'apport des vitamines, la découverte des médicaments psychotropes, hypnotiques, tranquillisants aidera les médecins. Les méthodes de dégoût ou de dissuasion apparaissent, la méthode de Champeau des piqûres chauffantes est proposée en 1965. Les années 1970 voient la création des Consultations d'Hygiène Alimentaire devenant Centre d'Hygiène Alimentaire en 1975 pour s'appeler Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA) en 1983 qui se transformeront enfin en Centre de Cure d'Alcoologie Ambulatoire (CCAA) en 1999.

La ligue Nationale contre l'Alcoolisme, terme guerrier, deviendra Comité de Prévention (référence pasteurienne) toujours contre l'Alcoolisme pour se nommer depuis l'Association de Prévention contre l'Alcoolisme, l'objectif essentiel est la prévention et l'application de la législation et non l'aide aux soins. Le monde associatif avec la Croix Bleue et la Croix d'Or crée des Centres de cure et postcure dès 1902. Il se laïcise avec la création de Vie Libre en 1953, proche du milieu du travail et des mouvements d'Education Populaire. L'aide à la réinsertion professionnelle devient un de leurs principaux objectifs.

Les Alcooliques Anonymes est une association issue de la rencontre en 1935 de deux buveurs américains qui sont ainsi devenus abstinents. Ceux-ci éditent un livre en 1939 « les

Alcooliques Anonymes » dans lequel ils développent l'idée de maladie comportementale caractérisée par une perte de contrôle des consommations et dont le seul traitement est l'abstinence absolue (sobriété), renouvelée de 24 heures en 24 heures. Ce traitement n'est selon eux possible qu'avec le partage de l'expérience de chacun mise en commun. Ce mouvement sera connu en France après la publication du livre reportage de l'écrivain journaliste Joseph Kessel qui a écrit un livre (*Avec les alcooliques anonymes*, édition Gallimard, 26/10/1960). Le centre d'intérêt sera une réflexion commune et comportementale sur le « comment » on boit, « comment » on s'arrête et non sur le « pourquoi » je bois. [5]

### **Qu'est-ce que l'alcoolisme ?**

L'alcoolisme est un terme qui a été créé en 1849 par Magnus Huss. On retrouve plusieurs définitions de l'alcoolisme. Pour Simonin, « est considéré comme grand alcoolique, celui qui absorbe chaque jour une quantité d'alcool supérieure à ce qu'il peut oxyder ». Ainsi, l'individu en buvant avec excès se met en danger et met en danger autrui en dépassant « le seuil de sécurité ». L'alcoolisme désigne les manifestations pathologiques dues à l'alcool.

L'alcoolisme a été défini à l'aide de deux synthèses cliniques, celle de Jellinek (alcoologue américain, 1960) qui définit l'alcoolisme comme tout usage de boissons alcooliques qui cause des dommages à l'individu, à la société ou aux deux, et celle de Pierre Fouquet, fondateur de la Société française d'alcoologie qui a élaboré dans les années (1970) une définition de l'alcoolisme toujours pertinente : « *Est alcoolique celui ou celle qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool.* » [6].

### **3.3. Définition et étymologie de l'addiction**

La définition de l'addiction a pour origine un vieux terme français venant du latin : addictus c'est-à-dire « s'adonner à ». Il désignait en droit romain ancien la contrainte par corps de celui qui ne pouvait s'acquitter de sa dette. « *Rappelons que pour les empruntés, l'usage du produit rapporte des bénéfices et que la majorité des emprunts sont bénéfiques (côté permissif, plus assurance...).* L'addiction est un accident de l'usage. » [7] Il était mis à la disposition du plaignant par le juge. L'addiction représente un processus comportemental qui a pour fonction de procurer du plaisir, de soulager un malaise intérieur. Ensuite, il y a un échec de contrôle de ce comportement et sa persistance malgré les conséquences négatives.

En 1990, une définition de « l'Addiction » est proposée par Goodman : « Processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Ce concept d'addiction amène au terme de pratiques addictives, comprenant de multiples facettes dont celle de la dépendance alcoolique.[5]

L'addiction est considérée comme une contrainte irrésistible à consommer une substance (alcool, tabac, nourriture...). Le sujet n'arrive pas à renoncer à cet usage. Et cela parfois sans aucun bénéfice (nostalgie) qui amène au « ça peut plus durer ».

Il apparaît donc que l'alcoolisme engendre aliénation et dangerosité pour l'individu et son environnement.

On dénombre 45 000 morts par an dans l'hexagone. La cirrhose alcoolique, les psychoses alcooliques et les cancers des voies aérodigestives supérieures constituent trois causes de mortalité liées à la consommation excessive d'alcool. En France et dans le monde, la consommation d'alcool commence de plus en plus tôt, bien avant 15 ans et les complications liées à son usage aussi, entre 30 et 50 ans [8].

Rappelons la notion d'initiation au produit c'est à dire un usage proposé, gratuit avec une motivation de plaisir : le bon vin. Certains croient que cette initiation d'apprendre à boire protégerait !

Ce constat nous amène à donner quelques chiffres.

### **3.4. Epidémiologie**

#### **3.4.1. Alcool et société**

On considère que 45 000 décès sont imputables chaque année à l'alcool dont 23 000 directement. 10 % des français auraient un problème avec l'alcool ; 3 millions seraient alcoolodépendants dont 10 % seraient pris en charge. Il est la troisième cause de mortalité. Il représente 17 milliards d'euros de dépenses. Ce chiffre représente le coût direct lié à la maladie et le coût indirect : perte de productivité, accidents de travail, accidents et délits. Nous sommes tenus de préciser que la production d'alcool est source de travail et de bénéfices importants pour la collectivité, cependant, ce n'est pas l'objet de notre mémoire. [9]

### **3.4.2. Alcool et famille**

90 % des maltraitances à enfant sont faites sous son emprise. Il est facteur d'agressivité, la personne est désinhibée. Elle apparaît comme cause de difficulté, de rupture familiale.

Par ailleurs, l'alcool crée un phénomène de co-dépendance visant, de la part du conjoint, à excuser le comportement de son partenaire alcoolique. On retrouve ainsi une attitude protectrice. Ce phénomène va conduire la famille à l'isolement rompant toute relation avec leurs proches. [9]

### **3.4.2. Alcool et les jeunes**

On constate une banalisation de la boisson alcoolisée [9] avec une forte prédominance pour la bière et les alcools forts. 39 % des jeunes de 14 à 18 ans déclarent avoir déjà été ivres. On constate également une recherche d'effets immédiats. On parle « d'alcool défonce » notamment le week-end. Les jeunes expérimentent une ivresse précoce et répétée. Cela entraîne des conduites à risque : accidents, rapports sexuels non protégés.

L'apparition des « premix » semblent banaliser l'alcool : le goût, les prix, les étiquettes attrayante attirent les jeunes. [9]

### **3.4.5. Alcool et conduite routière**

Un accident sur trois est lié à l'alcool [9], il est impliqué dans la moitié des accidents mortels survenant le week-end. L'augmentation du risque accident croît en fonction de l'alcoolémie. Ainsi, pour 0,6 grammes d'alcool dans le sang, les risques sont doublés ; pour 1 gramme, les risques d'accidents sont multipliés par sept.

### **3.4.6. Alcool et milieu de travail**

L'alcool serait responsable de nombreux arrêts de travail, quatre fois supérieurs à la moyenne nationale [9], soit trente millions de journées de travail par an dues à une incapacité totale ou partielle de travailler. On note également un nombre accru de fautes professionnelles, d'actes d'agressivité.

Le coût médical de l'alcool :

8 milliards d'euros sont alloués à traiter les maladies et les accidents liés à l'alcool.

Ces affirmations sont l'objet d'études complexes issues de nombreuses références ou instituts (santé publique, sécurité sociale, INSERM, médecine du travail, etc....

Devant ces évidences, les pouvoirs publics ont réagi.

### **3.5. Dispositif**

#### **3.5.1. Dispositif ambulatoire**

##### **La vision bio psycho sociale de la maladie alcoolique.**

Le concept de maladie est récent. Il a permis de sortir d'une vision moraliste de l'alcoolisme. (Vice)

Les CCAA<sup>1</sup>, créés en 1970 par le ministre de la santé Simone Weill et au nombre de 250 [10], sont des structures permettant un suivi médical, social et relationnel nécessitant la présence d'une équipe pluridisciplinaire. Ils accueillent près de 100 000 personnes par an.

#### **3.5.2. Dispositif médico-social**

Les centres d'hébergement de la réadaptation sociale se veulent tournés vers l'extérieur permettant les recherches d'emplois, l'aide au logement, les aides juridiques.

#### **3.5.3. Dispositif hospitalier**

Il prend en charge le sevrage de la personne alcoolique dans un service de médecine, de psychiatrie ou en service spécialisé en alcoologie. Les soins de post cures permettent la réhabilitation du patient ; ils permettent de consolider l'abstinence. [11]

### **3.6. La prise en charge**

#### **3.6.1. Le sevrage physique**

Véritable cataclysme neurologique pouvant se manifester par des crises d'épilepsie ou un état complexe et rapidement évolutif du Delirium Tremens.

Il consiste à prévenir le syndrome de manque notamment le risque de Delirium Tremens. Le sevrage est immédiat et total. Un bilan biologique est demandé afin d'évaluer le retentissement de l'alcool sur le corps (ANNEXE 5). Le traitement est basé sur trois axes : prescription de tranquillisants, réhydratation et vitaminothérapie. [12]

Le syndrome de manque est bien évalué et même scoré (au détriment de la qualité de vie bien trop négligée jusqu'alors.

### **3.7. Définition de la Qualité de Vie liée à la Santé**

---

<sup>1</sup> Centres de Cure Ambulatoire en alcoologie

Selon la définition de l’OMS<sup>2</sup> en 1993, « C’est la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C’est un concept très large influencé de manière complexe, par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

C’est un concept nouveau qui tente de quantifier la perception qu’a l’individu de son propre « bien être ». Les thérapeutiques médicamenteuses sont nécessaires ou indispensables à la prise en charge des patients mais peuvent être aussi source d’inconfort ou d’effets secondaires.

Dans nos pays industrialisés où l’espérance de vie ne cesse d’augmenter et n’est plus une priorité, il y a d’autres paramètres qui se dégagent pour se consacrer à la qualité de ce « surplus de vie ».

### **3.7.1. La qualité de vie liée à la santé**

La qualité de vie est donc une notion récente qui prend en compte divers critères permettant à un individu de se sentir bien. C’est une notion subjective puisqu’elle est étroitement liée à l’individu et correspond à la perception qu’il a de sa santé. On peut dire qu’il s’agit d’une notion subjective qui s’attache à un ressenti [13], à une conception individuelle. Le service de santé publique du Professeur J-L San Marco, (ANNEXE 1), situé à l’hôpital de la Timone prend en charge des patients ayant le plus souvent une dépendance alcoolique en hôpital de jour. La dépendance comprend deux dimensions : physique (tolérance ou syndrome de sevrage), et psychique (attachement subjectif du patient au produit) [14]. Ils reçoivent des soins médicaux, infirmiers et un soutien psychologique. Il y a également une prise en charge sociale qui se fait en dehors du service, car il y a souvent des problèmes de logement et d’emploi. Il semblerait que pour ces patients en souffrance, la question de la perte de la qualité de vie ne soit pas la première priorité.

Le contrôle du manque physique étant satisfaisant, l’approche de la qualité de vie devient possible. Une fois le sevrage terminé, ils redécouvrent les petits plaisirs de la vie que ce soit au niveau sensoriel, le plus souvent gustatif avec une reprise de l’appétit, le plaisir de soigner leur apparence physique, se laver, prendre soin d’eux et bien d’autres plaisirs.

---

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé

Le bénéfice de l'arrêt de l'alcool mériterait donc d'être valorisé.

Mettre en évidence ce bénéfice, pour que les patients réalisent que malgré les souffrances ils sont mieux, les aideraient dans cette démarche de sevrage. Leur faire prendre conscience que leur qualité de vie s'est modifiée, s'est améliorée participerait à les aider.

Ceci, nous amène à nous interroger sur un concept peu abordé pour les patients éthyliques en cours de sevrage : le concept de qualité de vie qu'il faudrait aussi prendre en compte au cours de nos entretiens infirmiers, dans une perspective globale d'accompagnement de patient, pour un maintien à l'abstinence. [15]

#### **4. Problématique**

*Est-ce que d'intégrer la dimension de Qualité de Vie, permettrait au patient de réaliser qu'il va mieux, même si beaucoup de souffrances restent présentes ?*

*Ne valoriserait-on pas ainsi le sevrage en terme de bénéfice ?*

Nous nous posons de nombreuses questions sur les éléments de vie pendant la période d'alcoolisation ; la période de sevrage de l'après sevrage immédiat et lointain.

Proposer un sevrage sans proposer un regard sur le lendemain nous semble une démarche restrictive ne prenant en compte que le produit et non l'ensemble de la personne.

Les questions que nous nous posons dans un certain désordre, et de façon informelle ont été ordonnées et validées dans un questionnaire répondant parfaitement à nos attentes.

#### **5. Matériel et méthode**

La qualité de vie chez une personne en sevrage alcoolique n'est jamais abordée lors des entretiens infirmiers qui se font à l'arrivée des patients dans le service. Il nous a semblé opportun de réfléchir à la possibilité de pouvoir intégrer cette dimension non négligeable, afin de mettre en évidence le niveau de qualité de vie au cours de la période de sevrage, qui est une période charnière et qui se fait selon le patient soit sur huit jours, soit sur quinze jours (certains patients ont besoin de plus de temps).

Afin d'évaluer celle-ci, nous avons choisi un outil déjà validé :

**Le SF36<sup>3</sup>** (ANNEXE 6) est un questionnaire générique, c'est-à-dire un outil qui peut être utilisé chez les patients atteints de pathologies diverses. Il fournit une information globale sur la vie du patient. Ces résultats peuvent être comparés d'une étude à l'autre ou d'une population à l'autre. [16]. Ce questionnaire est composé de 36 questions.

Il explore 4 domaines :

- L'état physique (capacités et limites fonctionnelles),
- Les sensations somatiques (troubles fonctionnels, douleur...),
- L'état psychologique,
- Les relations sociales (familiale, professionnelle...).

Les scores de qualité de vie sont cotés de 0 (mauvaise) à 100 (bonne).

Afin d'évaluer également l'état dépressif des patients au cours du sevrage, il nous a semblé judicieux de joindre au SF36, un questionnaire d'auto évaluation de la dépression à J8 et J15. A J1, les patients arrivant, nous avons voulu éviter trop de sollicitations avec les nombreuses formalités administratives indispensables à leur admission.

De ce fait, à J8 et J15 nous avons remis aux 10 patients **le questionnaire abrégé de Beck**. (ANNEXE 7) qui est un questionnaire qui permet d'évaluer rapidement l'état dépressif du patient. Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression qui a été développé par Beck à partir de 1962. Plusieurs versions existent : la version originale comprend 21 items, une version étendue de 25 items a été proposée par P.Pichot (pour une présentation de ces formes cf.Cottraux, Bouvard et Légeron, 1985). La forme abrégée a été développée par Beck à partir de 1972. [17]

Il explore 13 symptômes :

Tristesse, pessimisme, échec personnel, insatisfaction, culpabilité, dégoût de soi, tendances suicidaires, retrait social, indécision, modification négative de l'image de soi, difficulté au travail, fatigabilité, anorexie.

#### La cotation

la note globale est obtenue en additionnant les scores des treize items et permet d'établir 4 degrés de gravité (pas de dépression de 0 à 4, dépression légère de 5 à 8, dépression modérée de 9 à 13, dépression sévère au-dessus de 14).

---

<sup>3</sup> Le « Short Form 36 »

La recherche et la sélection des articles, des livres et des revues ont été réalisées à l'aide de mots clés : dépendance alcoolique, addiction, alcoolémie, sevrage thérapeutique, ambulatoire, questionnaire Short Form 36, évaluation dépression de Beck, Qualité de Vie liée à la Santé, entretiens infirmiers.

Nous avons utilisé comme base de données bibliographique Medline « Pubmed ». Nous avons également utilisé un moteur de recherche sur internet : « Google ».

Les articles étaient au nombre de 10.

Nos sélections sont au nombre de 3. Nous avons pu avoir quatre revues au niveau d'une bibliothèque. Nous avons trouvé opportun d'aller sur Google pour compléter notre recherche.

### **5.1 Protocole du service**

Les malades pris en charge dans l'Hôpital de Jour acceptent le protocole de points suivants :

- transport uniquement en taxi, il existe une désocialisation importante de nombreux malades et de nombreuses stimulations sont nécessaires pour faire respecter le projet thérapeutique, (appel téléphonique la veille et une ou deux heures avant le transport et parfois l'aide à l'habillage !!)
- questionnaire sur l'éventuelle consommation d'alcool et autres produits addictogènes qui sera confirmé par prélèvement quotidien
- bilan sanguin initial à la recherche des diverses alcoolopathies métaboliques (hépatiques, VGM azotémie etc.....) et des facteurs de risques inerrant (Hépatites et HIV (ANNEXE 5))
- EMG à la recherche de neuropathies infra cliniques
- Perfusion d'un soluté physiologique auquel on rajoute une poly vitaminothérapie, un anxiolytique le plus souvent du diazépam. La dose habituelle est de l'ordre de 5 mg avec une possibilité de varier cette dose selon le résultat du score du syndrome de manque (ANNEXE 4)
- Injection de sulfate de magnésium hypertonique selon un protocole décrit (ANNEXE 3).
- entretien avec les infirmières au moment de l'accueil et tous les huit jours, et également entretien à la demande du malade si besoin
- participation au groupe de parole du mercredi animé par le médecin et coanimé par une infirmière
- consultation hebdomadaire avec le médecin

- retour au domicile par les taxi (prise de diazépam et surtout risque d'alcoolémie positive dont nous sommes censés connaître les résultats et donc « empêcher la conduite d'un véhicule personnel »)
- les soins ont lieu du lundi au vendredi, deux jours de pose avec une couverture médicamenteuse orale

Les malades peuvent avoir différents projets initiaux :

- réduire la consommation
- tenter un sevrage ambulatoire
- « faire une pause restauratrice »

Le point commun de ces malades est d'avoir un score de CAGE supérieur à 2 justifiant le projet de l'HDJ<sup>4</sup> et l'inclusion dans notre mémoire (ANNEXE 8)

## **5.2. Protocole d'étude**

### Le type d'enquête

Il s'agit d'une enquête prospective sur une population de patients définis ci-dessus.

### La population de l'étude

10 personnes alcoolo-dépendantes en demande de sevrage ont été incluses dans cette étude. Le hasard a voulu que la répartition soit égale entre hommes et femmes.

### Le mode de sélection de la population étudiée

Après une consultation avec le médecin Addictologue.

Hospitalisés en ambulatoire.

### Les modalités de recueil des données

Entretien d'accueil avec questionnaire SF36 et questionnaire abrégé de Beck.

Le questionnaire SF36 est un questionnaire qui comporte 36 items mesurant l'état de santé. Chaque item correspond à un état allant du mieux au moins bien avec un exemple d'activité à chaque fois. Le score va de 1 à 5 maximum selon les items. C'est un instrument de mesure

---

<sup>4</sup> Hôpital de jour

qui permet au patient d'évaluer lui-même son état de santé sur le plan physique, psychologique et social.

L'inventaire de dépression de Beck, dans sa forme abrégée représente la mesure la plus simple et l'une des mesures les plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle comporte 13 items gradués de 0 à 3. Elle fournit une note globale d'intensité du syndrome dépressif allant de 0 à 39.

Les questionnaires sont remis au patient qui les remplit seul avec la possibilité de demander de l'aide s'il ne comprend pas les questions.

### **5.3. La période de l'enquête**

Celle-ci débute le 02 avril 2007 et se termine le 28 mai 2007.

Elle s'effectue dès l'arrivée du patient dans le service d'hospitalisation ambulatoire. La remise des questionnaires se déroule sur 3 séances d'environ 30 minutes à 1 semaine d'intervalle.

Ces périodes correspondent à 15 jours du processus de sevrage :

J1 (+/-1) le patient dès son admission.

J8 (+/-1) le patient à 1 semaine d'hospitalisation en ambulatoire.

J 15 (+/-1) le patient à 2 semaines d'hospitalisation en ambulatoire.

#### **5.4. La méthode d'analyse statistique**

Au regard de la taille de l'échantillon ( $n < 30$ ), nous avons eu recours à des statistiques non paramétriques. Les liens entre variables quantitatives ont été établis au moyen du coefficient de corrélation de Spearman. La liaison entre variables quantitatives et qualitatives avec deux modalités a été établie par la comparaison des médianes au moyen du test non paramétrique de Mann Whitney. L'évolution de la qualité de vie a été analysée à l'aide de l'analyse de variance non paramétrique (test de Friedman). Le niveau de signification a été établi à  $p < 0.05$ .

### **6. Résultats**

Du fait d'un faible effectif, ceci marque une limite à cette étude. On constate que durant les trois périodes, il y a des modifications chez ces patients.

C'est une étude pilote qui décrit ce que l'on observe afin qu'une étude plus vaste se fasse ultérieurement.

Il nous a semblé opportun dans un premier temps d'évaluer la différence de qualité de vie entre hommes et femmes durant la période de sevrage pour chercher une différence entre le fait que les femmes supportent moins bien le sevrage que les hommes sur le plan physique à cause d'une plus grande fatigabilité de ces dernières. Il nous a semblé intéressant de vérifier par le calcul ce questionnement.

La répartition s'est faite ainsi : 5 femmes (50%) et 5 hommes (50%).

L'âge moyen était de 45,5 ans  $\pm 6,5$  (Min=32 ans ; Max=55 ans). Parmi ces personnes, il y avait 5 célibataires (50%), 2 mariés (20%), 2 divorcés (20%) 1 veuf (10%). 4 d'entre eux étaient actifs (40%), 2 en maladie (20%), 2 en invalidité (20%) 1 au chômage (10%) et 1 au RMI (10%).

**Tableau n° 1****Comparaison des scores de qualité de vie (SF36) lors de la première évaluation entre :**

- les hommes et les femmes :

Domaines SF 36 score sur 100	sexe				
	Féminin		Masculin		P*
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Capacités physiques	<b>76.0</b>	32.7	<b>86.0</b>	11.4	<b>1.000</b>
Vie sociale	<b>57.5</b>	11.2	<b>47.5</b>	5.6	<b>0.095</b>
Limitations dues à l'état physique	<b>70.0</b>	44.7	<b>20.0</b>	32.6	<b>0.081</b>
Limitations dues à l'état émotionnel	<b>73.3</b>	43.5	<b>20.0</b>	18.3	<b>0.065</b>
Santé mentale	<b>51.2</b>	16.3	<b>49.6</b>	4.6	<b>0.340</b>
Vitalité	<b>44.0</b>	15.6	<b>44.0</b>	8.2	<b>0.916</b>
Douleurs physiques	<b>76.4</b>	19.0	<b>57.8</b>	9.1	<b>0.202</b>
Santé perçue	<b>48.4</b>	24.4	<b>52.2</b>	11.6	<b>0.753</b>
Score Composite Physique	<b>48.4</b>	7.0	<b>46.7</b>	2.9	<b>0.347</b>
Score Composite Psychique	<b>38.9</b>	6.1	<b>31.8</b>	3.9	<b>0.117</b>

(\*) p du test non paramétrique de Mann-whitney

Commentaires :

Le calcul montre que la moyenne des femmes ayant une limitation de l'état physique est nettement supérieure à celle des hommes. En ce concerne l'état émotionnel, on observe également une proportion de ce taux plus importante chez les femmes. Cependant, pour ces deux dimensions, on a un écart-type énorme témoin d'une grosse variabilité interindividuelle. Par ailleurs, le taux des douleurs physiques est beaucoup élevé. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes au cours du sevrage avec là aussi un écart type important.

D'autre part, on observe aussi bien chez les femmes que les hommes une amélioration des composites physiques plus importante que les composites psychiques.

Puis, nous nous sommes intéressés à la situation matrimoniale. On a cherché à voir si le sevrage est mieux vécu chez une personne vivant seule ou en couple. Est-ce que le fait qu'il y ait un conjoint, aide au sevrage et est-ce que celui-ci est mieux vécu .

## Tableau n° 2

### Comparaison des scores de qualité de vie (SF36) lors de la première évaluation entre :

- les Célibataires et les autres :

Domaines SF 36 score sur 100	Situation matrimoniale				
	Célibataires		Autres		P*
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Capacités physiques	<b>74.0</b>	32.1	<b>88.0</b>	10.4	<b>0.525</b>
Vie sociale	<b>52.5</b>	5.6	<b>52.5</b>	13.7	<b>0.700</b>
Limitations dues à l'état physique	<b>35.0</b>	41.8	<b>55.0</b>	51.2	<b>0.585</b>
Limitations dues à l'état émotionnel	<b>40.0</b>	43.5	<b>53.3</b>	44.7	<b>0.588</b>
Santé mentale	<b>46.4</b>	14.0	<b>54.4</b>	7.3	<b>0.289</b>
Vitalité	<b>40.0</b>	14.6	<b>48.0</b>	7.6	<b>0.525</b>
Douleurs physiques	<b>68.8</b>	19.7	<b>65.4</b>	16.2	<b>0.915</b>
Santé perçue	<b>56.2</b>	21.6	<b>44.4</b>	13.6	<b>0.295</b>
Score Composite Physique	<b>47.0</b>	7.4	<b>48.1</b>	2.1	<b>0.724</b>
Score Composite Psychique	<b>33.9</b>	4.7	<b>36.8</b>	7.5	<b>0.602</b>

(\*) p du test non paramétrique de Mann-whitney

### Commentaires :

Il nous a semblé qu'il y avait une différence entre les célibataires et les autres au cours du sevrage thérapeutique au niveau de la qualité de vie. De ce fait, nous avons voulu vérifier par le calcul cette différence. Il en ressort que au niveau de la dimension vie sociale les moyennes sont identiques avec un écart-type important, encore plus important pour les non célibataires. En ce qui concerne les dimensions « limitations dues à l'état physique », on observe un taux plus important chez les non célibataires. Il en est de même pour la dimension limitations dues à l'état émotionnel. Au niveau de la dimension santé perçue, les célibataires se sentent mieux avec cependant un écart-type plus important chez ces derniers.

Nous avons ensuite voulu chercher à mettre en évidence le fait que les patients ayant une activité professionnelle ont une meilleure qualité de vie que ceux qui n'en ont pas du fait que ces derniers ont une vie sociale moins riche.

### Tableau n° 3

#### Comparaison des scores de qualité de vie (SF36) lors de la première évaluation entre :

- les Actifs et les autres :

Domaines SF 36 score sur 100	Activité professionnelle				P*
	Actifs		Autres		
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
Capacités physiques	<b>92.5</b>	5.0	<b>73.3</b>	28.6	<b>0.234</b>
Vie sociale	<b>46.9</b>	6.3	<b>56.3</b>	10.5	<b>0.116</b>
Limitations dues à l'état physique	<b>25.0</b>	50.0	<b>58.3</b>	40.8	<b>0.220</b>
Limitations dues à l'état émotionnel	<b>33.3</b>	47.1	<b>55.6</b>	40.4	<b>0.376</b>
Santé mentale	<b>48.0</b>	3.3	<b>52.0</b>	14.8	<b>0.194</b>
Vitalité	<b>42.5</b>	8.7	<b>45.0</b>	14.1	<b>0.588</b>
Douleurs physiques	<b>69.0</b>	16.2	<b>65.8</b>	19.1	<b>0.447</b>
Santé perçue	<b>40.5</b>	7.6	<b>56.8</b>	20.7	<b>0.087</b>
Score Composite Physique	<b>47.9</b>	3.5	<b>47.3</b>	6.4	<b>1.000</b>
Score Composite Psychique	<b>31.7</b>	4.5	<b>37.8</b>	6.1	<b>0.088</b>

(\*) p du test non paramétrique de Mann Whitney

#### Commentaires :

On observe une plus grande capacité physique chez les actifs lors du sevrage. Les dimensions limitations dues à l'état physique et émotionnel sont meilleures. Par ailleurs, les actifs ont la perception de leur vie sociale moins riche (subjectif) et se plaignent plus que les autres. Au niveau de la santé perçue les autres perçoivent leur santé comme étant meilleure.

Cependant, on peut noter un écart type énorme témoin d'une grande variabilité inter individuelle.

Aucune différence statistiquement significative n'a été relevée sur les caractéristiques socio démographiques (Sexe, situation matrimoniale, situation professionnelle).

Durant l'hospitalisation en ambulatoire, les patients ont un prélèvement journalier d'alcoolémie lors de la période de sevrage. Ce prélèvement s'effectue tous les jours de la semaine, dès le matin à leur arrivée. La souplesse de cette prise en charge où le patient rentre chez lui tous les soirs lui laisse la liberté de consommer ou non. Il n'est plus dans un cadre hospitalier et fait face à ses « faiblesses ». De ce fait, s'il consomme le soir ou le matin avant de partir, son alcoolémie sera positive. Ce qui nous a semblé intéressant est de savoir si on a une corrélation entre une alcoolémie positive ou négative et une qualité moins bonne ou meilleure.

**Tableau n° 4**

**Corrélation entre Alcoolémie à J1, J8 et J15 et les scores des dimensions du SF 36 tous type de population :**

SF 36	Alcoolémie					
	Jour 1		Jour 8		Jour 15	
	Coef(*)	p	Coef(*)	p	Coef(*)	p
Capacités physiques	<b>0.268</b>	0.454	<b>0.076</b>	0.834	<b>0.296</b>	0.407
Vie sociale	<b>-0.575</b>	0.082	<b>-0.107</b>	0.768	<b>-0.166</b>	0.647
Limitations dues à l'état physique	<b>-0.176</b>	0.626	<b>-0.105</b>	0.773	<b>-0.577</b>	0.081
Limitations dues à l'état émotionnel	<b>-0.09</b>	0.805	<b>-0.488</b>	0.152	<b>-0.591</b>	0.72
Santé mentale	<b>-0.264</b>	0.462	<b>-0.365</b>	0.3	<b>-0.304</b>	0.393
Vitalité	<b>0.154</b>	0.672	<b>-0.023</b>	0.95	<b>-117</b>	0.747
Douleurs physiques	<b>-0.013</b>	0.971	<b>-0.503</b>	0.138	<b>-0.061</b>	0.868
Santé perçue	<b>0.052</b>	0.886	<b>-0.668</b>	0.035	<b>-0.409</b>	0.241
Score Composite Physique	<b>0.242</b>	0.5	<b>-0.045</b>	0.902	<b>-0.524</b>	0.12
Score Composite Psychique	<b>-0.182</b>	0.615	<b>-0.18</b>	0.619	<b>-0.524</b>	0.12

\* coefficient de corrélation de Spearman

Commentaires :

A J 8, il y a une corrélation significative au niveau de la relation entre l'alcoolémie et la santé perçue. Quand l'alcoolémie est négative, la perception de la santé est meilleure.

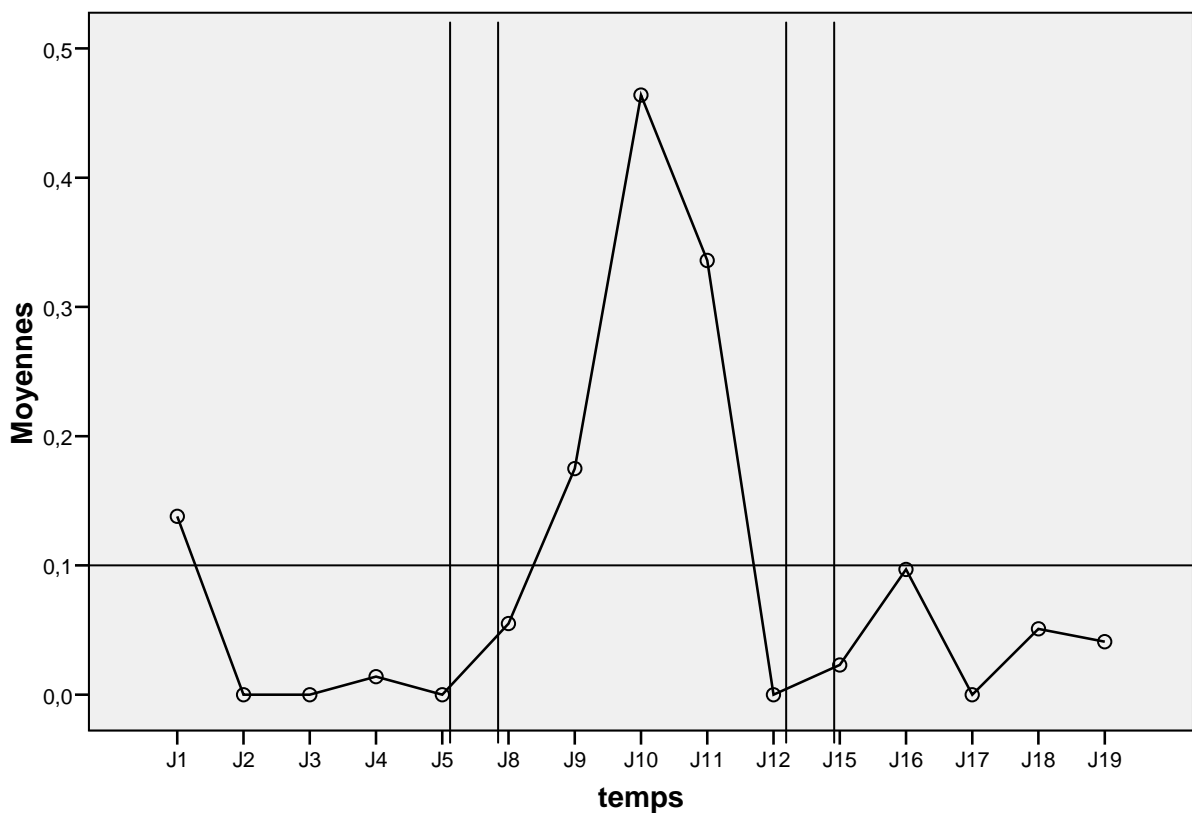
Aucune corrélation n'est statistiquement significative entre les scores de qualité de vie (SF 36) et l'alcoolémie à J1 et J 15.

Bien que rien ne soit significatif, on peut observer au niveau des résultats que la dimension de la vie sociale a tendance à être moins bonne. Quand les patients sont moins alcoolisés, il y a une plainte au niveau de la vie sociale. Il n'y a pas de corrélation avec les douleurs physiques, elles ne sont pas existantes à l'arrêt de l'alcool.

Cette description nous a conduit à proposer une courbe permettant d'apprécier le taux d'alcoolémie au cours du sevrage chez ces patients. Ceci nous permet mieux de se rendre compte des difficultés à s'arrêter de consommer des boissons alcoolisées. Pour doser l'alcoolémie on utilise une technique colorimétrique non validée en médico légal. Les résultats sont exprimés en milli moles/litre. Cette technique considère la présence de produit au delà de 1mmol/l.

Le protocole comporte une alcoolémie les jours ouvrables, le malade est interrogé sur sa consommation, l'infirmière doit estimer le comportement du malade par trois critères : absence de consommation, certitude et doute. Le prélèvement est lu le lendemain et la corrélation entre la consommation déclarée, le fait observé et le résultat biologique sont communiqués au malade lorsqu'il n'y a pas corrélation.

**Graphique n° 1 de l'analyse au cours du temps de l'évolution du taux de l'alcoolémie**



Légende : Moyenne alcoolémie en mmol/l et par prélèvement

### Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Alcoolémie J1	.14	.29	10.00
Alcoolémie J2	.00	.00	10.00
Alcoolémie J3	.00	.00	10.00
Alcoolémie J4	.01	.04	10.00
Alcoolémie J5	.00	.00	10.00
Alcoolémie J8	.06	.17	10.00
Alcoolémie J9	.18	.34	10.00
Alcoolémie J10	.46	.90	10.00
Alcoolémie J11	.34	.98	10.00
Alcoolémie J12	.00	.00	10.00
Alcoolémie J15	.02	.07	10.00
Alcoolémie J16	.10	.31	10.00
Alcoolémie J17	.00	.00	10.00
Alcoolémie J18	.05	.16	10.00
Alcoolémie J19	.04	.13	10.00

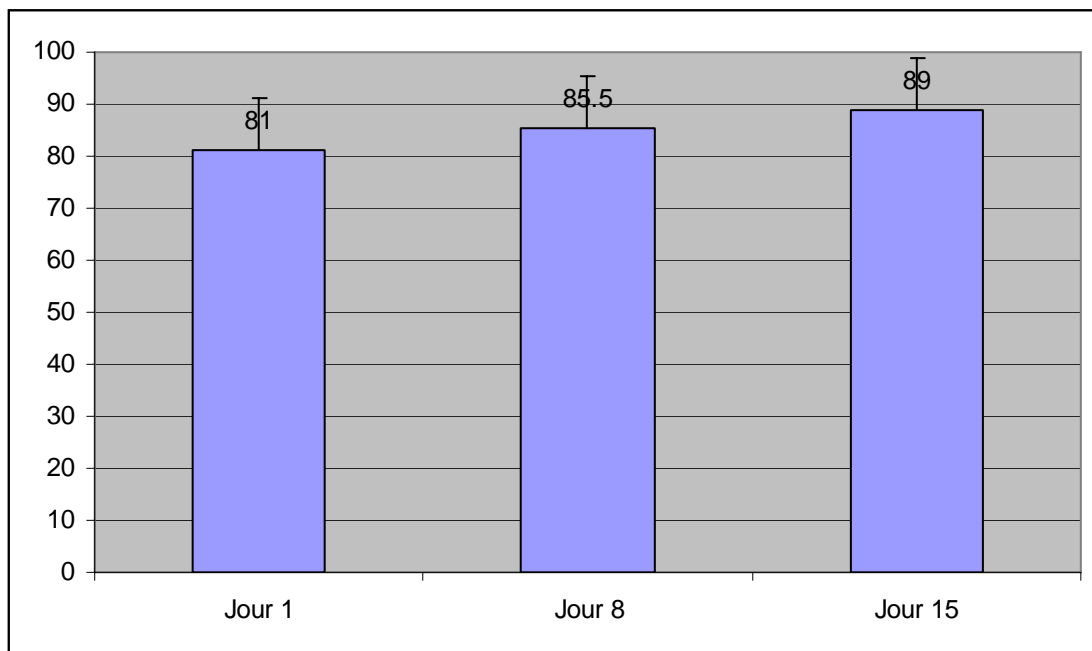
Commentaires :

Il n'y a pas de résultats significatifs au cours du temps :  $p = 0.228$ .

Cependant, au milieu de la prise en charge, on observe un pic. Mais, au vu des l'écart types, on peut voir qu'il y a une grande variabilité inter individuelle, de ce fait, on ne peut pas généraliser.

Durant le sevrage, il semblerait que les capacités physiques devraient s'améliorer. Nous avons voulu vérifier et le mettre en évidence à l'aide d'un graphique.

**Graphique n° 2 de l'évolution de la qualité de vie de la dimension capacités physiques**



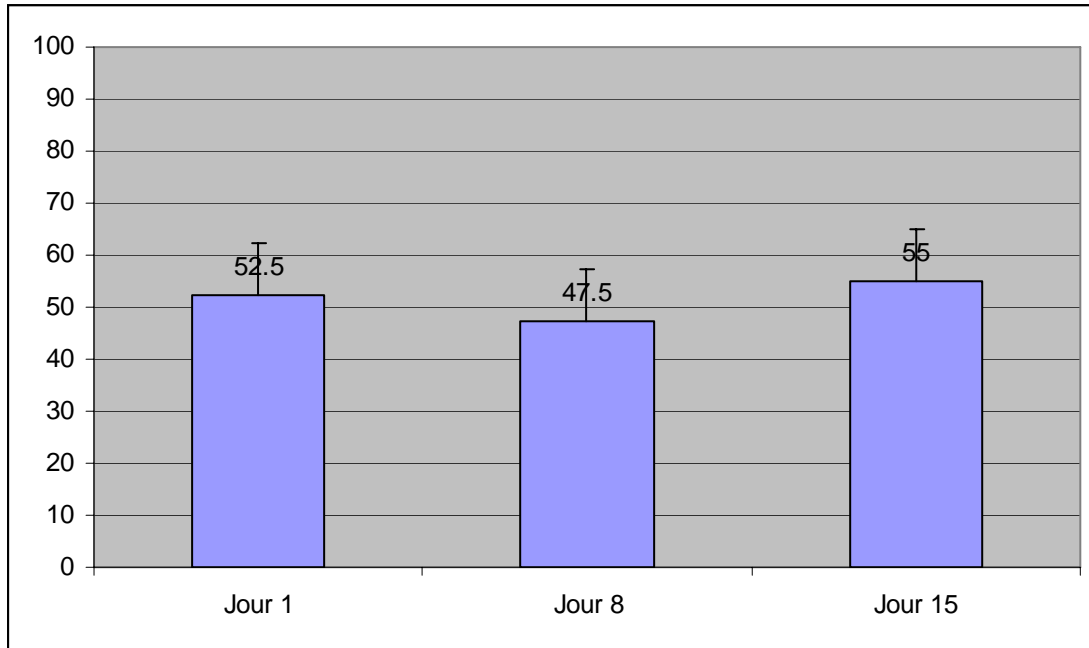
Légende : écart-type  $\top$

Il n'y a pas de résultats significatif, le p n'est pas strictement inférieur à .05  $p = 0,159$ . Il y a une grande hétérogénéité de résultat.

On observe cependant pour cette dimension capacités physiques, une perception positive de la part des patients de l'évolution de leurs capacités physiques au cours du sevrage.

De même que les capacités physiques, il semblerait que la dimension sociale devrait s'améliorer au cours du sevrage. Nous avons voulu vérifier et représenter le résultat par un graphique.

**Graphique n° 3 de l'évolution de la dimension vie sociale**

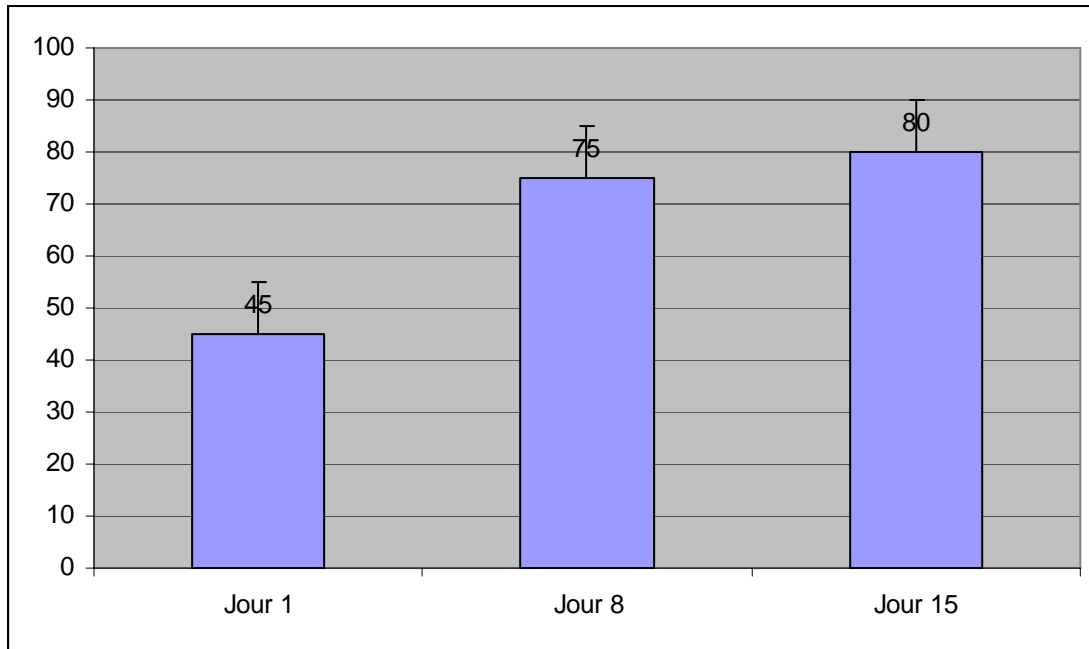


Le résultat n'est pas significatif, avec un  $p = 0.113$ .

Cependant, on observe une baisse dans les scores de dimension vie sociale à J8.

Le sevrage devrait permettre au patient une amélioration de son état physique. Il nous semble opportun de le vérifier et le mettre en évidence sous forme de graphique.

**Graphique n° 4 de l'évolution de la dimension limitations dues à l'état physique**

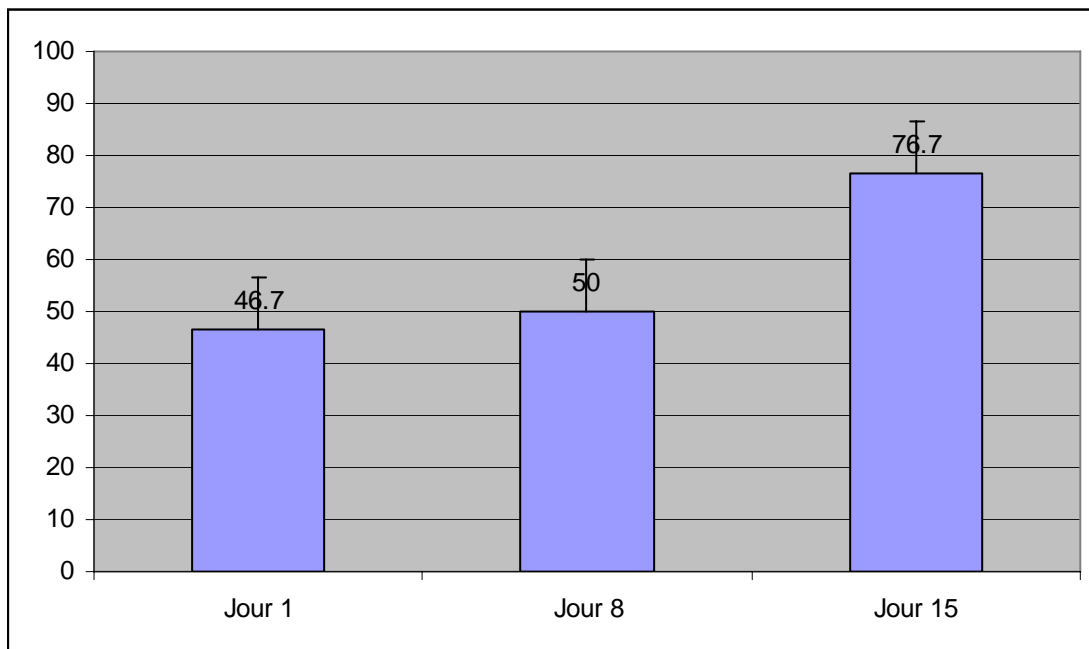


Le résultat n'est pas significatif, on ne peut rien conclure au niveau statistique car  $p = 0,2$ .

Au niveau de l'observation, on note une augmentation des limitations dues à l'état physique au cours du sevrage.

Le sevrage alcoolique est une démarche complexe où le sujet peut avoir un comportement ambivalent, à la recherche d'un certain confort, or ce processus d'arrêt peut être brutal et le sujet peut en souffrir davantage. Nous avons voulu vérifier si lors du sevrage alcoolique la dimension limitations dues à l'état émotionnel s'accroît au cours de ce processus.

**Graphique n° 5 de l'évolution de la dimension limitations dues à l'état émotionnel**

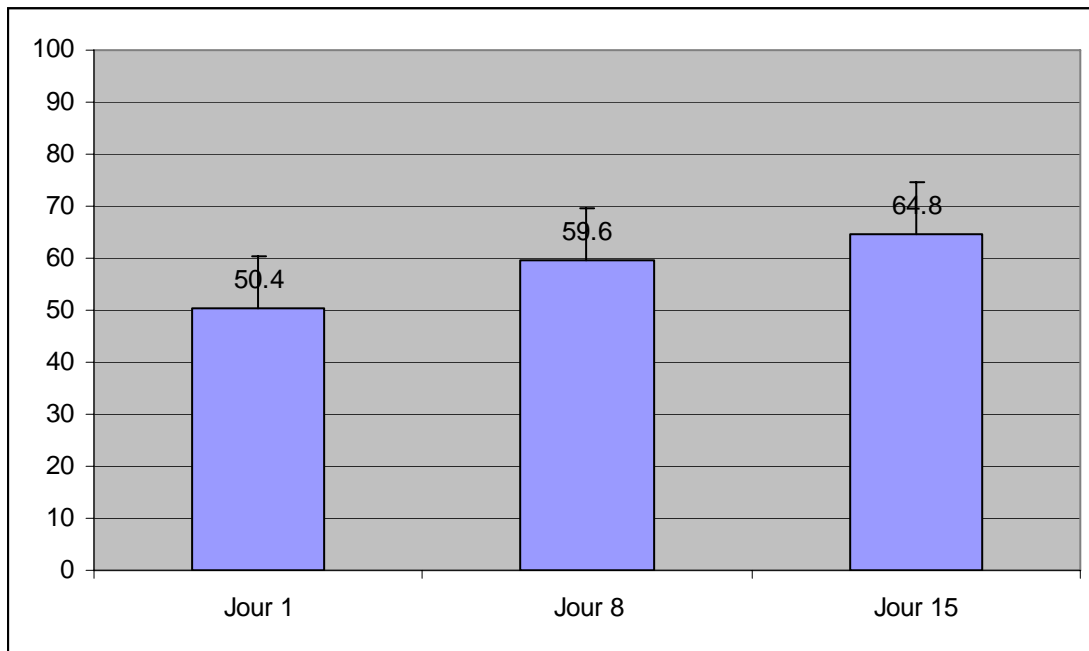


Le résultat n'est pas significatif. On ne peut pas conclure au niveau statistique :  $p = 0,2$ .

Cependant, on observe une augmentation de la dimension limitations dues à l'état émotionnel au cours du sevrage alcoolique.

La dimension santé mentale au cours du sevrage peut être affectée par la brutalité de l'arrêt de l'alcool et un retour à une vie « normale », « réelle », nous avons voulu vérifier par le calcul ce qu'il en était.

**Graphique n° 6 de l'évolution de la dimension santé mentale**

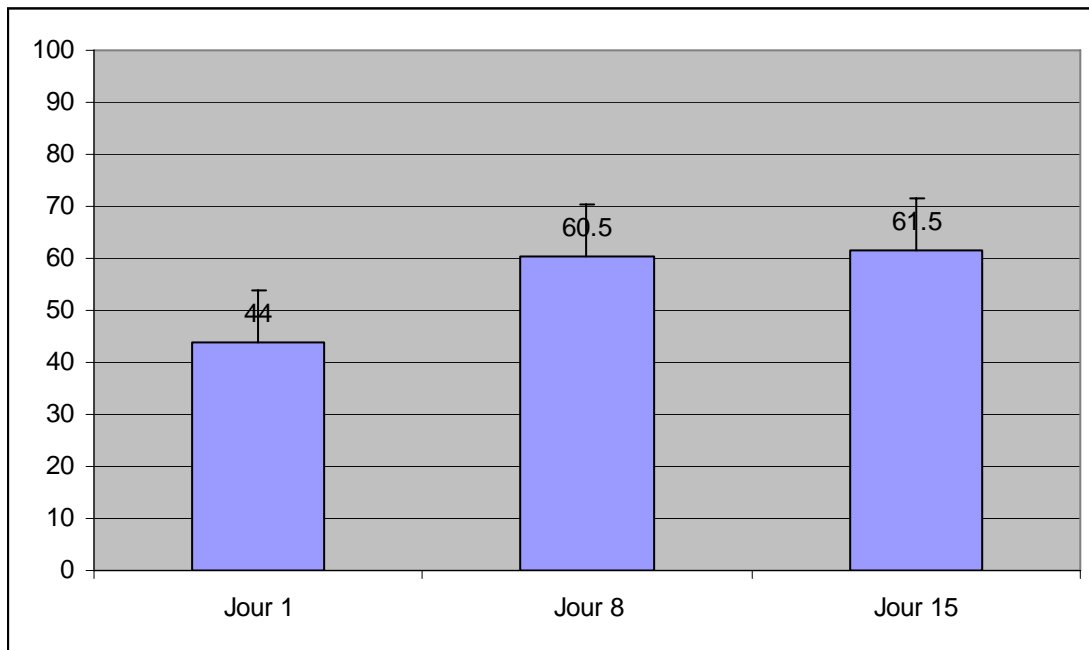


Au niveau de l'observation on peut noter une amélioration à J1, J8, J15, confirmée par les tests statistiques qui montrent des différences significatives au cours du temps, pour la santé mentale avec  $p = 0,019$ .

La qualité de vie augmente.

Au niveau de la dimension vitalité, il semblerait que le sevrage améliore la forme physique des patients et que ces derniers regorgent de vitalité. Nous avons voulu vérifier par le calcul cela.

**Graphique n° 7 de l'évolution de la dimension vitalité au cours du sevrage**



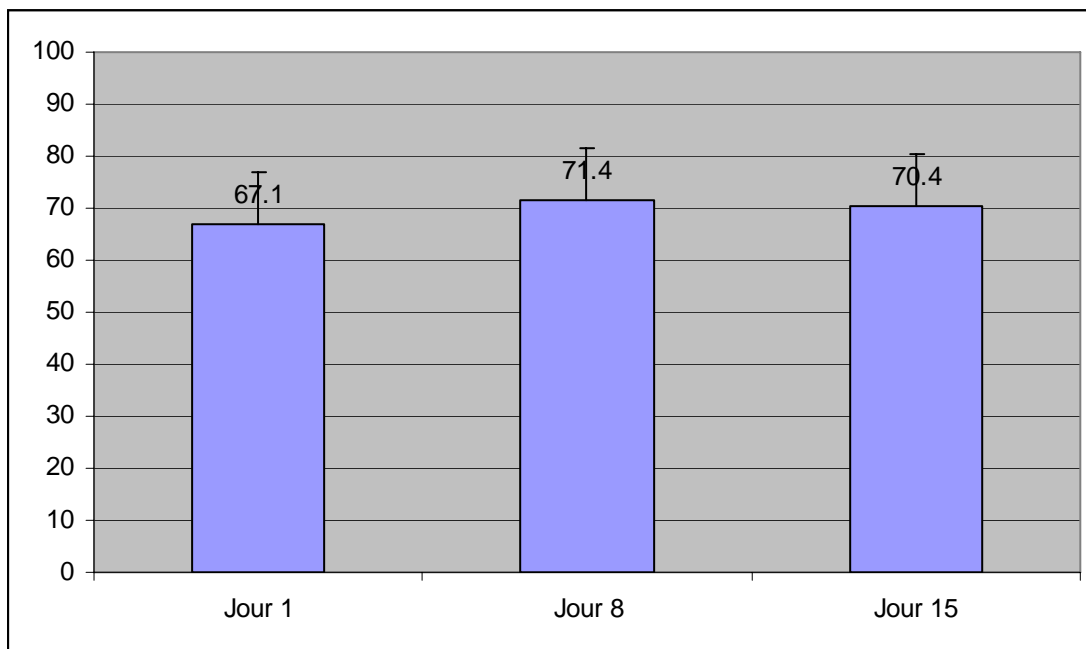
Au niveau de l'observation, on peut voir une énorme différence entre J1 et J8, puis entre J8 et J15 une différence moins prononcée.

Au niveau statistique, il y a des différences significatives au cours du temps pour la vitalité  $p = 0.016$ .

La dimension vitalité de l'échelle de la qualité de vie augmente.

A l'arrêt de l'alcool, souvent les patients lors des entretiens infirmiers, nous font part de la présence de douleurs inexistantes jusqu'alors. Il nous a paru intéressant de vérifier cela par le calcul.

**Graphique n° 8 de l'évolution de la dimension douleurs physiques**

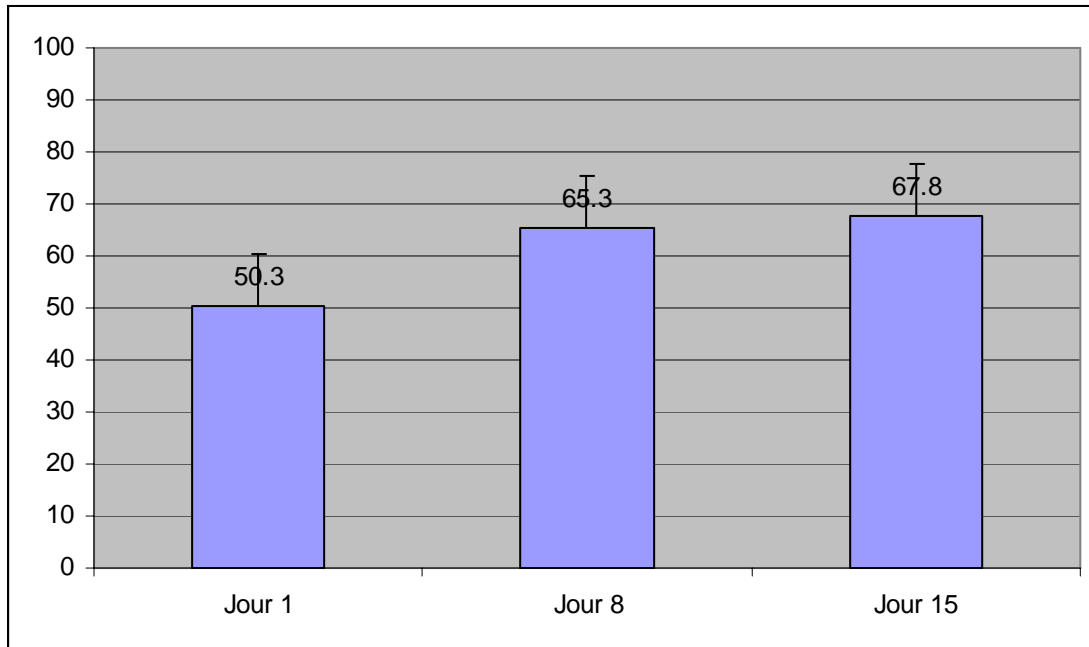


Il n'y a pas de différences significatives au cours du temps pour la dimension douleurs physiques  $p = 0.792$ .

On observe globalement, une augmentation des douleurs physiques de J1 à J8, ces moyennes semblent toutefois amorcer une diminution de J8 à J15.

Les patients au cours du sevrage disent se sentir mieux. Nous avons voulu vérifier par le calcul, si effectivement cette dimension évoluerait favorablement.

**Graphique n°9 de l'évolution de la dimension santé perçue**

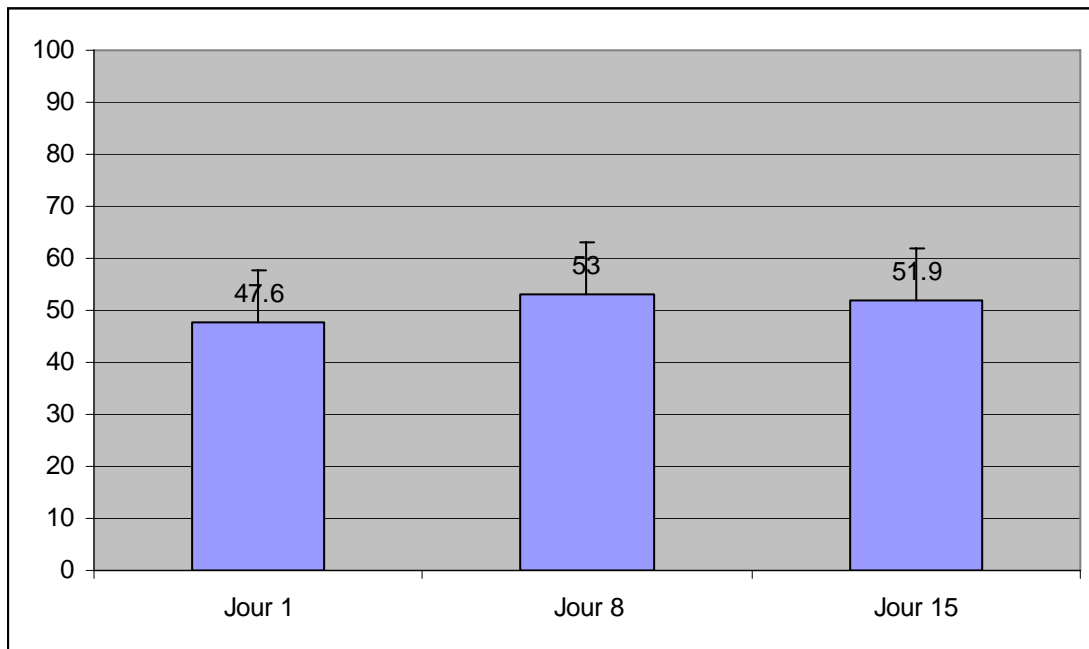


On observe une augmentation de la perception d'une meilleure santé chez les patients au cours du sevrage. Ceci est confirmé par les statistiques.

Il y a des différences significatives au cours du temps pour la santé perçue  $p = 0.01$ . La qualité de vie augmente.

Globalement, un sevrage améliore les conditions physiques des individus, l'apport vitaminique redonne un certain regain, nous avons voulu vérifier par le calcul l'index global de la dimension physique.

**Graphique n° 10 de l'évolution de la dimension score composite physique**

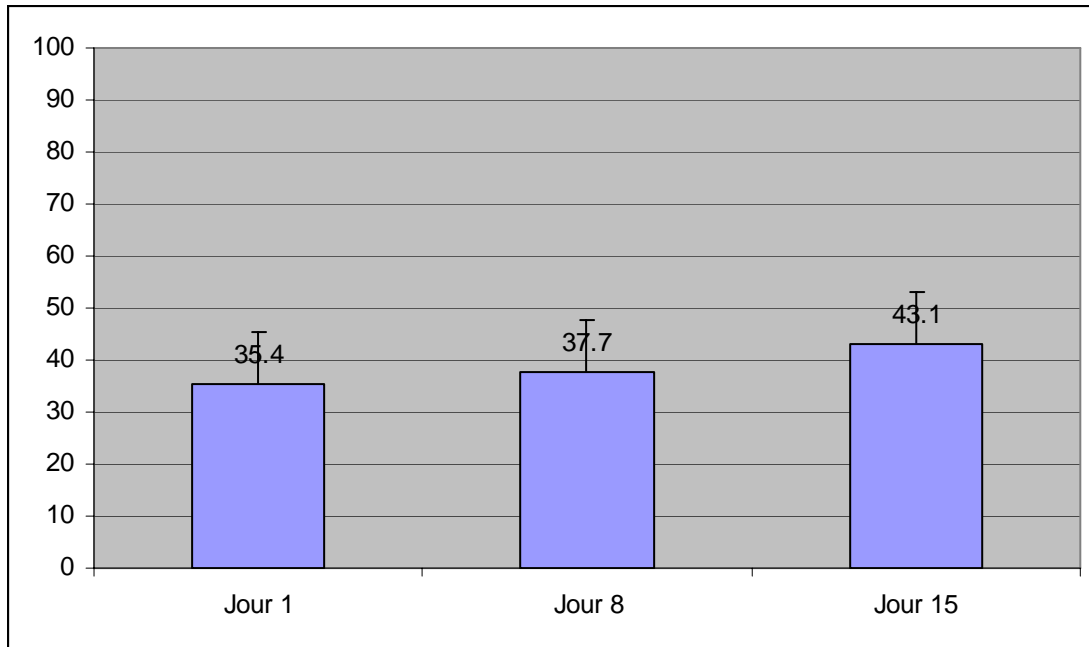


On observe une courbe qui montre une amélioration entre J1 et J8, puis un léger fléchissement à J15.

Au niveau statistique, il y a des différences significatives au cours du temps pour l'index global physique  $p = 0.008$ . La qualité de vie augmente.

De même que pour la composite physique, nous avons voulu vérifier la composite psychique.

**Graphique n° 11 de l'évolution de la dimension score composite psychique**

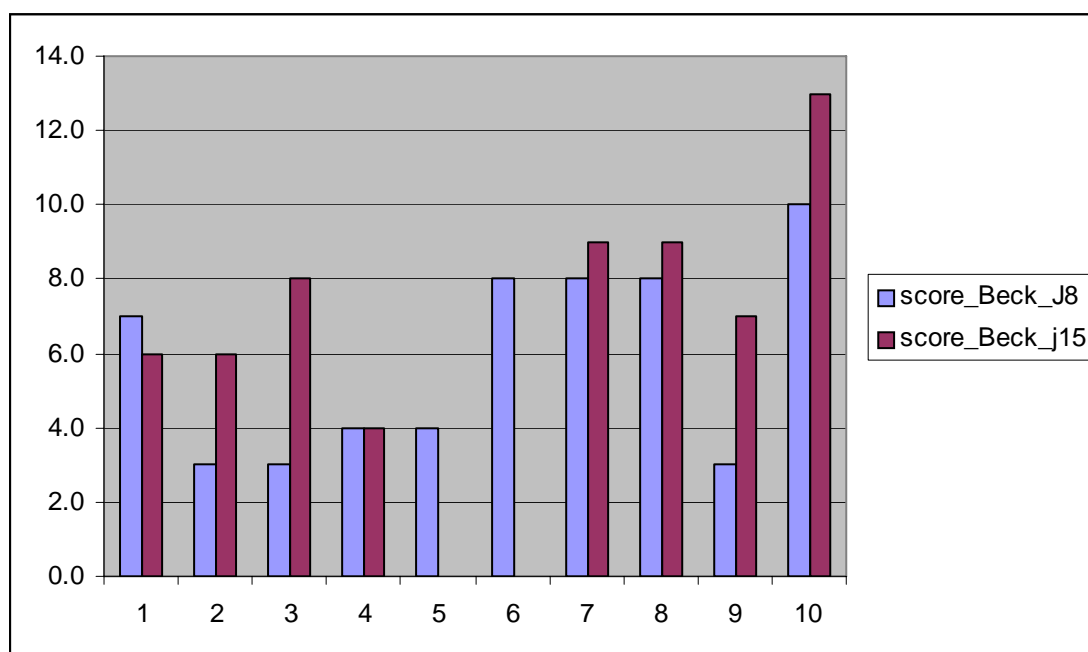


Statistiquement il n'y a pas de différence significative  $p = 0.061$ .

On observe une tendance à l'augmentation de la qualité de vie pour l'index global Psychique

Les patients alcoolo dépendants sont souvent sujets à des syndromes dépressifs. Nous avons choisi de joindre au questionnaire d'auto évaluation de la qualité de vie, le questionnaire d'évaluation de la dépression de Beck. Ce questionnaire a été distribué à J8 et J15. Nous avons, en effet, choisi volontairement de ne pas l'administrer à J1, afin de ne pas gêner les patients dès le premier jour de leur arrivée et temporiser leur inquiétude.

**Graphique n°12 de l'évolution de la dépression de Beck**



**Légende :** 0 à 4 = pas de dépression  
 4 à 7 = dépression légère  
 8 à 15 = dépression modérée  
 16 et plus = dépression sévère.

Il n'y a pas des différences significatives au cours du temps pour l'échelle de dépression de Beck entre J8 et J15  $p = 0.55$ .

Cependant, on peut observer une augmentation du score à J15, pour 6 patients, pour 2 d'entre eux, à J15 on note une absence de dépression alors qu'à J8 elle était présente. Pour les 2 autres patients, un a un score identique à J8 et J15, l'autre un score inférieur à J15 par rapport à J8.

Nous avons choisi à la vue des résultats de proposer une corrélation entre l'auto évaluation de dépression de Beck et la dimension limitations de l'état émotionnel à J8 et J15. Afin de voir si l'évolution se fait dans le même sens.

A J8, il y a corrélation, c'est-à-dire que lorsque la Qualité de Vie augmente, la dépression diminue (coefficient de corrélation = -0,747 avec  $p = 0,013$ ).

A J15, il n'y a pas de corrélation (coefficient de corrélation = 0,145 avec  $p = 0,689$ ).

Tous ces résultats nous ont amené à comparer les dimensions de la qualité de vie à J1, J8 et J15 pour voir à quel moment c'est significatif ou ce n'est pas significatif, et pour quelles dimensions. Nous avons choisi de commenter les résultats significatifs pour voir à quel moment les patients se sentent mieux ? Les résultats les plus pertinent sont présentés sous forme de tableau.

**TABLEAU n°1**  
**Tableau des écarts entre J1 et J8**

Libellé	Moyenne	Ecart-type	p
Santé mentale	-9.2000	9.6240	0.014
Vitalité	-16.5000	12.9207	0.003
Santé perçue	-15.0000	19.3506	0.037
<b>Score composite physique</b>	<b>-5.4671</b>	<b>6.4027</b>	<b>0.024</b>

Au niveau statistique, les écarts sont significatifs avec  $p < 0.05$ .

**TABLEAU n°2**  
**Tableau des écarts entre J8 et J15**

Libellé	Moyenne	Ecart-type	p
Santé mentale	-5.2000	16.1162	0.334
Vitalité	-1.0000	10.4881	0.770
Santé perçue	-2.5000	18.7454	0.683
<b>Score composite physique</b>	<b>-1.0831</b>	<b>3.4294</b>	<b>0.344</b>

Au niveau statistique, les résultats sont non significatifs.

**TABLEAU n°3**  
**Tableau des écarts entre J1 et J15**

Libellé	Moyenne	Ecart-type	p
Santé mentale	-14.4000	15.5721	0.017
Vitalité	-17.5000	20.1729	0.023
Santé perçue	-17.5000	13.7538	0.003
<b>Score composite physique</b>	<b>-4.3840</b>	<b>4.4633</b>	<b>0.013</b>

Au niveau statistique, les écarts sont significatifs avec  $p < 0.05$ . Pour la dimension santé mentale et l'index global de la composite physique, il est proche de la moyenne, pour la santé perçue il est inférieur à la moyenne.

## 7. Discussion

À la vue des résultats, nous remarquons que les dimensions de la qualité de vie n'évoluent pas toutes dans le même sens. Globalement, les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie. On peut noter que l'évolution de l'amélioration est continue, elle est beaucoup plus prononcée entre J1 et J8, et J1 et J15, elle l'est moins entre J8 et J15 du fait peut être que le processus de sevrage est déjà lancé.

Les dimensions dont les résultats sont statistiquement significatifs : c'est-à-dire la santé mentale, la dimension vitalité, la santé perçue, le score de la composite physique sont des dimensions à mettre en avant pour valoriser les bienfaits d'un sevrage éthylique.

Cependant, pour les résultats non significatifs :

On observe deux tendances :

Une tendance positive : pour la dimension capacités physiques et l'index global Psychique avec une perception positive de l'évolution des capacités physiques. Et une tendance à l'augmentation de la qualité de vie au niveau psychique, de la part des patients, au cours du sevrage alcoolique.

Une tendance négative : pour la dimension vie sociale à J8, on observe une diminution des scores, une augmentation des limitations dues à l'état physique, une augmentation de la dimension limitations dues à l'état émotionnel, une augmentation des douleurs physiques de J1 à J8, un peu moins prononcé entre J8 à J15.

Au niveau de la courbe du taux d'alcoolémie, on observe un résultat positif, au cours de la deuxième semaine.

Il est vrai que ces dimensions ont des résultats qui ne sont pas statistiquement significatifs. Au niveau statistique on ne peut pas conclure. On peut dire la même chose pour la courbe du taux d'alcoolémie. Cependant, on ne peut ignorer ces observations que ce soit pour la tendance positive ou pour la tendance négative. Le nombre de patients n'est pas important mais chez ces dix patients, les dimensions vie sociale, limitations dues à l'état physique, limitations dues à l'état émotionnel, douleurs physiques ont diminué. Prendre en compte ces souffrances, permettrait éventuellement d'optimiser la prise en charge de ces patients, au cours du sevrage éthylique.

La diminution de la dimension de la vie sociale peut être due au fait que les patients venant en soins dans le service prennent du recul par rapport à leur entourage. Ils prennent le temps de la réflexion et peuvent réaliser tout ce qu'ils ont vécu jusqu'à présent. Ceci entraînerait chez eux un repli sur soi qui expliquerait cette diminution. Le sevrage n'isole en aucun cas les patients, puisque aux cours des soins ils rencontrent du monde, peuvent parler de leurs souffrances, cependant, une fois sevrés, ils réalisent que leur vie sociale s'est dégradée progressivement au point pour certains de ne plus en avoir. Cette vie sociale est souvent compromise du fait de la dépendance qui a « isolé » ces patients du monde extérieur. C'est une addiction qui enferme le sujet dans un circuit infernal qu'il ne peut pas quitter tout seul. Quand ils arrêtent de consommer c'est un « réveil » plutôt négatif, le prendre en compte et les accompagner participerait aussi à cette prise en charge.

Les douleurs physiques, quant à elles, sont souvent soulevées par les patients lors des entretiens infirmiers, elles apparaissent notamment à l'arrêt de l'alcool. Au niveau des douleurs physiques, l'alcool excellent antalgique, « congèle » certaines douleurs et à son arrêt celles-ci reviennent. En tenir compte permettrait aussi de les aider à mieux vivre le sevrage.

On a pu également observé sur la courbe d'alcoolémie (**Graphique n°1 p.25**), une valeur positive de cette dernière au cours de la deuxième semaine. Il est vrai que l'hôpital de jour fonctionnant du lundi au vendredi avec une coupure le week-end, laisse les patients livrés à eux-mêmes. C'est un mode de fonctionnement allant dans le sens d'autonomiser le patient afin de le rendre acteur de son projet. Lorsqu'ils se retrouvent seuls devant des problèmes personnels qui sont peut être toujours présents et qu'ils n'ont jamais géré sans alcool, ils peuvent céder. Ils peuvent également se retrouver dans un milieu festif, un repas de famille ou entre amis et ils n'ont pas appris à dire non, ou n'osent pas encore dire qu'ils ne boivent plus. A ce moment là, prendre en compte ce fait, permet aussi de préparer des stratégies souvent élaborées dans le service au cours des groupes de parole organisés par le médecin et une infirmière.

En ce qui concerne les résultats statistiquement significatifs, on peut dire que la santé mentale, la dimension vitalité, la santé perçue, le score de la composite physique sont améliorés par le sevrage. Cette amélioration évolue et laisse présager à une augmentation de la qualité de vie liée à la santé, encore plus importante grâce au facteur temps qui ne devrait cesser de l'améliorer.

Ceci est valorisant pour les patients, car ils voient les résultats, si minimes soient-ils, d'une amélioration de leur état de santé, alors que par ailleurs ils souffrent de leur rupture avec « le compagnon alcool » qui les a aidé dans leur mal-être.

Par ailleurs, les résultats montrent des souffrances qui prises en compte permettent d'aider les patients à mieux comprendre ce qu'ils vivent au cours de cette période transitoire et ceci pourrait être un facteur d'aide pérennisant l'abstinence.

En ce qui concerne le Questionnaire de Beck, il était intéressant de se rendre compte que le sevrage pouvait augmenter le risque dépressif chez des sujets déjà fragiles. Le sevrage les ramenant à la réalité pourrait aggraver cet état. Le fait, d'être non alcoolisé peut aussi entraîner une prise de conscience de tout ce qui a été déconstruit et être un obstacle à la démarche de sevrage. En tenir compte, participerait à une prise en charge globale du sujet au cours de cette période.

Il semblerait que d'intégrer le questionnaire de Qualité De Vie liée à la santé ainsi que le questionnaire d'auto évaluation de dépression de Beck au cours des entretiens d'accueil effectués par l'équipe infirmier(e) permettrait de mieux personnaliser la prise en charge des

patients éthyliques. La période de sevrage est une épreuve, c'est un premier pas vers le changement. Les patients réapprennent à vivre autrement. Au fil des jours leur état physique et leur état psychologique évoluent. Le fait d'aborder la qualité de vie liée à la santé lors des entretiens infirmiers aussi bien sur le plan positif que négatif permet aussi d'anticiper les désagréments induits au cours du sevrage. Cela « influence » le regard qu'ils se portent. Ils prennent conscience que leur personne est importante. Ils réapprennent à « se respecter », à prendre soin d'eux, à penser à eux, à s'écouter et à faire des choix.

## **8. Conclusion**

Il semblerait que le sevrage n'offre pas ce que l'on attend de lui en première intention, c'est-à-dire améliorer les capacités physiques, la vie sociale. Il s'agit de réadapter le corps à un nouveau rythme de vie.

Dans un programme de sevrage alcoolique, les infirmiers (ères) ont une place privilégiée pour l'accompagnement. Néanmoins, cela demande une formation de la part de ces acteurs de terrain, qui ne sont pas toujours prêts à aborder la santé par des conseils, du soutien et des entretiens personnalisés. Dans le secteur de l'addictologie, les patients ont besoin d'être valorisés dans leur démarche de sevrage alcoolique. Il semblerait que d'aborder la dimension d'une qualité de vie les amène à prendre soin d'eux. La prise de contact à l'arrivée du patient dans le service est essentielle, introduire lors de l'entretien un questionnaire abordant un domaine en lien avec le sevrage, un domaine qu'ils n'ont pas forcément l'occasion d'aborder, permettrait de valoriser le processus de sevrage.

Cette étude, sur la prise en compte de la Qualité de Vie au cours du sevrage éthylique, permet de soulever le fait que la thérapie est opérationnelle. On pourrait peut être envisager avec plus de sérénité, un double sevrage (tabac, alcool), voire un triple sevrage (tabac, alcool, médicaments), au niveau de la dimension clinique.

En revanche, cette étude qui est une étude pilote avec un effectif de dix personnes peut aussi permettre à une autre étude avec un recrutement supérieur et des objectifs plus élaborés la poursuite de ce travail, au niveau de la dimension recherche qui reste à approfondir.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Conférences de consensus, objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant, 17 mars 1999. Maison de la Chimie Paris.

[2] [http://www.alcohol-encyclopedia.eu/AL\\_FR/bacchus.shtml](http://www.alcohol-encyclopedia.eu/AL_FR/bacchus.shtml), 15/07/2007.

[3] [http://www.alcohol-encyclopedia.eu/AL\\_FR/dionysos.shtml](http://www.alcohol-encyclopedia.eu/AL_FR/dionysos.shtml), 15/07/2007.

[4] Quelques éléments pour une approche commune des addictions de Michel Reynaud, rôle de la dopamine, p.7 chapitre, Traité d'Addictologie.

[5] Viala-Artigues J., Mechetti C. 50 Questions sur l'Alcoolisme, Questions d'Alcoologie, déc. 2001, diffusé sur internet par F3A (fédération française d'Alcoologie et d'Addictologie) lundi 20 octobre, 2003.

[6] Alternative Santé, N°331, mars 2006, p.22.

[7] San Marco J-L. Éléments d'une politique de prévention des addictions, Définition des addictions, p.133 ; 143. chapitre19, Traité d'addictologie, Michel Reynaud. Médecine sciences Flammarion, éd.nov2006.

[8] Baromètre Santé 2000, 26/04/07.  
<http://www.snof.org:melody:interface:qualite/qualite.php>, 17/03/2007.

[9] Barbier D. Eléments statistiques et épidémiologiques. Soins, n°617, juillet-août 1997-p. 9 à 12.

[10] Reynaud M. L'offre de soins en addictologie, Dispositif spécialisé de prise en charge dans le domaine de l'alcoologie p.159, chapitre 22, Traité d'addictologie, Michel Reynaud. Médecine sciences Flammarion, éd.nov2006.

[11] Reynaud M. L'offre de soins en addictologie, Le pôle « hôpital » p.160, chapitre 22, Traité d'addictologie, Michel Reynaud. Médecine sciences Flammarion, éd.nov2006.

[12] La Revue des Addictions, vol VI n°21 ed du Mûrier. THS -MARS 2004- 1090.

[13] <http://www.snof.org/melody/interface/qualite/qualite.php>, 17/03/2007.

[14] Paille F. Traitement médicamenteux du sevrage alcoolique et de l'aide au maintien de l'abstinence, sevrage ambulatoire, p. 366 ; 367, chapitre 53, Traité d'addictologie, Michel Reynaud. Médecine sciences Flammarion, éd.nov2006.

[15] 2ème Conférence de consensus, Modalités de l'accompagnement d'un sujet alcoolodépendant après un sevrage, 7 et 8 mars 2001, Paris, Alcoolologie et Addictologie, Juin 2001 - Tome 23, n° 2 Trimestriel, p.119-124. Princeps Editions. ISSN 1142-1983.

[16] Wade, JE. Sherbourne, CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF36). Medical Care 1992; 30: 473-483.

[17] BECK A.T., et BEAMESDERFER A. Assesment of Depression: The Depression Inventory. Psychological Measurements in Psychopharmacology. Mod. Probl. In Pharmacopsychiatriy, 7, 151-159, ed. P.PICHOT, Paris, Karger, Basel, 1974.

BECK A.T., STEER R. et GARBIN M. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of research. Clinical Psychology Review, 1988, 8,1, 77-100.

COLLET L. et COTTRAUX J. « Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. L'encéphale, 1986, 12, 77-79.

COTTRAUX J., BOUVARD M., et LEGERON P. Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Editions d'application psycho technique. Issy-les-Moulineaux, 286p., 1985.

COTTRAUX J. Depressive cognitions of obsessive-compulsive patients : a factorial analysis of the shorter form of the Beck depression inventory. In Perris C et Eisemann M. Cognitive Therapy: an update, Dopuu Press, Umea, 1988.

LEMPERIERE T., LEPINE J.-P., ROUILLON F., HARDY P., ADES J., LUAUTE J.-P., Et FERRAND I. Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg, Ann.Médico-Psychol, 1984, 142, 1206-1212.

T