

ADAEL
Association pour
le développement
de l'alcoologie
en Eure-et-Loir

Enquête
descriptive
sur les patients
accueillis
dans
les structures
de soins
en alcoologie
de l'Eure-et-Loir

Tome 1
L'entrée et la sortie
des cures

Novembre 2003

Observatoire
Régional
de la Santé du Centre

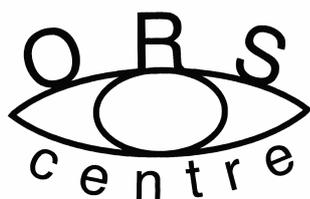
☒ : CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439

45032 Orléans cedex 1

☎ : 02 38 74 48 80

☎ : 02 38 74 48 81

✉ : orscentre@aol.com



Association pour le Développement de l'Alcoologie
en Eure-et-Loir (ADAEL)

Enquête descriptive sur les patients accueillis
dans les structures de soins en Alcoologie d'Eure-et-Loir

Volume 1 : l'entrée et la sortie des cures

Réalisation : Jean-Benoit Hardouin, biostatisticien, ORS du Centre
Sous la direction du Dr Muriel Boin, directrice de l'ORS du Centre
Coordination de l'étude : Dr Elisabeth Mounier, Clinique du Val de Loir
Isabelle Le Houérou, CALME
Avec le soutien des équipes des centres de soins de l'ADAEL

Sommaire

Introduction	3
1 Méthodologie	4
1.1 L'étude	4
1.2 Analyse aux temps 1 et 2	5
1.3 Les échelles d'évaluation de caractères latents	5
2 Analyse du temps 1	8
2.1 Situation familiale et sociale	8
2.2 Démarches de soins antérieures	10
2.3 Démarche de soin actuelle	11
2.4 Eléments somatiques	12
2.5 Mode d'alcoolisation et consommation d'autres toxiques	13
2.6 Diagnostics	14
2.7 Profil d'évaluation clinique	15
2.8 Le profil de qualité de vie	23
2.9 Typologie des patients	29
3 Analyse du temps 2	34
3.1 Perdus de vue	34
3.2 Eléments somatiques	34
3.3 Description des thérapies	35
3.4 Répartition des patients suivant leur groupe et le type de thérapie	39
3.5 Fin de cure et suivi	39
4 Comparaison des temps 1 et 2	40
4.1 Profil d'évaluation clinique	40
4.2 Le profil de qualité de vie	51
5 Conclusion	55
Bibliographie	56
Annexe 1 : Caractérisation des groupes de patients	57
Annexe 2 : Outils et activités : temps consacrés par centre	58
Annexe 3 : Caractérisation des type de thérapies	66
Annexe 4 : Variations des scores moyens aux items du BEC en fonction du type de thérapie	67
Thérapie du centre A	67
Thérapie des centres ambulatoire et du centre F	68
Thérapie du centre B	69

Introduction

L'alcoolisme reste en France un problème de santé publique majeur : on estime, à la fin des années quatre-vingt-dix, à environ 35 000 décès annuels dus directement à l'alcool, avec comme causes principales de décès les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques. Les hommes sont frappés par ces principales causes environ quatre fois plus souvent que les femmes.

Dans ce contexte, six structures de soins d'Eure-et-Loir ont participé à une enquête coordonnée par l'ADAEL (Association pour le Développement de l'Alcoologie en Eure-et-Loir) en vue de déterminer une typologie de patients et les meilleures combinaisons patients/thérapies.

Cette étude a été réalisée sur trois temps : l'entrée dans la cure, la sortie de la cure et le devenir à un an. Plusieurs angles de vue ont été adoptés : les aspects cliniques, les conditions de vie, le parcours de soin et la qualité de vie.

Ce premier document concerne l'analyse des deux premiers temps de l'étude. Le relevé des données concernant le devenir des patients à un an sera réalisé ultérieurement, une fois ces données recueillies.

1 Méthodologie

1.1 L'étude

Cette étude a débuté fin 2000. Il s'agissait d'une collaboration entre six centres d'alcoologie d'Eure-et-Loir et l'équipe SCRIPT de l'INSERM. Les buts étaient de décrire des typologies des patients et des modalités de soins ou de prises en charge, afin d'adapter les stratégies thérapeutiques aux populations accueillies. L'équipe SCRIPT était chargée de la saisie des données et de leur analyse. L'ORS du Centre a été contacté début 2002, afin de remplacer l'équipe SCRIPT qui, suite à la disparition de cette unité INSERM, se trouvait dans l'impossibilité d'assurer l'analyse des données.

L'étude a été menée auprès de 6 centres d'alcoologie de l'Eure-et-Loir :

- Centre A : Clinique du Val de Loir (Bonneval),
- Centre B : CALME (Illiers-Combray),
- Centre C : CMP - Hôpital de jour (Chartres),
- Centre D : CCAA (Dreux),
- Centre E : CCAA (Chartres),
- Centre F : Unité d'alcoologie (Dreux).

Dans chaque centre, les patients étaient tirés au sort à l'entrée dans la structure. Le nombre de patients inclus par centre dépendait du nombre de patients traités annuellement dans l'établissement. Les personnes suivies dans plusieurs centres ne pouvaient cependant n'être incluses qu'une seule fois (pas de doublons).

Il s'agit d'une étude en trois temps :

- le premier temps (temps 1) correspond à l'entrée des patients dans la structure,
- le second temps (temps 2) correspond à la sortie des patients de la structure de soins (entre 28 et 31 jours plus tard). Ce temps correspond pour les patients en cure ambulatoire au moment où la prise en charge s'allège,
- le troisième temps (temps 3) correspond au 13^e mois suivant la sortie du patient de la structure.

272 patients ont été inclus dans l'ensemble des six centres sur les 300 prévus initialement. Les temps 1 et 2 se sont déroulés entre octobre 2000 et février 2002. Le temps 3 s'est achevé en juin 2003.

A chaque temps, plusieurs questionnaires ont été recueillis, notamment, un bilan d'évaluation clinique (BEC) et un profil de qualité de vie (PQVS). Les questionnaires

concernent la situation sociale, les démarches de soins antérieures, les éléments somatiques, la description de la thérapie reçue, et le devenir des patients.

1.2 Analyse aux temps 1 et 2

1.2.1 Temps 1

Au temps 1, l'ensemble des variables sera brièvement analysée. Pour le profil d'évaluation clinique (BEC) et le profil de qualité de vie, des sous-échelles ont été construites en fonction des propriétés psychométriques des items afin de réduire le nombre de variables utilisées. Les différences entre les types de centre, le sexe et les situations familiale et professionnelle des patients ont été analysées.

1.2.2 Temps 2

Au temps 2, les variables caractérisant les traitements réalisés sont analysées (type de prise en charge, cadre général de la thérapie, prescriptions médicales, outils et activités thérapeutiques de la prise en charge).

1.2.3 Comparaison des temps 1 et 2

Pour comparer les temps 1 et 2, les différences relevées sur les profil d'évaluation clinique et profil de qualité de vie (échelles initiales et sous-échelles formées au temps 1) ont été analysées en fonction du type de centres et des temps consacrés à chaque activité durant le séjour. Les analyses sont ajustées sur le sexe et les situations familiale et professionnelle des patients pour permettre la comparaison des traitements.

1.3 Les échelles d'évaluation de caractères latents

1.3.1 Notions d'échelles et de scores

Pour mesurer un caractère latent (c'est-à-dire non mesurable) comme l'état clinique ou la qualité de vie de patients, les échelles utilisées sont constituées d'items à réponse binaire (oui / non, correct / incorrect, positif / négatif) ou qualitative ordonnée (défavorable / indifférent / favorable, très satisfait / satisfait / insatisfait / très insatisfait). Les réponses sont codées par des chiffres. La somme (pondérée ou non) des items d'une échelle forme un score sensé représenter l'état latent du patient.

1.3.2 Propriétés désirées des échelles

La psychométrie concerne l'analyse statistique des échelles mesurant des états latents de patients.

La théorie de réponse aux items (IRT), dite analyse moderne, issue des sciences de l'éducation (mesure du QI, des connaissances ou des capacités intellectuelles) est aujourd'hui acceptée comme cadre formel d'analyse des états latents.

Cette théorie repose sur trois hypothèses fondamentales :

- unidimensionalité,
- monotonie,
- indépendance locale.

L'unidimensionalité suppose qu'une échelle mesure une seule caractéristique latente. Tous les items doivent donc mesurer le même concept.

La monotonie suppose que, pour un individu donné, plus la valeur du trait latent est importante et plus cette personne répondra favorablement à chaque item de l'échelle.

L'indépendance locale suppose que les réponses d'un individu donné sont indépendantes les unes des autres.

Une bonne échelle vérifiera donc ces trois hypothèses fondamentales.

1.3.3 Vérifications des propriétés psychométriques des échelles

Les coefficients de Loewinger

Les coefficients de Loewinger servent à vérifier que des items s'intègrent bien dans une échelle.

Il existe trois coefficients de Loewinger :

- le coefficient H_{jk} entre deux items j et k permet de voir si les items j et k forment à eux deux une échelle,
- le coefficient H^j_j entre un item j et une échelle J (contenant l'item j) permet de savoir si l'item j s'intègre bien dans l'échelle J ,
- le coefficient H^J pour une échelle J permet de savoir si une échelle J vérifie les propriétés fondamentales de l'IRT.

Les coefficients de Loewinger sont compris entre -1 et 1 (-1 : le plus défavorable, l'échelle ne vérifie pas les propriétés désirées, à 1 : le plus favorable, l'échelle est parfaite). Une condition nécessaire mais non suffisante pour construire une bonne échelle est que le coefficient H^J soit significativement positif.

Les échelles de Mokken

Mokken (1971) propose une famille d'échelles vérifiant les trois propriétés fondamentales de l'IRT. Mokken suggère qu'une échelle J vérifie une échelle de Mokken si le coefficient H^J associée à cette échelle est supérieur ou égal à 0,3.

Construction d'échelle : la procédure MSP (Mokken Scale Procedure)

Hemker, Sitjsma et Molenaar (1995) ont proposé une procédure permettant de construire des échelles de Mokken dans un ensemble d'items. C'est une procédure itérative (Mokken Scale Procedure - MSP) permettant d'obtenir des échelles J telles que :

- $H^J > c$
- $H^J_j > c$, quel que soit l'item j de l'échelle J
- $H_{jk} > 0$, quels que soient les items j et k de l'échelle J

« c » est un seuil choisi par l'utilisateur. En général, on choisit un seuil c supérieur ou égal à 0,30 (plus on veut « durcir » une échelle en ne sélectionnant que les items qui vérifient fortement les trois propriétés fondamentales de l'IRT et plus on choisira une valeur importante au seuil).

2 Analyse du temps 1

2.1 Situation familiale et sociale

2.1.1 Analyse descriptive

Les questionnaires de 272 patients ont été analysés au temps 1.

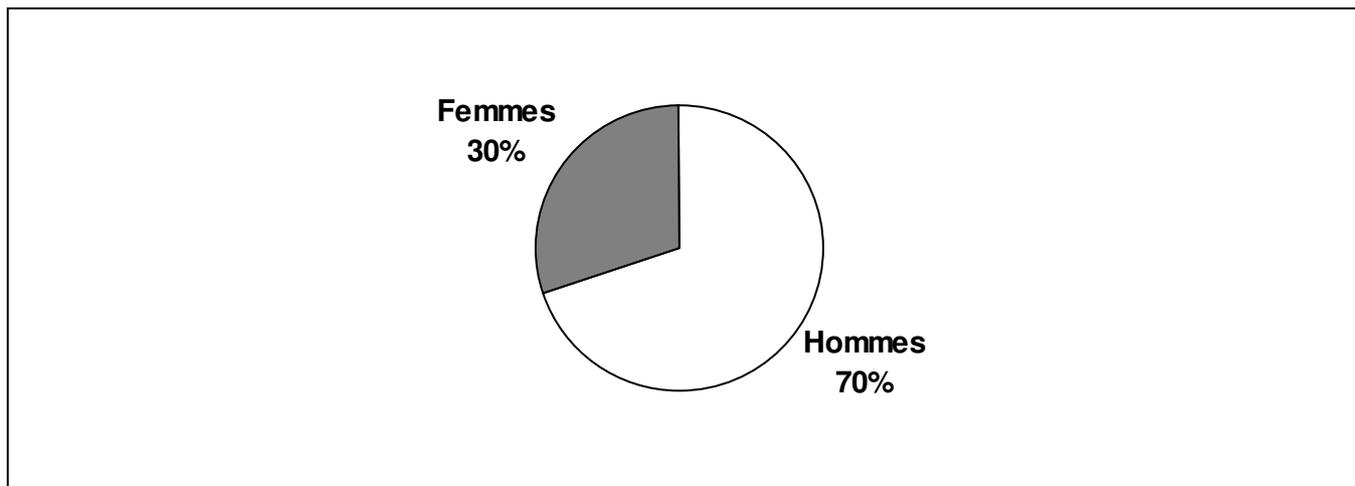


Figure 1 : Sexe des patients

70% des patients sont des hommes. La moyenne d'âge est de 42,8 ans : environ 40% des patients ont moins de 40 ans et 20% d'entre eux ont plus de 50 ans.

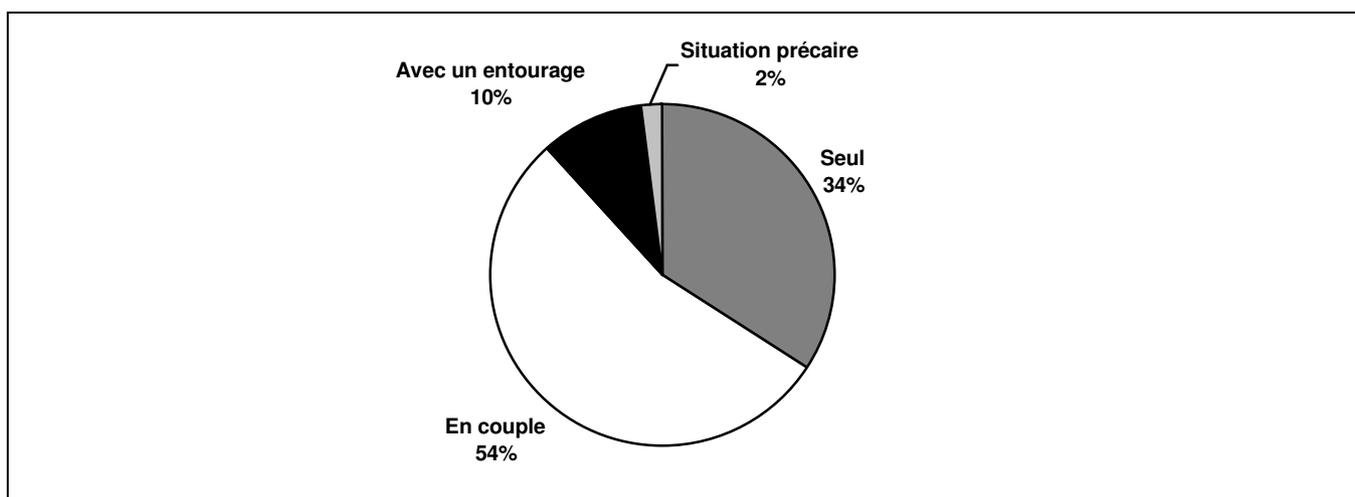


Figure 2 : Situation familiale des patients

Un tiers des patients vit seul, et plus de la moitié vit en couple. 2% sont en situation précaire.

40% des patients n'ont pas d'enfants.

28% des patients sont chômeurs, invalides ou bénéficiaires du RMI.

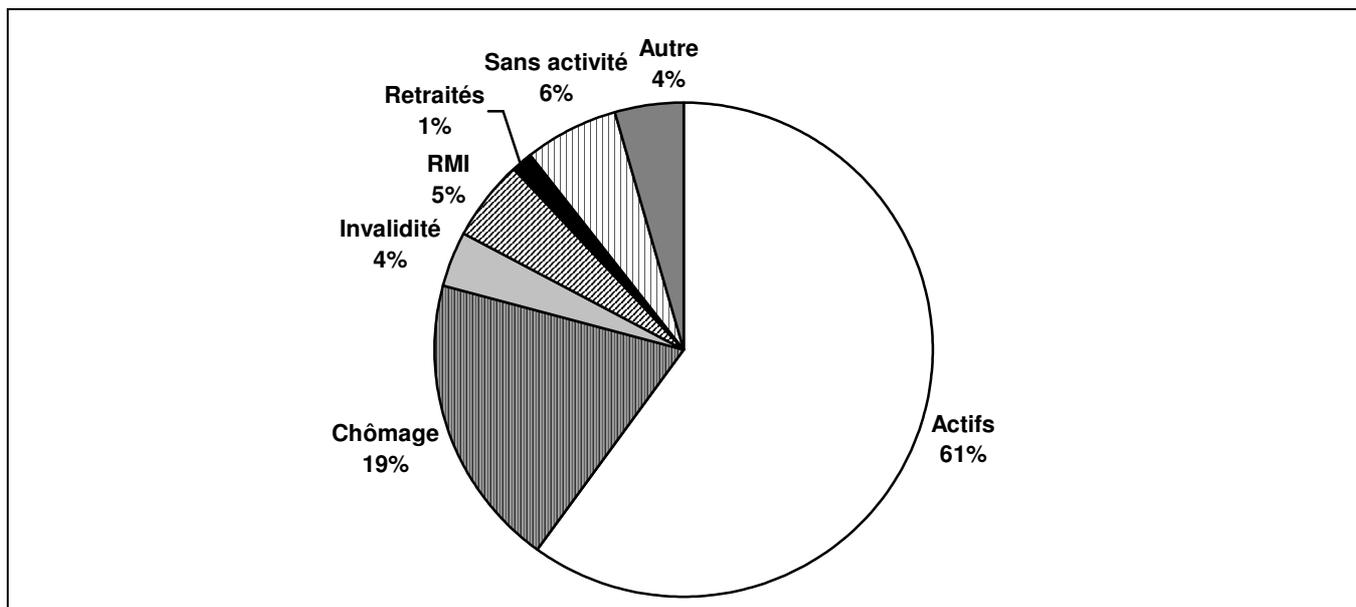


Figure 3 : Situation professionnelle des patients au temps 1

77% des actifs sont employés ou ouvriers.

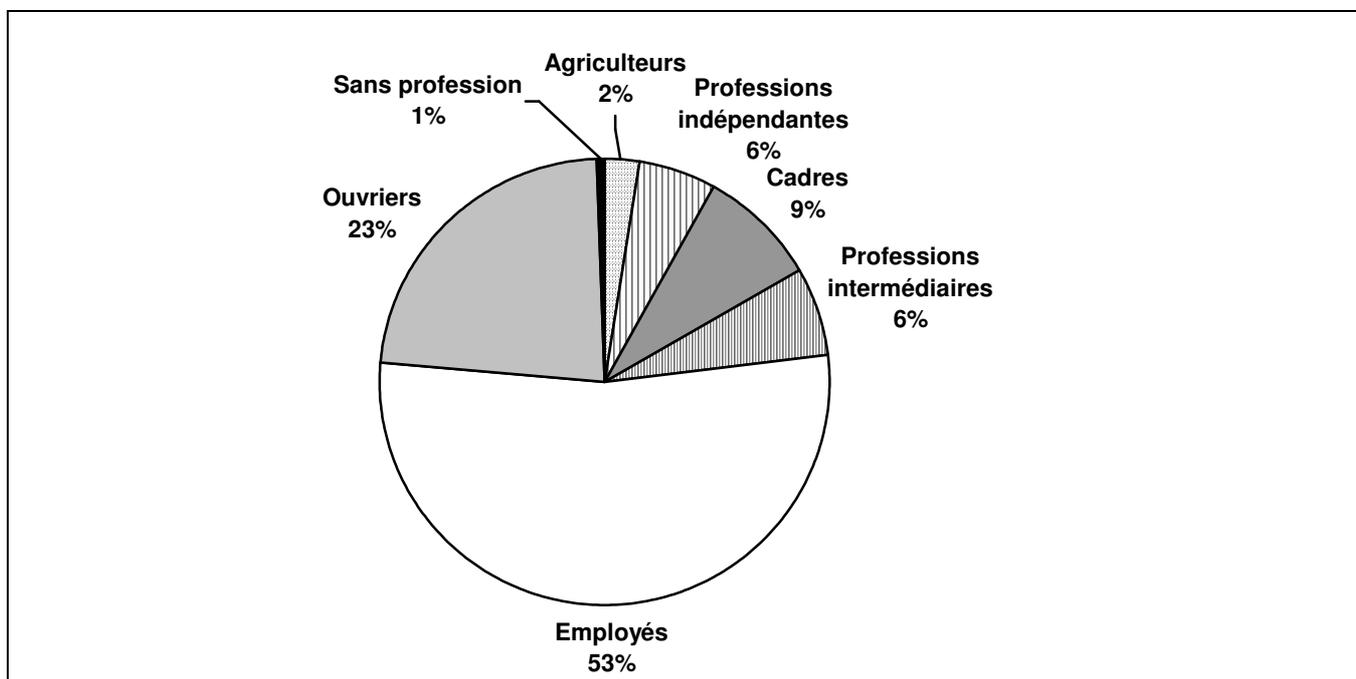


Figure 4 : Catégorie socioprofessionnelle des actifs

32% des patients annoncent des difficultés financières : pour 35% d'entre eux, il s'agit d'un endettement non maîtrisé.

2.1.2 Comparaison des centres

Les patients des centres d'hospitalisation complète (centres A, B et F) et des centres de soins ambulatoires (centres C, D et E) ont été comparés. Aucune différence significative n'est observée entre les deux types de centres pour la proportion d'hommes ($p= 0,753$), ou de patients actifs ($p= 0,483$). Par contre, il y a significativement plus de personnes vivant seules ou en situation de précarité dans les centres d'hospitalisation complète que dans les centres de soins ambulatoires (40% contre 17% - $p=0,002$).

2.2 Démarches de soins antérieures

216 patients (79,4%) avaient déjà reçu des soins antérieurs. Pour 7 d'entre eux, le type de soin déjà reçu n'était pas répertorié. Les soins les plus souvent reçus sont le sevrage hospitalier ou l'hospitalisation complète (environ la moitié des patients ayant reçu des soins antérieurs). La post-cure est la démarche la moins fréquente.

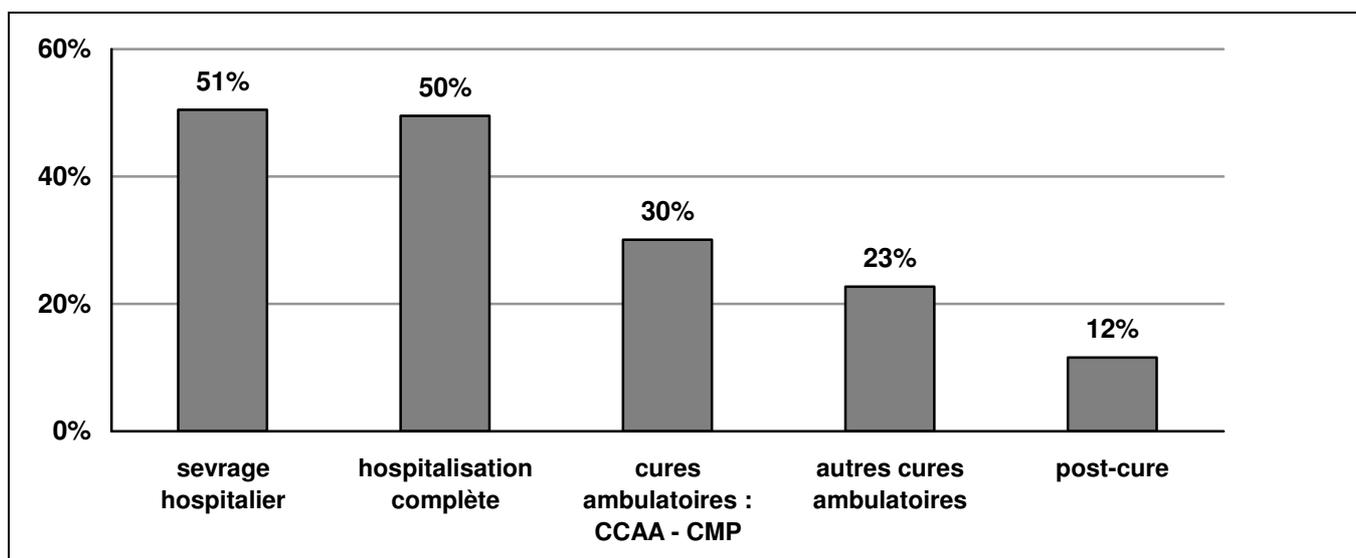


Figure 5 : Types de soins reçus chez les patients ayant reçu des soins antérieurs

Près de 40% des patients ayant reçu des soins antérieurs n'ont bénéficié que d'un seul soin (parmi les types de soins répertoriés). Un peu moins d'un quart en ont reçu plus de 3. Le nombre moyen de soins répertoriés est 2,9 (écart-type de 3,2). Le maximum est de 28 mais seuls 3,7% des patients en ont reçu plus de 8 et 2 patients plus de 14. On note cependant que plusieurs soins ont pu être dispensés dans une même démarche.

La première démarche de soin remonte en moyenne à 3,8 ans (y compris les patients qui reçoivent leur premier soin). Pour 44% des patients, le premier soin remonte à moins d'un an. Pour 27% d'entre eux, il remonte à plus de 5 ans. La durée maximale est de 35 ans.

50 patients (19%) ont fréquenté un mouvement d'anciens buveurs. Ces patients ont significativement plus reçu de soins antérieurs que les autres (3,9 contre 2,7 en moyenne - $p=0,003$).

2.3 Démarche de soin actuelle

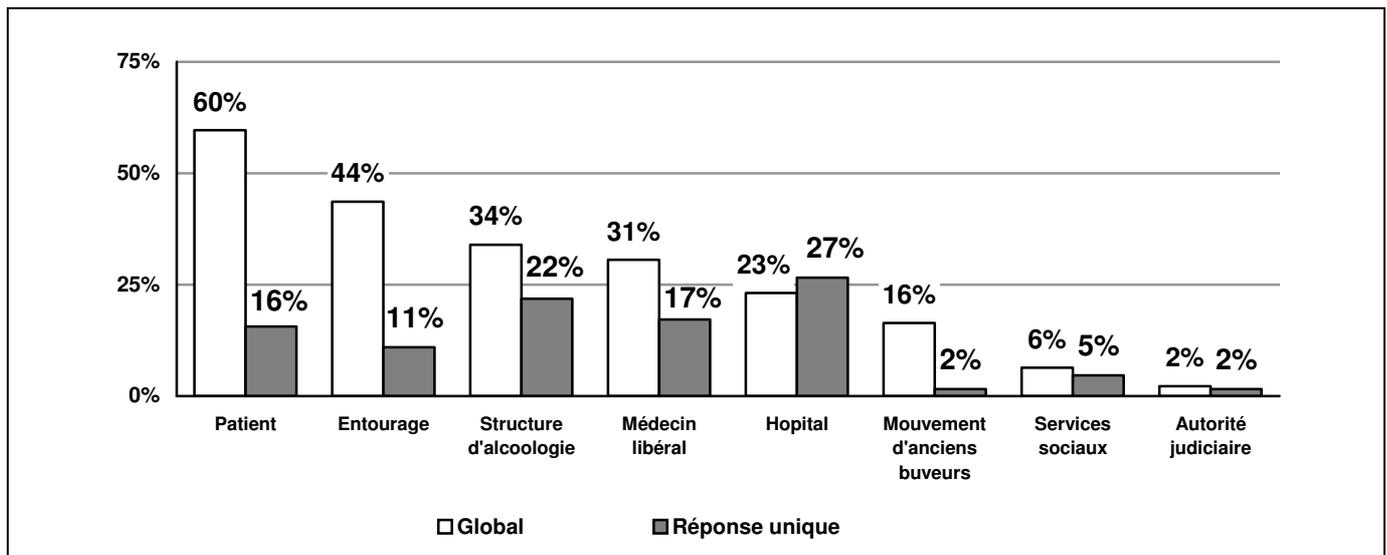


Figure 6 : Intervenants pour l'orientation dans la structure

Les personnes intervenant pour l'orientation dans la structure les plus souvent citées sont le patient lui-même et son entourage. Les intervenants extérieurs médicaux viennent ensuite (structures spécialisée, médecin libéraux et hôpitaux), puis les autres intervenants (mouvements d'anciens buveurs, services sociaux et autorité judiciaire).

Pour les patients n'ayant cité qu'un seul intervenant, les personnels médicaux arrivent en premier (hôpital puis structures spécialisées et médecins libéraux).

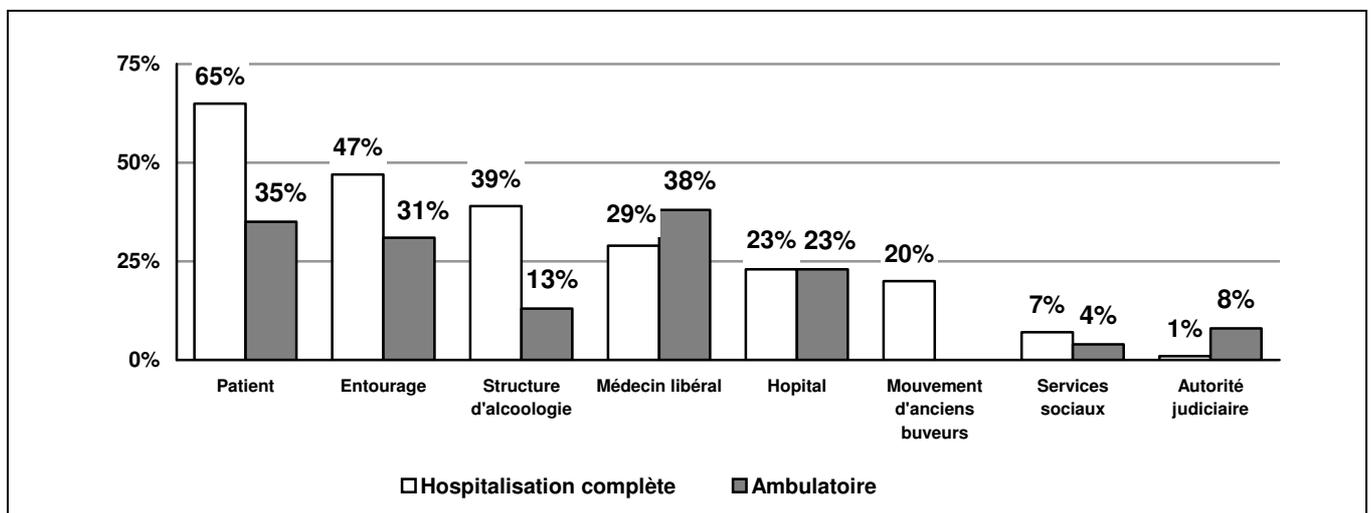


Figure 7 : Intervenants pour l'orientation dans la structure en fonction du type de centre

L'importance des intervenants est sensiblement la même dans les centres d'hospitalisation complète que pour l'ensemble des patients (dû à l'importance de ces centres en terme de patients par rapport aux centres de soins ambulatoire : plus de 82% des patients de l'échantillon sont pris en charge en hospitalisation complète). Pour les patients des centres de soins ambulatoires, les médecins libéraux sont les intervenants les plus souvent cités (près de 40% des patients), devant le patient lui-même (35%) ou son

entourage (31%). Les structures d'alcoologie et les mouvements d'anciens buveurs le sont beaucoup moins, voire pas du tout. Quant à l'autorité judiciaire, elle concerne 8% de ces patients.

2.4 Eléments somatiques

15% des patients ont déjà connu des complications de sevrages. Pour près de la moitié d'entre eux (49%), il s'agit de delirium tremens, et pour deux tiers d'entre eux (66%), il s'agit de comitialité.

40% des patients bénéficient d'un suivi pour une pathologie liée à l'alcool.

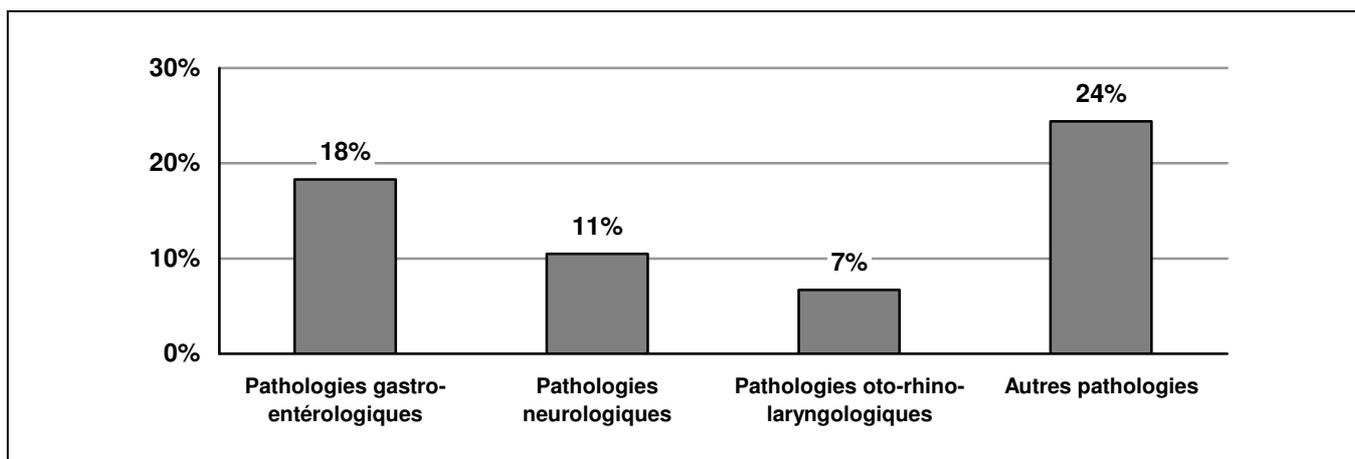


Figure 8 : Pathologies somatiques liés à l'alcoolisme

62% des patients souffrent de pathologies psychiatriques associées. Les troubles névrotiques sont les plus courants (un patient sur deux).

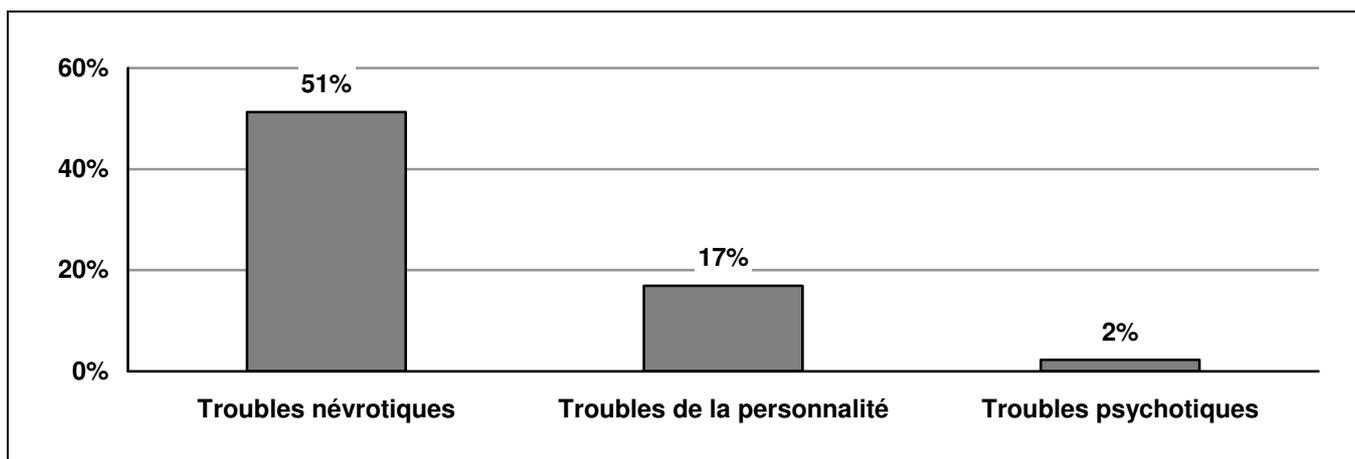


Figure 9 : Pathologies psychiatriques associés

2.5 Mode d'alcoolisation et consommation d'autres toxiques

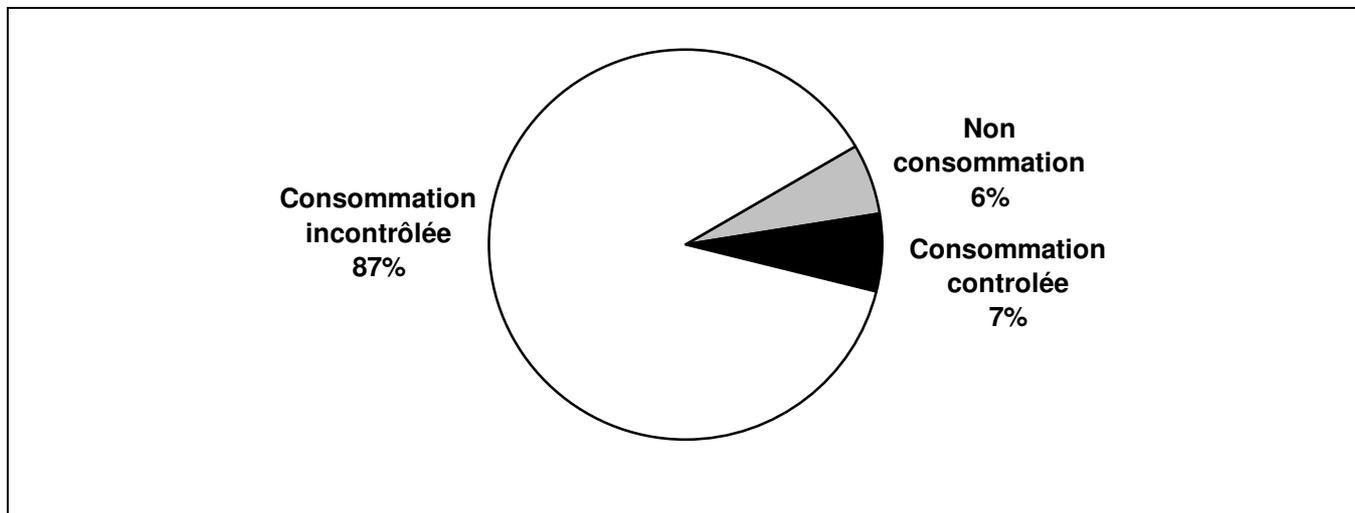


Figure 10 : Appréciation par le patient de sa consommation d'alcool au moment de l'admission

87% des patients jugent leur consommation d'alcool incontrôlée.

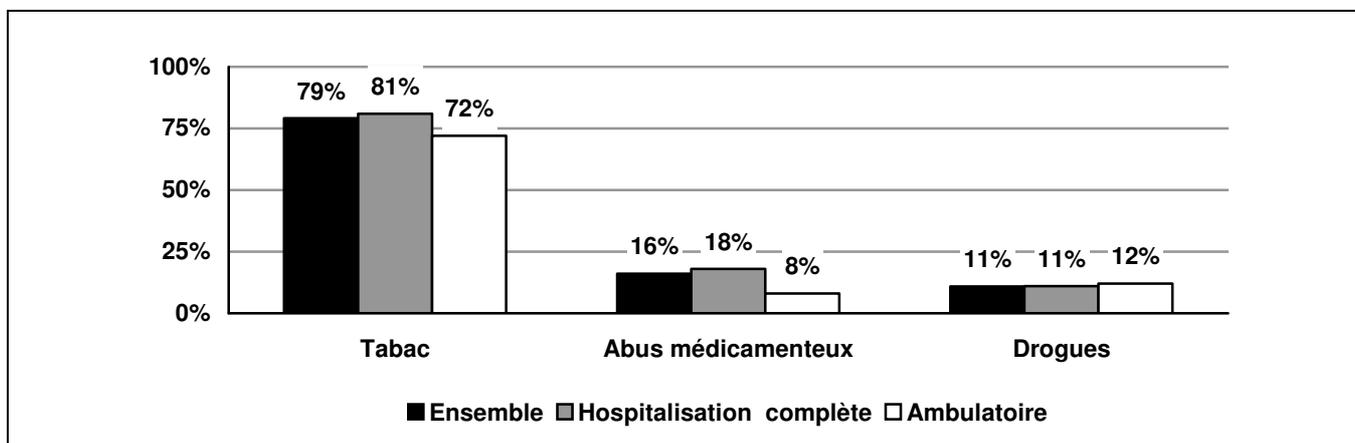


Figure 11 : Autres conduites addictives au moment de l'admission

La classique co-morbidité alcoolisme-tabagisme est retrouvée puisque près de 80% des patients fument. Les autres toxiques sont moins représentés : 16% d'entre eux consomment des médicaments de manière abusive, et 11% des drogues.

2.6 Diagnostics

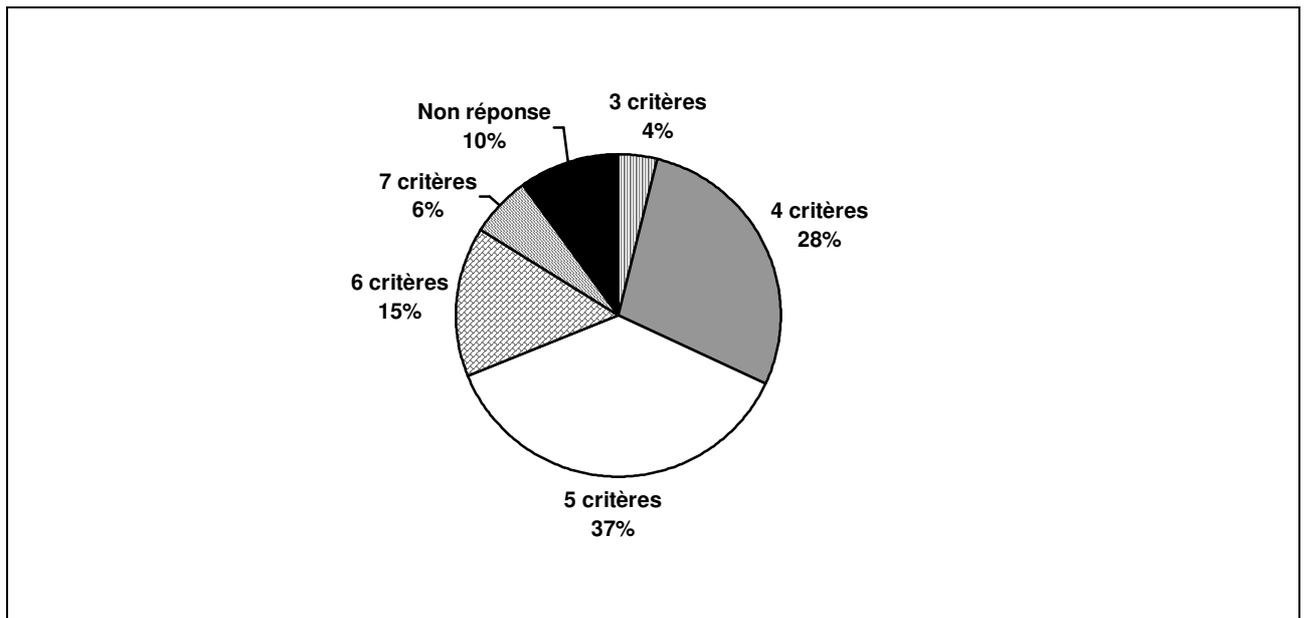


Figure 12 : Nombre de critères dans le DSM IV

Pour 27 patients (10%), le nombre de critères du DSM IV n'a pas été relevé. Pour l'ensemble des patients où le nombre de critères du DSM IV est connu, il y a dépendance (3 critères ou plus parmi les 7 du DSM IV). Près de 65% des patients pour lesquels le nombre de critère du DSM IV a été relevé présentent au moins cinq manifestations de dépendance.

2.7 Profil d'évaluation clinique

2.7.1 Analyse globale

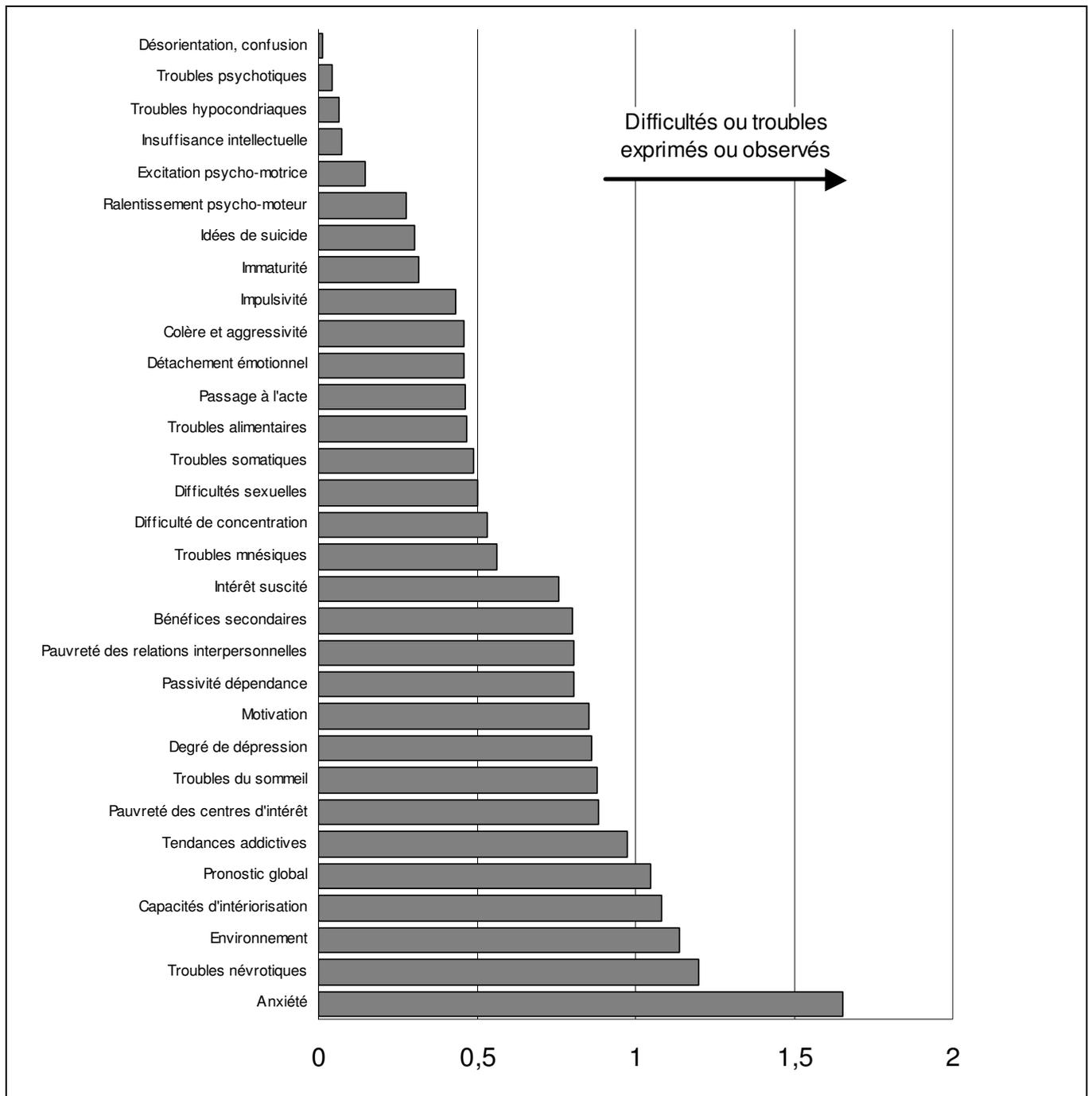


Figure 13 : Moyenne des réponses aux questions du profil d'évaluation clinique (0 : le plus favorable, 3 : le moins favorable) au temps 1

Globalement, le profil clinique des patients est satisfaisant : 25 items sur 31 ont un score moyen inférieur à 1 et un seul item (anxiété ressentie) a un score moyen supérieur à 1,5. Le score moyen à l'ensemble des items est de 0,62. Outre l'anxiété, les éléments les moins bons sont les troubles névrotiques, l'environnement et les capacités d'intériorisation. Le pronostic global (avis *a priori* du praticien sur les changements ultérieurs de l'état du patient) est en moyenne à 1,05 (« s'améliorer passablement ou assez probablement »).

2.7.2 Analyse par sexe, type de centre, situations familiale et professionnelle

On observe des différences (significatives à 5%) entre les sexes sur 3 items. Pour un item (passivité dépendance), la réponse est au profit des femmes, pour les deux autres, elle est au profit des hommes.

Tableau 1: Items du profil d'évaluation clinique pour lesquels on observe une différence significative entre les sexes des patients au temps 1

	<i>Moyenne hommes</i>	<i>Moyenne femmes</i>	<i>Niveau de signification</i>
3. Appréciation globale des troubles de type névrotique	1,08	1,47	0,002
19. Passivité dépendance	0,88	0,64	0,043
38. Difficultés sexuelles	0,44	0,66	0,049

Par rapport à la situation familiale, en comparant les personnes vivant seules ou en situation précaire à celles vivant en couple ou avec un entourage, on note des différences significatives sur 5 items (toujours au profit des personnes vivant en couple ou avec un entourage).

Tableau 2 : Items du profil d'évaluation clinique pour lesquels on observe une différence significative entre les situations familiales des patients au temps 1

	<i>Moyenne seuls ou précaires</i>	<i>Moyenne couples ou entourage</i>	<i>Niveau de signification</i>
13. Retrait ou détachement émotionnel	0,74	0,30	<0,001
33. Pauvreté des relations interpersonnelles	0,99	0,71	0,024
37. Pauvreté des centres d'intérêt	1,04	0,79	0,046
43. Insuffisance intellectuelle	0,12	0,05	0,030
61. Environnement	1,36	1,01	<0,001

Enfin, en comparant les actifs aux non actifs, on trouve des différences significatives sur 9 items (toujours au profit des personnes actives).

Tableau 3 : Items du profil d'évaluation clinique pour lesquels on observe une différence significative entre les activités des patients au temps 1

	<i>Moyenne actifs</i>	<i>Moyenne non actifs</i>	<i>Niveau de signification</i>
10. Ralentissement psychomoteur	0,22	0,38	0,042
19. Passivité dépendance	0,71	0,96	0,020
21. Tendance addictive	0,89	1,12	0,042
25. Excitation psychomotrice	0,10	0,23	0,024
27. Troubles somatiques	0,39	0,65	0,008
37. Pauvreté des centres d'intérêt	0,71	1,14	<0,001
59. Degré de motivation pour la prise en charge	0,76	0,97	0,046
61. Environnement	1,02	1,32	<0,001
63. Pronostic global	0,97	1,16	0,046

Concernant les deux types de centres, on note des différences significatives sur 7 items, au profit des centres en hospitalisation pour 6 items, et au profit des centres de soin ambulatoire pour un item (idées de suicide).

Tableau 4 : Items du profil d'évaluation clinique pour lesquels on observe une différence significative entre les deux types de centres au temps 1

<i>Items</i>	<i>Moyenne centres d'hospitalisation complète</i>	<i>Moyenne centres de soins ambulatoires</i>	<i>Niveau de signification</i>
9. Idées de suicide	0,35	0,10	0,048
19. Passivité dépendance	0,75	1,08	0,032
20. Immaturité	0,27	0,52	0,028
26. Impulsivité	0,38	0,69	0,044
59. Degré de motivation pour la prise en charge	0,79	1,17	0,008
62. Intérêt suscité par le patient	0,67	1,17	<0,001
63. Pronostic global	0,99	1,31	0,012

2.7.3 Formation de sous-échelles

L'échelle formée par l'ensemble des items du BEC (Bilan d'Evaluation Clinique) est mauvaise ($H^J=0,12$). Plusieurs items sont mal ou très mal intégrés dans l'échelle globale, notamment les items 44 (appréciation globale des troubles de type psychotique $H^J=-0,04$), 60 (bénéfices secondaires $H^J=0,01$), 58 (capacité d'intériorisation $H^J=0,02$), 62 (intérêt suscité par la patient $H^J=0,03$), 61 (environnement $H^J=0,05$), 59 (degré de motivation pour la prise en charge $H^J=0,06$), 43 (insuffisance intellectuelle $H^J=0,07$) et 61 (pronostic global $H^J=0,07$). Aucun item de l'échelle ne dépasse $H^J=0,22$.

Il est donc intéressant de résumer l'information du BEC en un petit nombre d'indices synthétiques. La méthode MSP (Mokken Scale Procedure) a été utilisée pour former dans l'ensemble du BEC des échelles vérifiant de bonnes propriétés. Cette méthode détecte 6 sous-échelles dont les deux premières sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Sous-échelles 1 et 2 formées sur le Bilan d'Evaluation Clinique au temps 1

		Sous-échelle principale 1 BEC Motivation-Pronostic	Sous-échelle principale 2 BEC - Dépression
Echelles initiales	Items retirés	28. Troubles hypocondriaques	43. Insuffisance intellectuelle
	Items gardés	58. Capacité d'intériorisation 59. Degré de motivation pour la prise en charge 61. Environnement 62. Intérêt suscité par le patient 63. Pronostic global	10. Ralentissement psychomoteur 13. Retrait ou détachement émotionnel 33. Pauvreté des relations interpersonnelles 37. Pauvreté des centres d'intérêt 42. Difficulté de concentration
Echelles finales	Items ajoutés	60. Bénéfices secondaires	6. Appréciation globale du degré de dépression 9. Idées de suicide
	Items testés mais non ajoutés		3. Appréciation globale des troubles de type névrotique

Ajustement de la première sous échelle (BEC-MP)

Bec Motivation- Pronostic

58. Capacité d'intériorisation
59. Degré de motivation pour la prise en charge
60. Bénéfices secondaires
61. Environnement
62. Intérêt suscité par le patient
63. Pronostic global

La première sous-échelle comprend 6 items. L'item 28 (troubles hypocondriaques) a été retiré par les praticiens des centres d'alcoologie de cette échelle comprenant 5 items sur le pronostic subjectif du praticien (item 63) et sur la motivation, l'environnement et l'entourage du patient (item 58, 59, 61, 62). L'item 60 (bénéfices secondaires) a été inclus à cette sous-échelle bien que le coefficient de Loevinger associé ait une valeur moyenne ($H^J=0,23$) en raison de son

contenu proche du concept mesuré par les autres items de cette sous-échelle.

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,40$. Cette sous-échelle est nommée « BEC-Motivation-Pronostic » et sera référencée par la suite BEC-MP.

La sous-échelle BEC-MP comporte 6 items et permet d'obtenir un score compris entre 0 et 18 : un petit score suggère un bon pronostic pour le patient et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 5,8 (écart-type de 3,0) avec un minimum de 0 et un maximum de 15.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-MP a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients.

Il existe des différences significatives entre les deux types de centres au profit des centres de soins hospitaliers (score moyen inférieur de 1,6 - $p=0,003$) et suivant la situation professionnelle du patient au profit des personnes actives (score moyen inférieur de 1,0 - $p=0,010$).

Ajustement de la seconde sous-échelle (BEC-D)

Bec Dépression

- 6. Appréciation globale du degré de dépression
- 9. Idées de suicide
- 10. Ralentissement psychomoteur
- 13. Retrait ou détachement émotionnel
- 33. Pauvreté des relations interpersonnelles
- 37. Pauvreté des centres d'intérêt
- 42. Difficulté de concentration

La seconde sous-échelle comprend 6 items. Cependant l'item 43 (insuffisance intellectuelle) a été retiré par les praticiens des centres d'alcoologie. En outre, l'ajout des items 6 (appréciation du degré de dépression) et 9 (idées de suicides) a été testé : ceux-ci s'intègrent bien dans cette échelle.

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,39$. Cette échelle sera nommée « BEC-Dépression » et sera répertoriée par la suite BEC-D.

La sous-échelle BEC-D comporte 7 items et permet d'obtenir un score compris entre 0 et 21 : un petit score suggère un faible degré de dépression et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 4,1 (écart-type de 3,9) avec un minimum de 0 et un maximum de 18.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-P a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients.

Il existe des différences significatives suivant la situation familiale du patient au profit des personnes vivant en couple ou avec un entourage (score moyen inférieur de 1,4 - $p=0,006$).

2.7.4 Deuxième étape

Etant donné les importantes modifications effectuées sur les deux premières sous-échelles, la procédure MSP a été relancée sur l'ensemble des items non sélectionnés dans ces deux sous-échelles. Cette méthode permet d'obtenir 4 nouvelles sous échelles présentées dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Sous-échelles 3 à 6 formées sur le Bilan d'Evaluation Clinique au temps 1

		Sous-échelle 3 BEC Personnalité	Sous-échelle 4 BEC Impulsivité	Sous-échelle 5 BEC Troubles associés	Sous-échelle 6 BEC Troubles Anxieux
Echelles initiales	Items retirés	43. Insuffisance intellectuelle	25. Excitation psychomotrice	38. Difficultés sexuelles	
	Items gardés	19. Passivité dépendance 20. Immaturité	16. Tendance au passage à l'acte 17. Colère et agressivité 26. Impulsivité	30. Troubles du sommeil 31. Troubles du comportement alimentaire 40. Troubles mnésiques	1. Anxiété ressentie par le patient 3. Appréciation globale des troubles de type névrotique 28. Troubles hypocondriaques
	Echelles finales				

Pour chacune des échelles 3, 4 et 5, les praticiens de l'ADAEL ont proposé le retrait d'un item. En outre, ils ont proposé de fusionner les sous-échelles 3 et 4 mais les résultats étant trop mauvais, cette fusion n'a pas été retenue. Il avait été en outre proposé de regrouper les items 20 (immaturité) et 26 (impulsivité) mais là encore, les mauvais résultats ont empêché ce regroupement.

Au final 24 items ont été gardés dans les 6 sous-échelles. 7 Items n'ont pas été regroupés :

- 21. Tendance addictive,
- 25. Excitation psychomotrice,
- 27. Troubles somatiques,
- 38. Difficultés sexuelles,
- 43. Insuffisance intellectuelle,
- 44. Appréciation globale des troubles de type psychotique,
- 50. Désorientation, confusion.

L'item 21 était intéressant du point de vue des cliniciens, et a donc été gardé à part.

Ajustement de la troisième sous-échelle (BEC-Personnalité)

Bec Personnalité

19. Passivité dépendance
20. Immaturité

La troisième sous-échelle comprend 2 items sur la passivité dépendance (item 19) et l'immaturité (item 20).

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,49$. Cette échelle sera nommée « BEC-Personnalité » et sera répertoriée par la suite BEC-Pers. Elle permet d'obtenir un score compris entre 0 et 9 : un grand score suggère une forte immaturité et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 1,2 (écart-type de 1,3) avec un minimum de 0 et un maximum de 6.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-Pers a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients.

Il existe des différences significatives suivant le type de centre au profit des centres en hospitalisations complète (score moyen inférieur de 0,6 - $p=0,003$) et de la situation professionnelle du patient au profit des personnes actives (score moyen inférieur de 0,3 - $p=0,049$).

Ajustement de la quatrième sous-échelle (BEC-Imp)

Bec Impulsivité

16. Tendance au passage à l'acte
17. Colère et agressivité
26. Impulsivité

La quatrième sous-échelle comprend 3 items sur l'impulsivité : les items 16 (tendance au passage à l'acte), 17 (colère et agressivité) et 26 (impulsivité).

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,53$. Cette échelle sera nommée « BEC-Impulsivité » et sera répertoriée par la suite BEC-Imp. Elle permet d'obtenir un score compris entre 0 et 12 : un grand score suggère une forte propension à l'impulsivité et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 1,4 (écart-type de 1,9) avec un minimum de 0 et un maximum de 9.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-Imp a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients. Aucun lien significatif n'est mis en évidence entre ces variables et ce score.

Ajustement de la cinquième sous-échelle (BEC-TAss)

Bec Troubles associés

30. Troubles du sommeil
31. Troubles du comportement alimentaire
40. Troubles mnésiques

La cinquième sous-échelle comprend 3 items concernant les troubles associés (sommeil, alimentation, mémoire).

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,43$. Cette échelle sera nommée « BEC-Troubles Associés » et sera répertoriée par la suite BEC-TAss. Elle permet d'obtenir un score compris entre 0 et 9 : un grand score suggère de nombreux ou importants troubles associés et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 1,9 (écart-type de 2,0) avec un minimum de 0 et un maximum de 9.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-Ass a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients. Aucun lien significatif n'est mis en évidence entre ces variables et ce score.

Ajustement de la sixième sous-échelle (BEC-TAnx)

Bec Troubles anxieux

- 1. Anxiété ressentie par le patient
- 3. Appréciation globale des troubles de types névrotiques
- 28. Troubles hypocondriaques

La sixième sous-échelle comprend 3 items sur les troubles anxieux : les items 1 (anxiété ressentie par le patient), 3 (appréciation globale des troubles de type névrotiques) et 28 (troubles hypocondriaques).

Le coefficient de Loevinger associé à cette sous-échelle vaut $H^J=0,49$. Cette échelle sera nommée « BEC-Troubles Anxieux » et sera répertoriée par la suite BEC-TAnx. Elle permet d'obtenir un score compris entre 0 et 9 : un grand score suggère de nombreux ou importants troubles anxieux et inversement.

Le score moyen au temps 1 à cette échelle est de 2,9 (écart-type de 1,7) avec un minimum de 0 et un maximum de 8.

Une analyse de la variance sur le score obtenu à la sous-échelle BEC-TAnx a été réalisée en fonction du type de centre, du sexe et des situations familiale et professionnelle des patients.

On montre des différences significatives suivant le type de centre au profit des centres d'hospitalisations complète (score moyen inférieur de 0,5 - $p=0,049$) et du sexe du patient au profit des hommes (score moyen inférieur de 0,5 - $p=0,022$).

2.7.5 Analyse des 6 sous-échelles du BEC au temps 1

Tableau 7 : Analyse globale des sous-échelles du bilan d'évaluation clinique (BEC) au temps 1

Echelle	Code	Nombre d'items	H'	Minimum	Maximum observé/Maximum théorique	Score moyen	Score moyen par item	Ecart-type	Différences significatives			
									Type de Centre	Sexe	Situation familiale	Situation professionnelle
Motivation pronostic	MP	6	0,40	0	15/18	5,8	0,96	3,0	X			X
Dépression	D	7	0,39	0	18/21	4,1	0,59	3,9			X	
Personnalité	Pers	2	0,49	0	6/6	1,1	0,56	1,3	X			X
Impulsivité	Imp	3	0,53	0	9/9	1,4	0,45	2,0				
Troubles Associés	TAss	3	0,43	0	9/9	1,9	0,64	2,0				
Troubles Anxieux	TAnx	3	0,49	0	8/9	2,9	0,97	1,7	X	X		

Toutes les sous-échelles sont corrélées positivement à l'échelle BEC.

La sous-échelle BEC-MP est en effet corrélée négativement à la sous-échelle BEC-D (plus le patient est déprimé et plus son pronostic est bon), les troubles dépressifs traduisant probablement une prise de conscience des patients de leur situation.

2.8 Le profil de qualité de vie

2.8.1 La satisfaction

Pour chaque thème abordé dans le profil de qualité de vie subjective, est demandé l'état de satisfaction du patient. Cinq états sont possibles :

- très insatisfait (pondéré -2),
- plutôt insatisfait (pondéré -1),
- plutôt satisfait (pondéré 1),
- très satisfait (pondéré 2),
- indifférent (pondéré 0).

Analyse globale

L'échelle comprenant l'ensemble des items de satisfaction sera dénommée QOL-SAT. Le score global de satisfaction (moyenne des réponses de tous les patients aux 30 items de satisfaction) est de -0,1 (écart-type de 0,7 avec un minimum de -1,7 et un maximum de 1,4) ce qui est un score très bas par rapport aux données fournies par l'unité SCRIPT de l'INSERM. C'est un score qui se rapproche du score des déprimés hospitalisés (-0,07) dans les études de l'unité SCRIPT. On note que les scores globaux de satisfaction sont généralement positifs et que des scores négatifs sont enregistrés chez les déprimés (suivant les cas, entre -0,44 et 0,05), les toxicomanes (entre -0,26 et -0,20) et chez les patients atteints de quelques maladies somatiques pénibles (lombalgies chroniques (-0,36) ou apnée obstructive du sommeil (-0,02)).

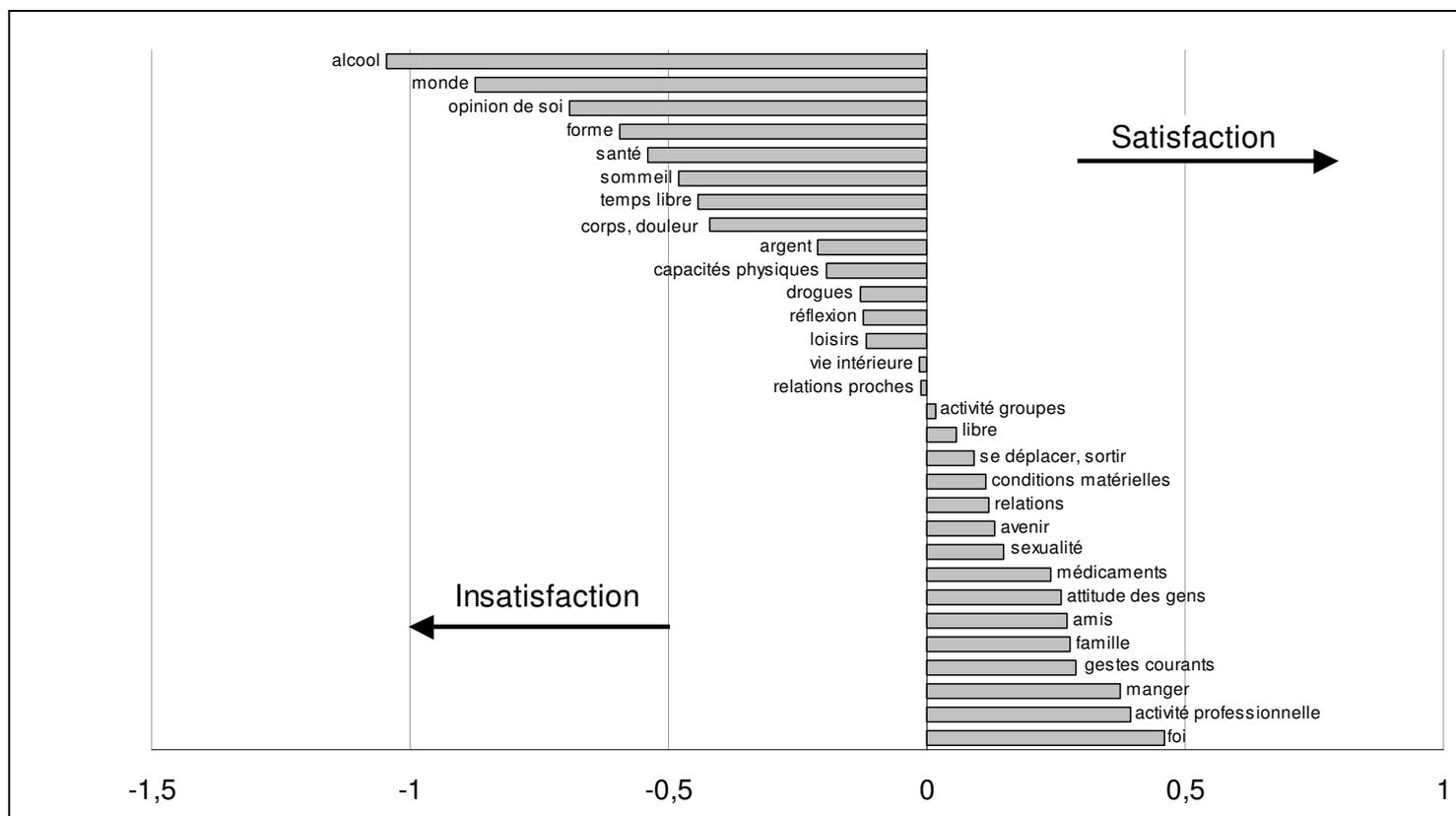


Figure 14 : Scores moyens de satisfaction pour chaque thème au temps 1

Les thèmes de plus grande satisfaction sont la foi, l'activité professionnelle et la nourriture. Les thèmes de plus grande insatisfaction sont la relation à l'alcool, ce qui se passe dans le monde, l'opinion de soi, la forme physique, la santé, le sommeil, le temps libre et le corps. 15 items sur 30 ont un score de satisfaction négatif.

L'échelle QOL-SAT est corrélée positivement de façon significative à l'échelle BEC-P (plus un individu présente un mauvais pronostic et plus son score de satisfaction est haut et réciproquement). Les échelles QOL-SAT et BEC-I sont indépendantes.

Différences constatées

Une analyse de la variance sur le type de centre, le sexe des patients, la situation familiale et la situation professionnelle a été réalisée. Les patients des centres de soins ambulatoires ont une plus grande satisfaction que ceux des centres d'hospitalisation complète ($p=0,023$). Les patients actifs sont également plus satisfaits ($p<0,001$).

Formation de sous-échelles

L'échelle QOL-SAT est médiocre : son coefficient de Loevinger vaut $H^J=0,24$. On observe une mauvaise intégration dans l'échelle de satisfaction des items relatifs à la satisfaction vis-à-vis des possibilités pour les gestes de la vie courante ($H^J=0,17$), de la relation à la drogue ($H^J=0,03$), des activités en groupe ($H^J=0,19$), de l'usage des médicaments ($H^J=0,17$), de la foi religieuse ($H^J=0,04$), de ce qui se passe dans le monde ($H^J=0,16$) et de la relation à l'alcool ($H^J=0,17$).

La méthode MSP (le seuil utilisé sera de 0,35) forme sept sous-échelles à partir des items de satisfactions. Cinq items ne sont pas sélectionnés (drogues, activités de groupe, foi, monde et sexualité).

Tableau 8 : Sous-échelles formées avec les items de satisfaction

<i>Sous-échelle 1 : santé</i>	<i>Sous-échelle 2 : Capacité d'intériorisation et de relations</i>	<i>Sous-échelle 3 : conditions matérielles</i>	
Gestes courants	Relations	Argent	
Corps, douleurs	Réflexion	Profession	
Forme	Attitude des gens	Famille	
Santé	Amis	Conditions matérielles	
Capacités physiques	Opinion de soi		
	Vie intérieure		
	Relation avec les proches		
	Loisirs		
<i>Sous-échelle 4 : addictions</i>	<i>Sous-échelle 5 : liberté</i>	<i>Sous-échelle 6 : loisirs</i>	<i>Sous-échelle 7 : besoins vitaux</i>
Médicaments	Libre	Se déplacer, sortir	Sommeil
Alcool	Avenir	Temps libre	Manger

On référencera par la suite les sept sous-échelles formées sur les items de satisfaction par les références QOL-SAT1 à QOL-SAT7.

Les sept sous-échelles sont corrélées positivement et de façon significative avec l'échelle QOL-SAT et entre elles. Seules les sous-échelles QOL-SAT1 et QOL-SAT7 sont indépendantes.

2.8.2 L'importance

Pour chaque thème abordé dans le profil de qualité de vie subjective, est demandée la place accordée dans la vie pour ce thème. Quatre niveaux d'importance sont possibles :

- sans importance (pondéré 0),
- assez important (pondéré 1),
- très important (pondéré 2),
- extrêmement important (pondéré 3).

Analyse globale

L'échelle comprenant l'ensemble des items d'importance sera dénommée QOL-I. Le score global d'importance (moyenne des réponses de tous les patients aux 30 items d'importance) est de 1,8 (écart-type de 0,5) pour un minimum de 0,5 et un maximum de 3,0.

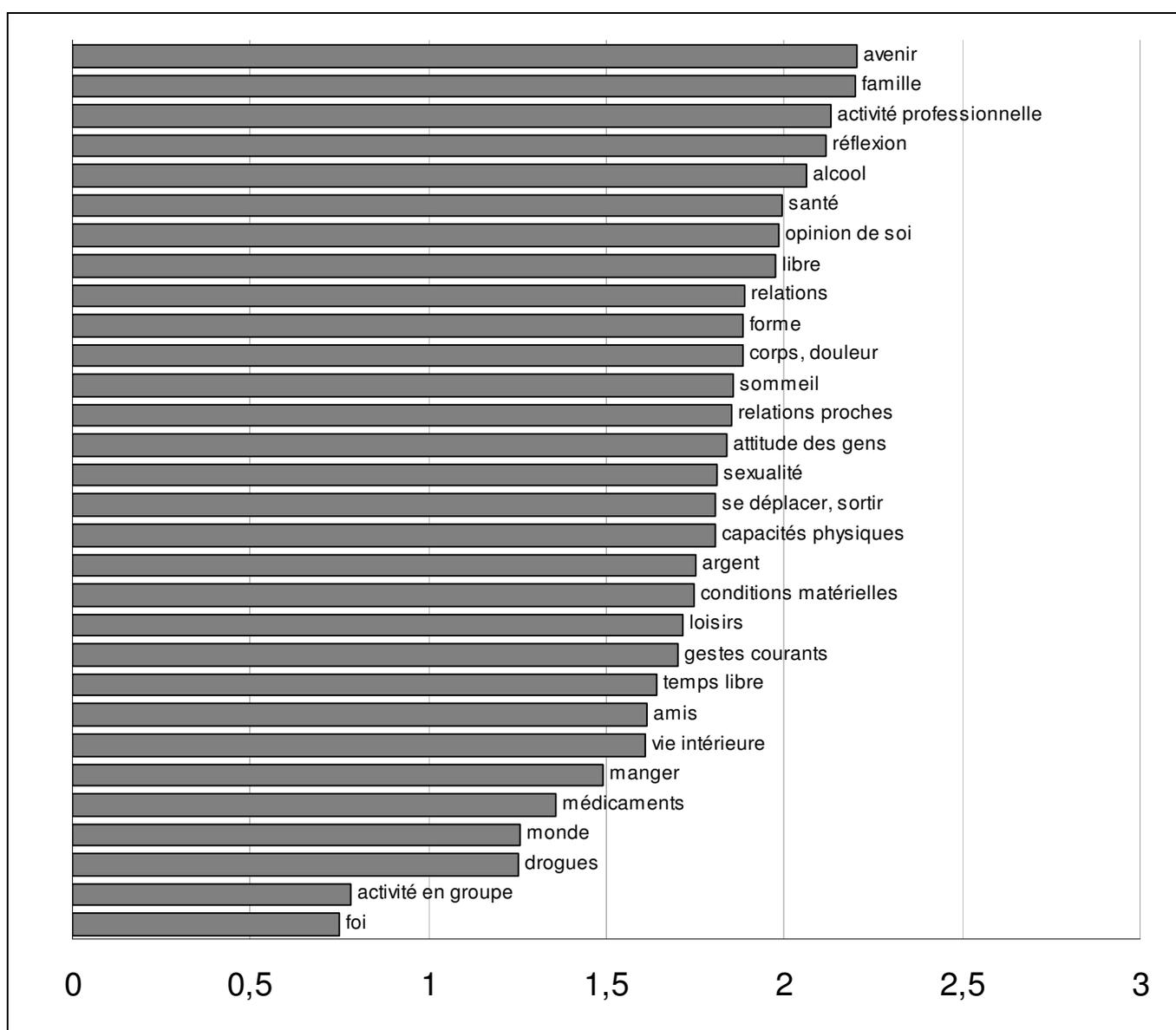


Figure 15 : scores moyens d'importance pour chaque thème au temps 1

Les thèmes déclarés les plus importants sont l'avenir, la famille, l'activité professionnelle, la réflexion et l'alcool. Les thèmes de moindre importance sont la foi et les activités en groupe. 24 items sur 30 ont un score d'importance supérieur à 1,5 et deux items ont un score d'importance inférieure à 1.

L'échelle QOL-I est corrélée négativement de façon significative à l'échelle QOL-SAT (globalement, plus un individu donne de l'importance aux thèmes et plus il est insatisfait de sa situation par rapport à ces thèmes). Ceci n'est cependant pas systématique pour chacun des items :

- pour 8 items seulement, la corrélation entre la satisfaction et l'importance est négative (forme, drogue, temps libre, argent, opinion de soi, santé physique, monde et alcool) : ces items montrent une satisfaction à leur égard plus négative (score moyen de satisfaction négatif).
- pour 3 autres items, cette corrélation est positive (manger, activité de groupe et foi) : ces items se démarquent par un avis globalement positif de la satisfaction à leur égard (score moyen de satisfaction positif).
- pour les 19 autres items, on note une indépendance entre l'importance accordée et la satisfaction.

Différences constatées

On n'observe pas de différences significatives sur le score global d'importance en fonction du sexe du patient, du type de centre, de la situation familiale ou de la situation professionnelle.

2.8.3 Les changements attendus

Pour chaque thème abordé dans le profil de qualité de vie subjective, il est demandé le niveau des changements attendus dans les mois à venir par rapport à ce thème. Cinq niveaux de changements attendus sont possibles :

- changement très défavorable (pondéré -2),
- changement plutôt défavorable (pondéré -1),
- pas de changement (pondéré 0),
- changement plutôt favorable (pondéré 1),
- changement très favorable (pondéré 2).

Analyse globale

L'échelle comprenant l'ensemble des items des changements attendus sera dénommée QOL-CHG.

Le score global des changements attendus (moyenne des réponses de tous les patients aux 30 items de changements attendus) est de 1,05 (écart-type de 0,5) pour un minimum de -0,4 et un maximum de 2,0. C'est un niveau très haut par rapport aux différentes études de l'unité SCRIPT de l'INSERM qui se rapproche du niveau des déprimés hospitalisés alcooliques (1,07), loin devant les autres groupes de patients. Ce haut niveau d'attente de changements favorables montre que les patients pensent que leur vie va changer très favorablement dans les mois à venir, et traduit assurément un surinvestissement des patients par rapport à leur cure.

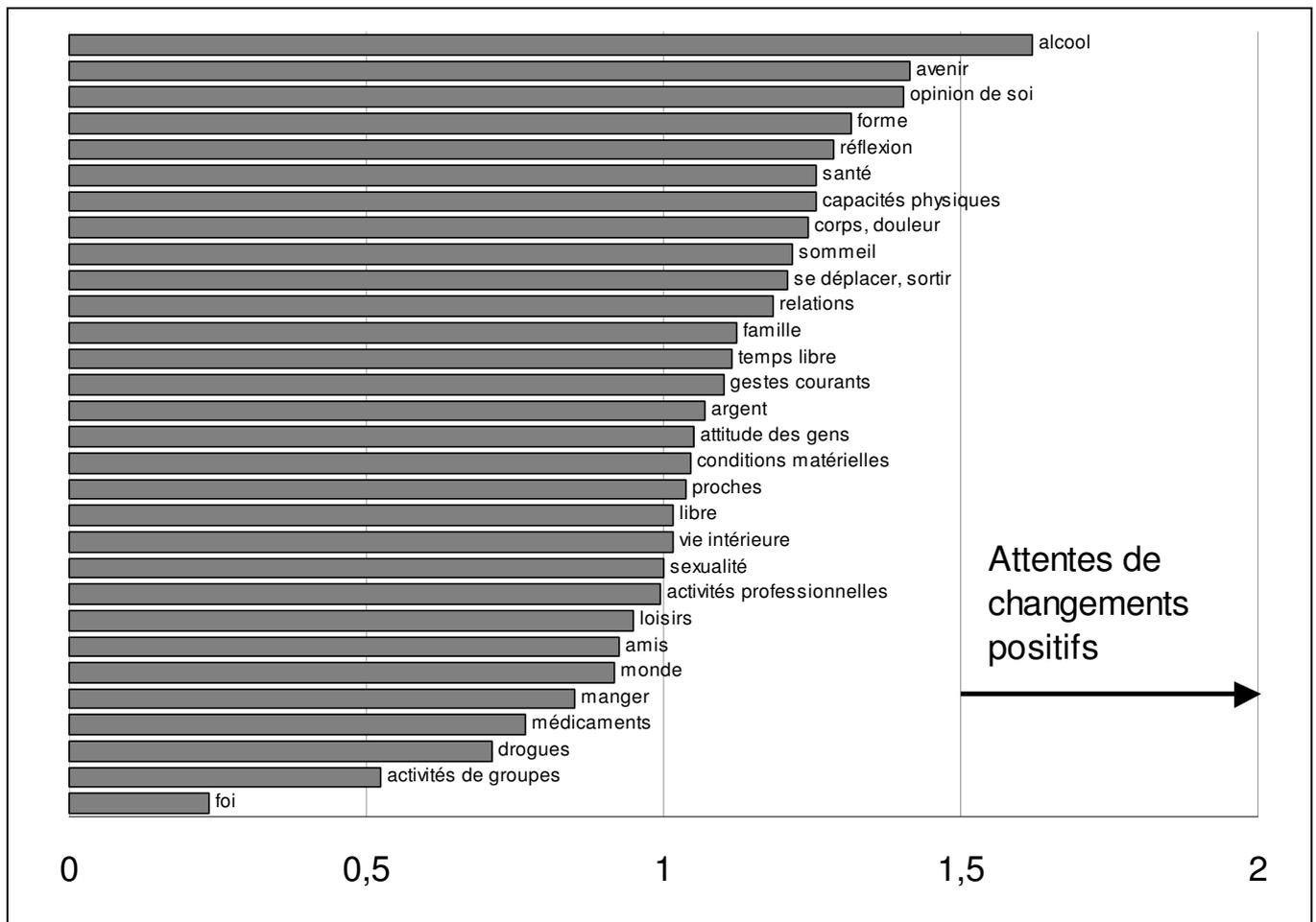


Figure 16 : scores moyens de changement attendu pour chaque thème au temps 1

Les thèmes où les changements attendus sont les plus favorables sont l’alcool, l’avenir et l’opinion de soi. Les thèmes où les changements attendus sont les moins favorables sont la foi et les activités en groupe. Tous les items ont un score d’attente de changement positif et 21 items ont un score d’attente de changement supérieur à 1. Ceci montre que les patients espèrent globalement des changements favorables dans tous les champs examinés.

L’échelle QOL-CHG est corrélée négativement de façon significative à l’échelle QOL-SAT (plus un individu est satisfait de sa situation par rapport à un thème moins les changements qu’il attend par rapport à ce thème sont favorables). Pris individuellement, seulement deux items dérogent à cette règle : pour l’avenir et la foi, les changements attendus sont indépendants de la satisfaction sur ces thèmes.

L’échelle QOL-CHG est corrélée positivement de façon significative à l’échelle QOL-I (plus l’individu accorde de l’importance à un thème et plus il espère des changements favorables sur ce thème). Pour seulement l’item « gestes courants », il y a indépendance entre les changements attendus et l’importance accordée à cet item.

Différences constatées

Les patients des centres d’hospitalisation complète ont un score de changement significativement supérieur à ceux des patients des centres de soins ambulatoires.

On n'observe pas de différences significatives sur le score global d'importance en fonction du sexe du patient, de la situation familiale ou de la situation professionnelle.

2.8.4 Analyse des 7 sous-échelles de qualité de vie au temps 1

Tableau 9 : Caractéristiques globales des sous-échelles de qualité de vie au temps 1

Numéro	Echelle	Nombre d'items	H'	Score moyen par item de satisfaction (-2 à 2)	Score moyen par item d'importance (0 à 3)	Score moyen par item de changements attendus (-2 à 2)
1	Santé	5	0,51	-0,29	1,86	1,24
2	Relations	8	0,42	-0,04	1,83	1,10
3	Conditions matérielles	4	0,41	0,16	1,96	1,05
4	Addictions	2	0,46	-0,40	1,72	1,19
5	Liberté	2	0,42	0,09	2,09	1,21
6	Loisirs	2	0,40	-0,17	1,73	1,16
7	Besoins vitaux	2	0,39	-0,05	1,67	1,03

Les sous-échelles présentant les plus forts scores de satisfaction sont les conditions matérielles et le sentiment de liberté. En revanche, les addictions, et la santé sont les sous-échelles présentant les plus faibles scores de satisfaction.

La plus grande importance est donnée à la sous-échelle concernant le sentiment de liberté, et la plus petite importance est donnée aux besoins vitaux.

L'échelle sur laquelle les patients attendent le plus de changements favorables est la santé (suivie de près par le sentiment de liberté, les addictions et les loisirs). Les sous-échelles où sont attendus les plus faibles changements positifs sont les besoins vitaux, et les conditions matérielles. On note cependant que toutes les échelles présentent des changements attendus positifs et relativement importants (score supérieurs à 1 dans tous les cas correspondant à la modalité « change plutôt favorablement »).

Tableau 10 : Caractéristiques des sous-échelles de qualité de vie, pondérées par l'importance, au temps 1

Numéro	Echelle	Satisfaction pondérée par l'importance					Changements attendus pondérés par importance				
		Score moyen par item (-2 à 2)	Type de Centre	Sexe	Situation familiale	Situation professionnelle	Score moyen par item (-2 à 2)	Type de Centre	Sexe	Situation familiale	Situation professionnelle
1	Santé	-0,23				X	0,82	X			
2	Relations	-0,05				X	0,72	X			
3	Conditions matérielles	0,10			X	X	0,74	X			
4	Addictions	-0,34					0,81		X		
5	Libertés	0,04		X			0,93		X		
6	Loisirs	-0,13	X	X		X	0,73	X			
7	Besoins vitaux	-0,04		X			0,64	X			

Les scores de satisfaction et de changements attendus pondérés par l'importance se concentrent par nature plus vers les modalités moyennes (score de 0) que les scores non pondérés. On ne note cependant aucun changement d'ordre entre les échelles.

En ce qui concerne la satisfaction, les patients des centres d'hospitalisation complète sont moins satisfaits que les autres concernant leurs loisirs (score inférieur en moyenne de 0,28). Les hommes, quant à eux, sont plus satisfaits de leur sentiment de liberté (+0,30), de leurs loisirs (+0,23) et de leurs besoins vitaux (+0,32). Les personnes vivant seules ou en situation de précarité annoncent une moindre satisfaction relative à leurs conditions matérielles (-0,34). Quant aux actifs, ils sont plus satisfaits de leur état de santé (+0,25), de leurs relations (+0,16), de leurs conditions matérielles (+0,63) et de leurs loisirs (+0,31).

Concernant les changements à moyen terme, les patients des centres d'hospitalisation complète sont plus exigeants que les autres en ce qui concerne une amélioration de leur état de santé (+0,24), de leurs relations (+0,18), de leurs conditions matérielles (+0,29), de leurs loisirs (+0,29) et de leurs besoins vitaux (+0,20). En outre, les femmes attendent plus que les hommes des changements positifs en ce qui concerne une amélioration des addictions (+0,18) et de leur sentiment de liberté (+0,19).

2.9 Typologie des patients

Une typologie a été réalisée sur l'ensemble des patients. Les variables utilisées sont, pour les variables qualitatives :

- le sexe,
- la situation sociale (situation familiale, catégorie socio-professionnelle, situation professionnelle, activité du conjoint, difficultés financières),
- l'existence d'une ou plusieurs démarches de soins antérieures,
- la fréquentation d'un mouvement d'anciens buveurs,
- les intervenants pour l'admission dans la structure (médecin libéral, transfert d'hôpital, structure spécialisée, service social, mouvement d'anciens buveurs, autorité judiciaire, patient lui-même, entourage),
- les antécédents de complications de sevrage (global, delirium tremens, comitialité),
- le suivi médical pour troubles somatiques liés à l'alcool (global, pathologies gastro-entérologiques, neurologiques, oto-rhino-laryngées, autres),
- les pathologies psychiatriques (global, troubles psychotiques, névrotiques, de la personnalité),
- l'appréciation de la consommation d'alcool par le patient (non-consommation, consommation contrôlée, consommation incontrôlée),
- les tendances addictives (abus médicamenteux, drogues, tabac).

Et pour les variables quantitatives :

- le nombre de critères DSM IV,
- l'âge du patient,
- l'ancienneté en années de la première démarche de soin,
- le nombre d'enfants,
- les scores aux six sous-échelles du BEC,
- le score à l'item « tendance addictive » du BEC,
- les scores de satisfaction pondérés par l'importance attribués aux sept sous-échelles du profil de qualité de vie,
- les scores de changements attendus pondérés par l'importance attribués aux sept sous-échelles du profil de qualité de vie.

Une analyse des correspondances multiples (ACM) a tout d'abord été réalisée sur les variables qualitatives. Cette analyse permet de former des variables synthétiques quantitatives. Ces dernières ont été utilisées avec les autres variables quantitatives pour réaliser une analyse en composantes principales (ACP) permettant de former de nouvelles variables synthétiques. L'analyse a été conclue par une classification hiérarchique ascendante permettant de définir des groupes de patients les plus homogènes possibles. Cinq groupes de patients ont été obtenus :

- les jeunes gens aux tendances addictives prononcées,
- les patients au pronostic favorable,
- les hommes âgés, « en bonne santé » et à la situation sociale favorable,
- les femmes en difficultés sociales,
- les patients en mauvaise santé mais au bon pronostic.

Premier groupe : les jeunes gens aux tendances addictives prononcées

La situation sociale

Plutôt défavorable, sans être nettement mauvaise. Ce sont des patients plus jeunes que la moyenne.

Les antécédents

Peu d'antécédents, une fréquentation moindre des mouvements d'anciens buveurs.

La situation médico-psychiatrique et le bilan clinique

Moins de tendances dépressives et de troubles associés, mais des troubles de la personnalité fréquents. Les tendances addictives sont prononcées.

La qualité de vie

Une réelle satisfaction sur les différents thèmes du questionnaire de qualité de vie, sauf en ce qui concerne les conditions matérielles où une légère insatisfaction est notée. Ces personnes attendent plus de changements positifs importants dans les prochains mois, notamment dans le domaine des conditions matérielles, de leur sentiment de liberté, et de leurs besoins vitaux, mais s'attendent à une moindre amélioration de leur situation vis-à-vis des addictions que la moyenne. Ils accordent plus de place que les autres à leur santé, à leurs conditions matérielles et à leurs besoins vitaux.

Le pronostic

Très défavorable.

Effectifs et centres de cure

48 patients (17,7%) composé à 65% de patients du centre A. Les patients proviennent plus souvent que la moyenne des centres A et D, mais moins souvent des autres centres (en particulier du centre B).

Second groupe : les patients au pronostic favorable

La situation sociale

Plutôt favorable (moins de difficultés financières exprimées).

Les antécédents

Identique à la moyenne.

La situation médico-psychiatrique et le bilan clinique

Bon bilan clinique : moins de troubles de la personnalité et d'impulsivité, moins de tendances dépressives. Usage moins important de drogues. Ils nient moins souvent leur consommation. La tendance addictive est moins importante.

La qualité de vie

Une réelle satisfaction vis-à-vis des conditions matérielles et des loisirs. Une mauvaise satisfaction quant aux addictions.

Le pronostic

Très favorable.

Effectifs et centres de cure

76 patients (27,9%) composé à 47% de patients du centre B. La répartition des patients dans les centres est globalement la même que celle de l'ensemble des patients, si ce n'est que les centres B et E sont légèrement sur-représentés.

Troisième groupe : Les hommes âgés, « en bonne santé », et à la situation sociale favorable

La situation sociale

Il s'agit plus souvent d'hommes (82% du groupe), exprimant moins de difficultés financières que la moyenne.

Les antécédents

Identiques à la moyenne

La situation médico-psychiatrique et le bilan clinique

Ces patients présentent moins de troubles associés et de troubles anxieux. Ils sont plus souvent affectés par des troubles de la personnalité que la moyenne. Ils présentent peu d'addictions (tabac, abus médicamenteux, drogues), mais nient plus souvent leur consommation d'alcool. Ils semblent moins réticents à la cure : ils en sont plus souvent à l'initiative.

La qualité de vie

Ils sont plus satisfaits que la moyenne de leur qualité de vie, mais y accordent moins de place, et espèrent moins de changements favorables dans les prochains mois.

Le pronostic

Moyen.

Effectifs et centres de cure

62 patients (22,8%) composé à 50% de patients du centre A. Les patients proviennent moins souvent des centres B et F.

Quatrième groupe : Les femmes en difficulté sociale

La situation sociale

Très défavorable, plus de difficultés financières exprimées. Ils s'agit plus souvent de femmes que la moyenne (51% du groupe contre 30% en moyenne).

Les antécédents

Quantitativement dans la moyenne, mais des démarches plus récentes.

La situation médico-psychiatrique et le bilan clinique

Plus de troubles anxieux, mais moins de troubles dépressifs, troubles de la personnalité et troubles associés.

La qualité de vie

Très peu satisfaits de leur situation, voire même de grandes insatisfactions dans les thèmes « addictions », « liberté » et « loisirs », ils accordent plus de place que la moyenne à tous les thèmes sauf « besoins vitaux », et attendent des changements positifs dans tous les domaines de façon plus prononcée que la moyenne.

Le pronostic

Moyen.

Effectifs et centres de cure

45 patients (16,5%) composé à 58% de patients du centre A. La répartition entre les centres est cependant sensiblement identique à celle de l'ensemble des patients.

Cinquième groupe : Les patients en mauvaise santé mais au bon pronostic

La situation sociale

Moyenne ou défavorable.

Les antécédents

Plus fréquents que la moyenne, les patients fréquentent plus souvent des mouvements d'anciens buveurs. Les complications antérieures de sevrage sont plus fréquentes, notamment la comitialité.

La situation médico-psychiatrique et le bilan clinique

Moins de troubles psychiatriques, mais plus de pathologies médicales. Les suivis médicaux pour pathologies associées à l'alcool y sont très fréquents (plus de 80% des patients contre 39% en moyenne). Les addictions sont nombreuses : abus médicamenteux et drogues. Le bilan clinique est mauvais : dépression, impulsivité, troubles associés, troubles anxieux, tendance addictive. Les patients sont cependant plus souvent à l'initiative de leur cure.

La qualité de vie

Les patients sont moins satisfaits que les autres, voire très insatisfaits (notamment pour les thèmes « addictions », « santé » et « conditions matérielles »). Ils attendent cependant plus de changements positifs que la moyenne dans tous les thèmes sauf « besoins vitaux ».

Le pronostic

Très favorable.

Effectifs et centres de cure

41 patients (15,1%) composé à 95% de patients du centre B. Le centre B est le seul à être sur-représenté.

Synthèse

Les scores moyens au temps 1 par groupe de patients aux échelles du BEC et du profil de qualité de vie sont disponibles en annexe 1.

3 Analyse du temps 2

3.1 Perdus de vue

18 patients ont été perdus de vue entre les temps 1 et 2 soit par oubli de remplir les questionnaires (3 patients), soit par perte des questionnaires (15 patients). Le taux de perdus de vue entre les temps 1 et 2 s'établit donc à 6,6%.

Parmi les 254 patients non perdus de vue, 24 (9,4%) sont partis en cours de cure et donc une partie des questionnaires (qualité de vie notamment) est manquante. Pour 10 autres, les questionnaires de qualité de vie ont été perdus et il n'a pas été possible de remplir *a posteriori* ces questionnaires.

Au total, il y a donc 220 patients (81% des patients) pour lesquels l'ensemble des questionnaires aux temps 1 et 2 sont disponibles, et 34 supplémentaires (13% des patients) pour lesquels il manque seulement le questionnaire de qualité de vie au temps 2.

Les perdus de vue ne se différencient pas des autres sur le sexe ($p=0,405$), leur situation familiale ($p=0,902$) ou leur situation professionnelle ($p=0,467$). Ils se différencient par contre des autres sur le type de centre (centre de soin en hospitalisation complète : 1% de perdus de vue, centre de soin ambulatoire : 32% de perdus de vue - $p<0,001$). Cette différence est principalement liée au fait que plus de 83% des patients perdus de vue proviennent d'un seul centre de soin ambulatoire (D), celui dont les questionnaires ont été en partie égarés.

3.2 Eléments somatiques

17 patients (6,2%) ont connu des complications de sevrage durant le séjour. Pour 8 d'entre eux (47%) il s'agit de syndromes aigus ou subaigus de sevrage et pour 13 d'entre eux (75%) il s'agit de comitialité.

100 patients (39,4%) sont suivis pour au moins une pathologie :

- 42 (16,5%) pour une pathologie gastro-entérologique ou hépatique,
- 20 (7,9%) pour pathologie neurologique,
- 11 (4,3%) pour une pathologie oto-rhino-laryngée,
- 67 (26,4%) pour une autre pathologie.

147 patients (57,9%) ont une ou plusieurs pathologies psychiatriques associées :

- 16 (6,3%) troubles psychotiques,
- 101 (39,8%) troubles névrotiques,
- 53 (20,9%) troubles de la personnalité.

3.3 Description des thérapies

3.3.1 Type de prise en charge

Pour 12 individus soit 4,4%, il s'agit d'un sevrage hospitalier. 11 d'entre eux sont suivis dans le centre A et un dernier dans le centre E.

Pour 34 individus, il s'agit d'une cure ambulatoire. Il s'agit de tous les individus des centres C, D et E (centres de soins ambulatoires) sauf l'individu suivi pour sevrage hospitalier du centre E et un patient du centre A.

Pour 208 individus, il s'agit d'une cure hospitalière soit l'ensemble des patients des centres en hospitalisation complète sauf les 12 patients du centre A cités précédemment.

3.3.2 Cadre de la thérapie

Pour 104 individus (dont l'ensemble des individus des centres de soins ambulatoires), le cadre général de la thérapie n'est pas précisé.

Pour les 150 autres, 139 (92,7%) entrent dans le cadre d'une thérapie institutionnelle, 113 (75,3%) entrent dans le cadre d'un contrat d'efficacité thérapeutique sur la non consommation d'alcool durant le séjour, 106 (70,7%) entrent dans le cadre d'un contrat d'efficacité thérapeutique sur la non consommation de substance psychotrope hors prescription médicale durant le séjour, 105 (70,0%) entrent dans le cadre d'un contrat d'efficacité thérapeutique sur l'absence de relation amoureuse avec un autre patient durant le séjour.

3.3.3 Prescriptions médicales

243 patients (96,7%) ont bénéficié d'au moins un traitement durant leur séjour. Pour 97 (38,2%) un traitement avait été prescrit avant la cure et a été poursuivi pendant celle-ci. Pour 66 (68,0% d'entre eux), le traitement a été modifié ou renouvelé pendant la cure. Pour 146 autres (57,5%), aucun traitement n'avait été prescrit avant la cure, mais un ou plusieurs traitements ont été prescrits durant la cure.

Concernant les 97 patients ayant un traitement prescrit avant la cure, il s'agit pour 37 d'entre eux d'un traitement préventif des complications de sevrage, pour 81 de psychotropes et pour 18 d'un traitement pour le maintien de l'abstinence.

Concernant les 212 patients ayant reçu un traitement durant le séjour, il s'agit pour 110 d'entre eux d'un traitement préventif des complications de sevrage, pour 104 d'entre eux de psychotropes, pour 100 d'entre eux de magnésium IV, et pour 25 d'un traitement pour le maintien de l'abstinence.

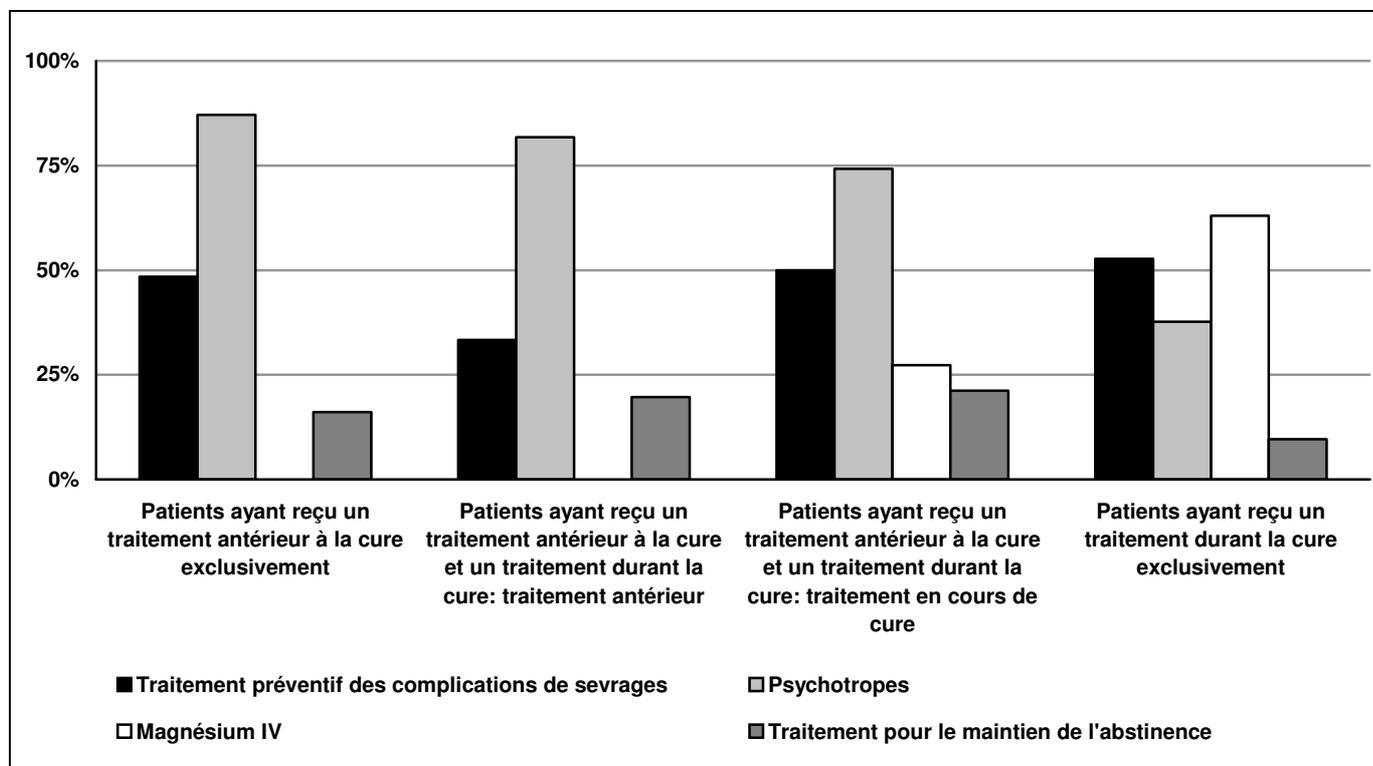


Figure 17 : Traitements prescrits antérieurement et pendant la cure

3.3.4 Outils et activités

Les temps consacrés par centre aux différentes activités sont représentés, activité par activité, dans les graphiques de l'annexe 2.

3.3.5 Typologie des thérapies

Une typologie a été réalisée sur les thérapies. Les temps passés dans chaque activité secondaire (ou principale s'il n'existe pas de sous-catégories) ont été utilisés.

On obtient une première typologie composée de trois groupes :

- le premier groupe est composé de l'ensemble des patients du centre A sauf 2, et de 3 patients du centre C, soit un total de 114 patients.
- le second groupe est composé de l'ensemble des patients des centres D, E et F, mais aussi de 7 patients du centre C, de 4 patients du centre B et de 2 patients du centre A, soit un total de 61 patients.
- Le dernier groupe est composé de l'ensemble des patients du centre B sauf 4, soit un total de 97 patients.

Cette typologie étant très proche des réalités de terrain, elle a été adaptée pour correspondre complètement à ces réalités en gardant les trois types de thérapies suivantes :

- les thérapies suivies par les patients du centre A (113 patients),
- les thérapies suivies par les patients des centres ambulatoires et du centre F (58 patients),
- les thérapies suivies par les patients du centre B (101 patients).

Premier groupe : les thérapies du centre A

Les informations complètes aux deux temps ont été récoltés pour 112 des 113 patients. Il s'agit principalement de patients ayant suivi une cure en hospitalisation complète (87%) ou un sevrage hospitalier (10%). Les thérapies institutionnelles sont moins nombreuses que la moyenne (29% contre 51% en moyenne).

Les temps consacrés aux activités, à la biographie, aux entretiens avec les infirmiers (orientés parole), à la psychomotricité, aux groupes de parole, aux entretiens psychothérapeutiques, aux personnels médicaux et aux assistants sociaux sont plus importants que la moyenne. En revanche, il est consacré moins de temps aux réunions générales institutionnelles, au bilans, à la relaxation, à la psychothérapie de groupe, et au secrétariat.

Les patients reçoivent plus souvent des traitements préventifs des complications de sevrage, initiés avant leur entrée dans la structure ou bien durant le séjour. La prescription de psychotropes initiée durant le séjour est, elle aussi plus fréquente, mais celle de magnésium l'est moins.

Les patients suivant ce type de thérapie sont répartis uniformément entre les 4 premiers groupes de patients, mais on ne trouve aucun patient du 5^e groupe (patients en mauvaise santé mais au bon pronostic). Les patients du second groupe (patient au pronostic favorable) sont eux aussi moins nombreux que la moyenne.

Second groupe : les thérapies des centres ambulatoires

Les informations complètes aux deux temps ont été récoltés pour 41 des 58 patients. Il s'agit plus souvent de patients ayant suivi une cure ambulatoire (80% contre 13% en moyenne).

Les temps consacrés aux contacts avec la famille sont plus importants, mais ceux consacrés à l'information alcoologie, aux consultations médicales, à l'écriture de la biographie, aux réunions institutionnelles, au bilan, à la relaxation, aux soins infirmiers, à la psychomotricités, aux activités et ateliers, aux entretiens avec les infirmiers (orientés parole) et aux groupes de parole y sont moins importants.

Les patients reçoivent plus souvent des traitements pour le maintien de l'abstinence, initiés avant leur entrée dans la structure ou bien durant le séjour. Les patients se sont le plus souvent vus prescrire des psychotropes avant leur entrée, mais la prescription de magnésium IV durant le séjour est moins fréquente.

Les patients du 3^e groupe (hommes âgés, « en bonne santé », et à la situation sociale favorable) sont sur représentés mais ceux des groupes 4 (femmes en difficultés sociales) et 5 (patients en mauvaise santé mais au bon pronostic) sont sous-représentés.

Troisième groupe : les thérapies du centre B

Les informations complètes aux deux temps ont été récoltés pour les 101 patients. Il s'agit presque essentiellement de patients ayant suivi une cure en hospitalisation complète (99%). Il s'agit en outre plus souvent de thérapies institutionnelles (95%), et des contrats d'efficacité thérapeutiques sont le plus souvent initiés, sur la non consommation d'alcool (98%), la non consommation de substances psychotropes (99%) ou l'absence de relations amoureuses (98%).

Les temps consacrés à la relaxation, le bilan, les réunions générales institutionnelles, la psychothérapie de groupe, les soins infirmiers, le secrétariat, l'information alcoologie ou les consultations médicales sont plus importants que pour l'ensemble des patients. En revanche, ceux consacrés aux activités et ateliers, aux entretiens avec les infirmiers (orientés parole), à la psychomotricité, à la biographie, aux entretiens psychothérapeutiques, aux groupes de parole, aux contacts avec la famille et aux assistants sociaux sont moins importants, voire inexistantes.

Les prescriptions de magnésium IV initiés durant le séjour sont plus fréquentes, mais les patients reçoivent moins les autres types de prescriptions (psychotropes, traitements préventifs des complications de sevrage ou pour le maintien de l'abstinence).

Dans ce type de thérapie, sont présents la plupart des patients du 5^e groupe (patients en mauvaise santé mais au bon pronostic - 95% d'entre eux), et plus de patients du 2^e groupe (patients au profil favorable) que la moyenne, mais beaucoup moins de patients des 3 autres groupes.

Scores moyens par type de centre

Le tableau de l'annexe 3 contient les scores moyens par type de centre aux sous-échelles du BEC et du profil de qualité de vie.

Concernant le BEC, les plus mauvais scores moyens concernent en particulier les patients des centres ambulatoires (type 2) sauf pour les sous-échelles concernant la dépression et les troubles associés où les plus mauvais scores moyens sont enregistrés au centre B. Le centre A est globalement le centre où les scores moyens au BEC sont les meilleurs.

Concernant la qualité de vie, les centres ambulatoires sont ceux où la satisfaction est la plus importante mais où les attentes de changements sont les moins positives, à l'inverse du centre B.

3.4 Répartition des patients suivant leur groupe et le type de thérapie

Tableau 11 : Répartition des patients suivant leur groupe et la thérapie suivie

<i>Groupe de patients</i>	<i>Type de thérapie</i>			<i>Ensemble</i>
	1 : Centre A	2 : Centres ambulatoires et centre F	3 : Centre B	
<u>Classe 1</u> : les jeunes gens aux tendances addictives prononcées	31 (65%)	11 (23%)	6 (12%)	48
<u>Classe 2</u> : les patients au profil favorable	25 (33%)	15 (20%)	36 (47%)	76
<u>Classe 3</u> : les hommes âgés, « en bonne santé », et à la situation favorable	31 (50%)	23 (37%)	8 (13%)	62
<u>Classe 4</u> : les femmes en difficulté sociale	26 (58%)	7 (16%)	12 (27%)	45
<u>Classe 5</u> : les patients en mauvaise santé mais au bon pronostic	-	2 (5%)	39 (95%)	41
<u>Ensemble</u>	113 (42%)	58 (21%)	101 (37%)	272

3.5 Fin de cure et suivi

3.5.1 Fin de cure

Pour 4 patients, l'issue de la cure n'a pu être déterminée (réponse non cochée et date de sortie non indiquée). Sur les 250 autres patients, 231 (92,4%) ont mené leur cure à terme, 12 (4,8%) l'ont interrompu volontairement, 4 cures ont été interrompues pour non respect du contrat d'efficacité thérapeutique, 2 ont été interrompues pour transfert vers un centre hospitalier général et 1 pour transfert vers un centre hospitalier spécialisé.

3.5.2 Orientation

196 (77,1%) patients sont orientés en fin de cure par rapport à la problématique alcoolique. Les orientations sont par ordre d'importance :

- les CCAA ou CMP : 102 patients
- les médecins généralistes : 37 patients
- les psychiatres et psychothérapeutes : 26 patients
- les hôpitaux de jour : 25 patients
- le secteur psychiatrique : 9 patients
- les centres de post-cure : 7 patients
- l'hôpital général : 4 patients

3.5.3 Traitement de sortie

Pour 193 patients (76,0%), un ou plusieurs traitements ont été initiés lors de la sortie :

- magnésium : 90 patients
- psychotropes : 77 patients
- traitement pour le maintien de l'abstinence : 69 patients

4 Comparaison des temps 1 et 2

4.1 Profil d'évaluation clinique

4.1.1 Analyse globale

Les réponses au profil d'évaluation clinique au temps 2 sont assez corrélées avec celles du temps 1 (corrélation de 0,83 entre les moyennes prises aux deux temps). Le score moyen au temps 2 à l'ensemble des items est de 0,41 soit une baisse significative ($p < 0,001$) de 0,21 en moyenne par rapport au temps 1, montrant une réelle amélioration du profil clinique des patients durant le séjour.

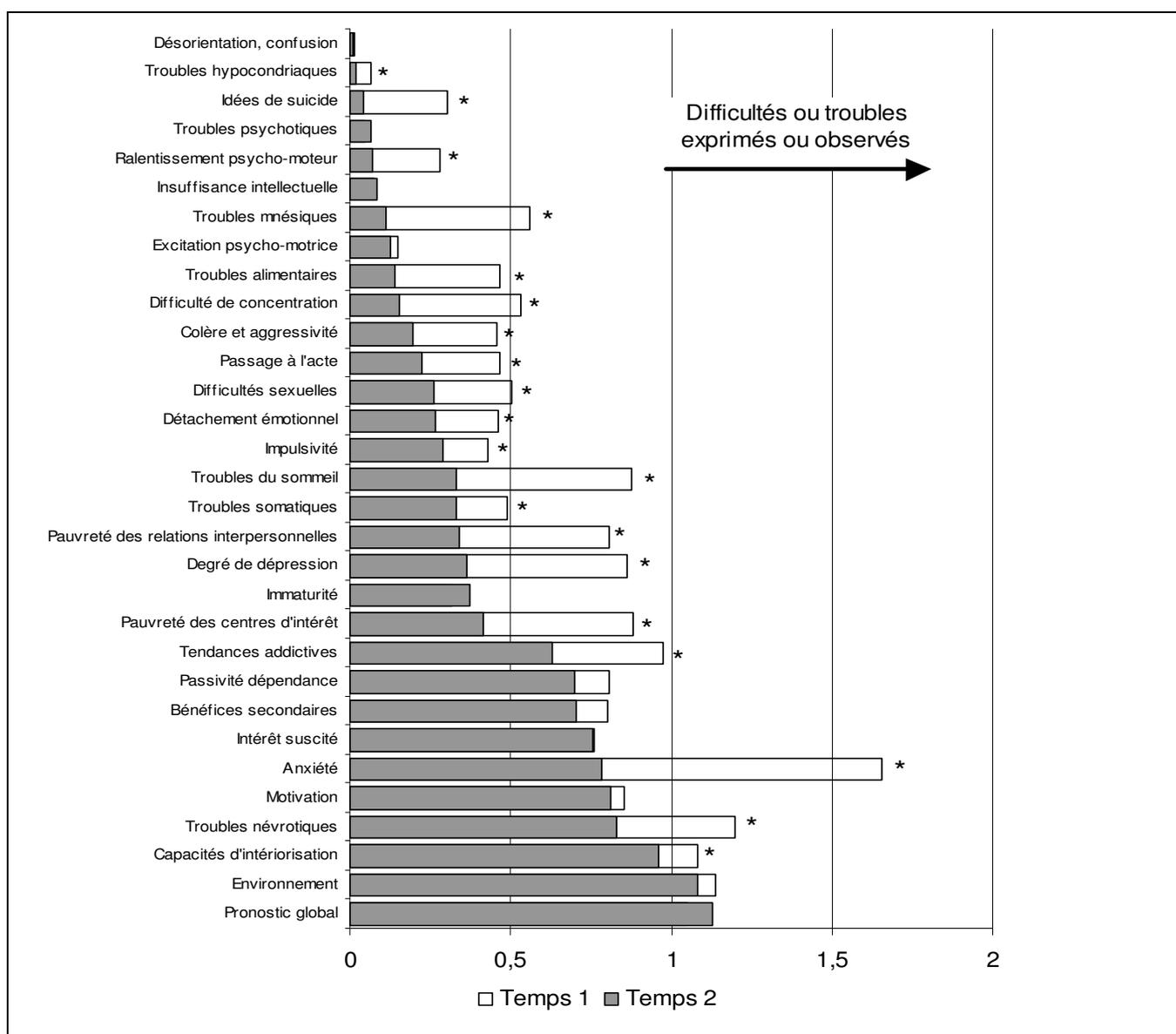


Figure 18 : Moyenne des réponses aux questions du profil d'évaluation clinique aux temps 1 et 2 (0 : le plus favorable, 3 le moins favorable, * : différence significative à 5% entre les deux temps)

Pour l'ensemble des patients, les plus fortes améliorations de l'état clinique concernent l'anxiété (-0,87), les troubles du sommeil (-0,55), le degré de dépression (-0,50), la pauvreté des relations interpersonnelles (-0,48), la pauvreté des centres d'intérêt (-0,47), et les troubles mnésiques (-0,45). Il n'existe pas d'améliorations significatives sur le pronostic global, l'immaturité, les troubles psychotiques, les insuffisances intellectuelles, la désorientation et la confusion, l'excitation psycho-motrice, l'intérêt suscité par le patient, la passivité dépendance, les bénéfices secondaires, la motivation et l'environnement du patient.

L'annexe 4 présente les variations des scores par item du BEC en fonction du type de thérapie.

4.1.2 Les variations des scores issus du BEC

Méthodologie globale

Des modélisations ont été effectuées afin d'expliquer les variations des scores aux sous-échelles entre les temps 1 et 2 en fonction :

1. du groupe d'appartenance du patient,
2. du type de thérapie,
3. de l'état du patient à son arrivée dans la structure (valeur du score dans l'échelle considérée au temps 1),
4. du fait que le patient ait ou non mené sa cure à terme.

Les interactions suivantes ont été testées :

- groupe auquel appartient le patient et type de thérapie reçue,
- groupe auquel appartient le patient et état du patient à son arrivée dans la structure,
- type de thérapie et état du patient à son arrivée dans la structure,
- fait que le patient ait ou non mené sa cure à terme et type de thérapie suivie,
- fait que le patient ait ou non mené sa cure à terme et état du patient à son arrivée dans la structure.

La sélection des variables s'est déroulée par une procédure backward c'est-à-dire en supprimant au fur et à mesure et une à une les variables non significatives à 5%.

Pour des raisons techniques et d'interprétation des différents paramètres, les effets principaux des variables, même non significatifs, ont été gardés, si ces termes étaient inclus dans une interaction. De la même manière, une constante a toujours été ajoutée dans le modèle, même si elle n'était pas significative.

Exemple d'interprétation

La figure suivante correspond à la sous-échelle BEC-MP (Motivation-Pronostic) prise comme exemple.

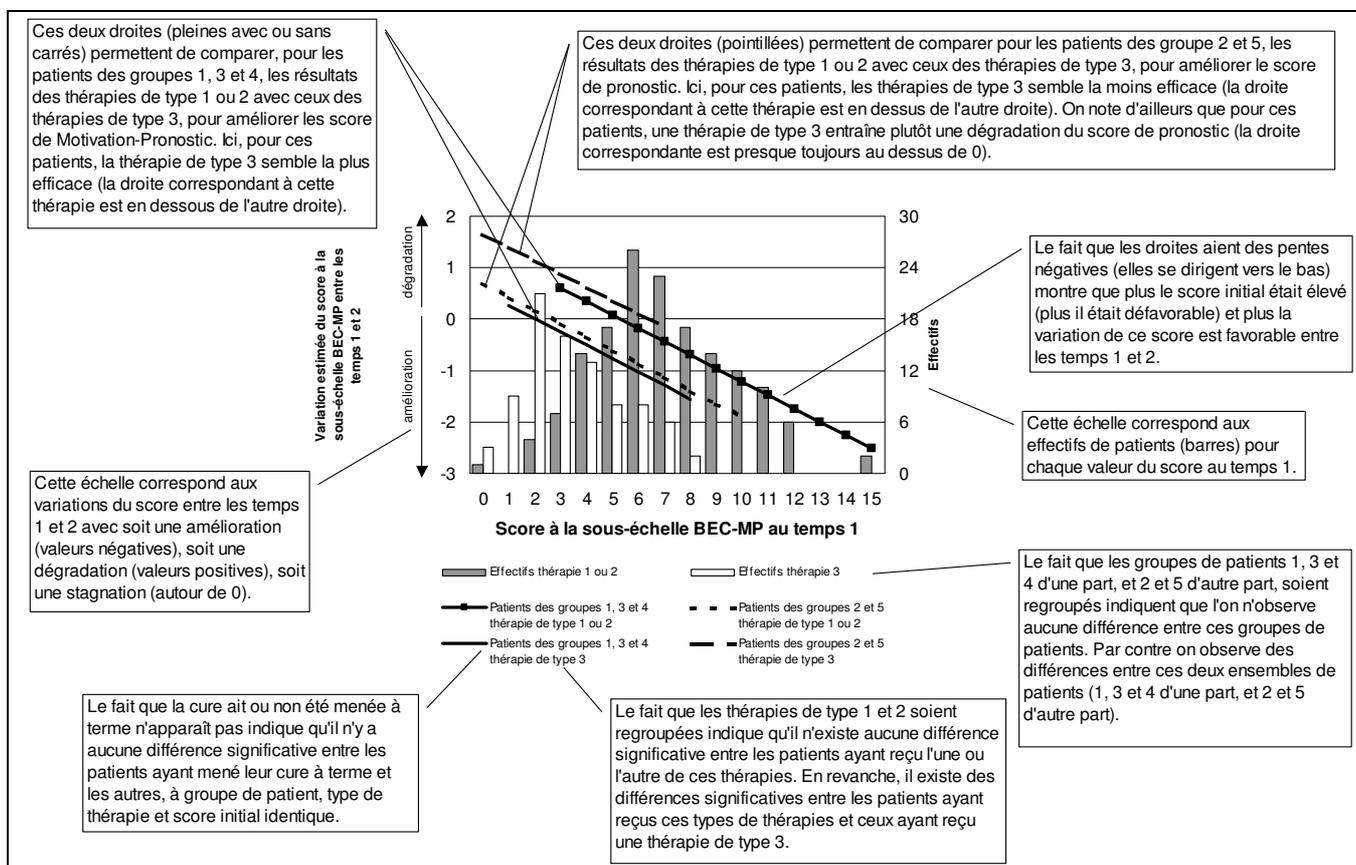


Figure 19 : Exemple d'interprétation d'un modèle représenté graphiquement

On observe que la répartition des scores initiaux à l'échelle BEC-MP est différente entre les types de thérapies : les patients ayant reçu une thérapie de type 3 (centre B) semblent avoir reçu initialement un meilleur pronostic que les autres. Cette différence peut fausser l'interprétation des modèles, même si tous les modèles sont ajustés sur le score initial. Ces différences s'expliquent cependant très bien par le protocole d'enquête utilisé : les orientations des patients n'ont pas été randomisées.

L'échelle BEC-MP

Bec Motivation- Pronostic

- 58. Capacité d'intériorisation
- 59. Degré de motivation pour la prise en charge
- 60. Bénéfices secondaires
- 61. Environnement
- 62. Intérêt suscité par le patient
- 63. Pronostic global

La variation du score de motivation-pronostic (sous-échelle BEC-MP) entre les temps 1 et 2 dépend :

- du groupe auquel appartient le patient,
- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure.

Tableau 12 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score de motivation-pronostic du BEC entre les temps 1 et 2

<i>Effet</i>	<i>Modalité</i>	<i>Valeur du paramètre</i>	<i>Niveau de signification</i>
Constante		1,67	<0,001
Groupe du patient	1,3 ou 4	-1,14	0,011
Thérapie reçue	1 ou 2	-0,97	0,010
Interaction groupe de patient et thérapie reçue	Groupes 1, 3 ou 4 Et thérapie 1 ou 2	1,82	0,001
Score dans la sous-échelle BEC-MP au temps 1		-0,26	<0,001

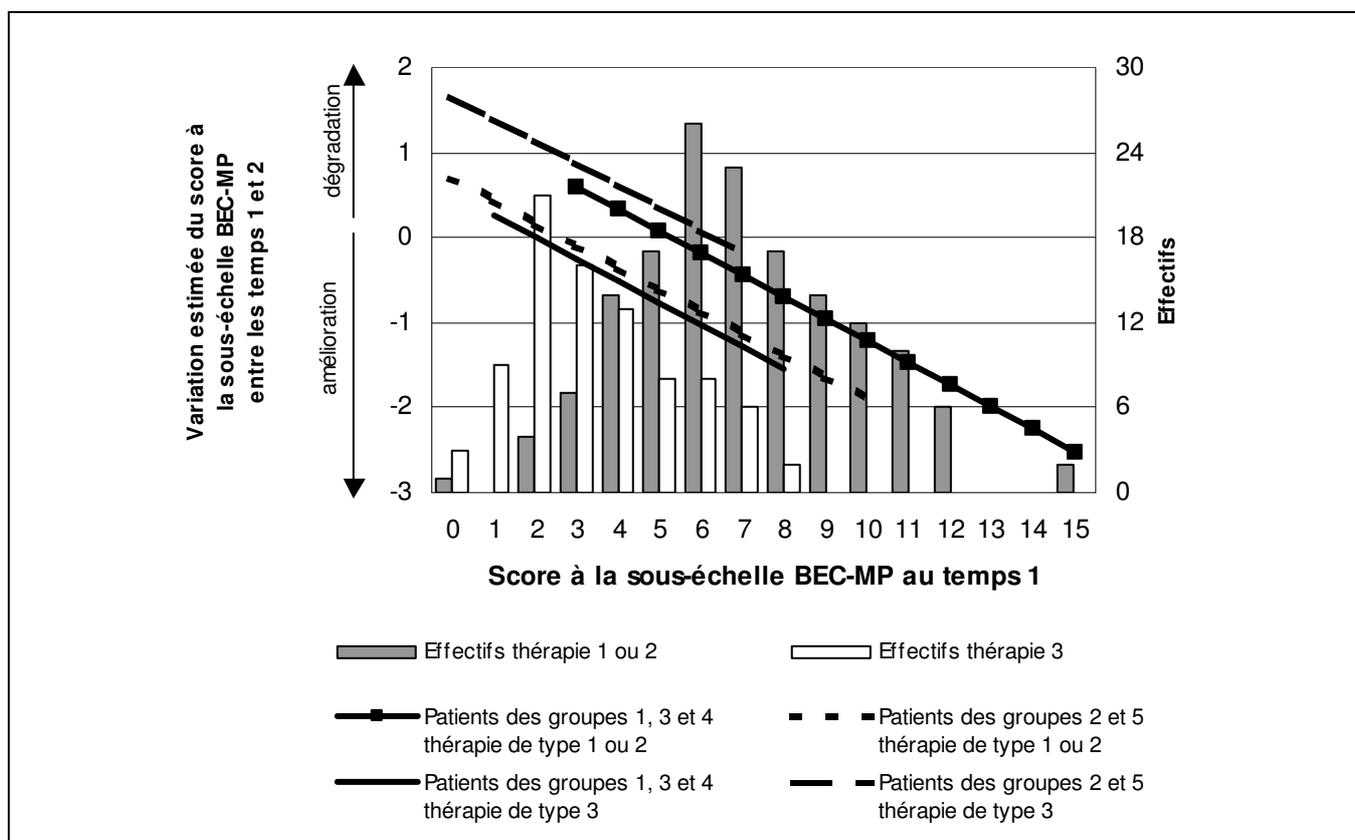


Figure 20 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-MP en fonction du groupe de patient et du type de thérapie reçue

Le score à la sous-échelle BEC-MP s'améliore dans tous les cas quand le score initial est mauvais (supérieur ou égal à 7). Au contraire, il se dégrade dans tous les cas quand il était bon (inférieur ou égal à 2).

Pour les patients des groupes 1,3 et 4, il semble qu'une thérapie de type 1 ou 2 soit plus profitable qu'une thérapie de type 3 : l'amélioration du score y est supérieure en moyenne de 0,84.

Au contraire, pour les patients des groupes 2 et 5, une thérapie de type 3 semble plus profitable : l'amélioration du score y est supérieure en moyenne de 0,97.

L'échelle BEC-D

Bec Dépression

- 6. Appréciation globale du degré de dépression
- 9. Idées de suicide
- 10. Ralentissement psychomoteur
- 13. Retrait ou détachement émotionnel
- 33. Pauvreté des relations interpersonnelles
- 37. Pauvreté des centres d'intérêt
- 42. Difficulté de concentration

La variation du score de dépression (sous-échelle BEC-D) entre les temps 1 et 2 dépend :

- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure.

Tableau 13 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score de dépression du BEC entre les temps 1 et 2

Effet	Modalité	Valeur du paramètre	Niveau de signification
Constante		0,59	0,015
Thérapie reçue	1 ou 2	-0,47	0,124
Score dans la sous-échelle BEC-D au temps 1	Valeur initiale	-0,95	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 1 ou 2	0,58	<0,001

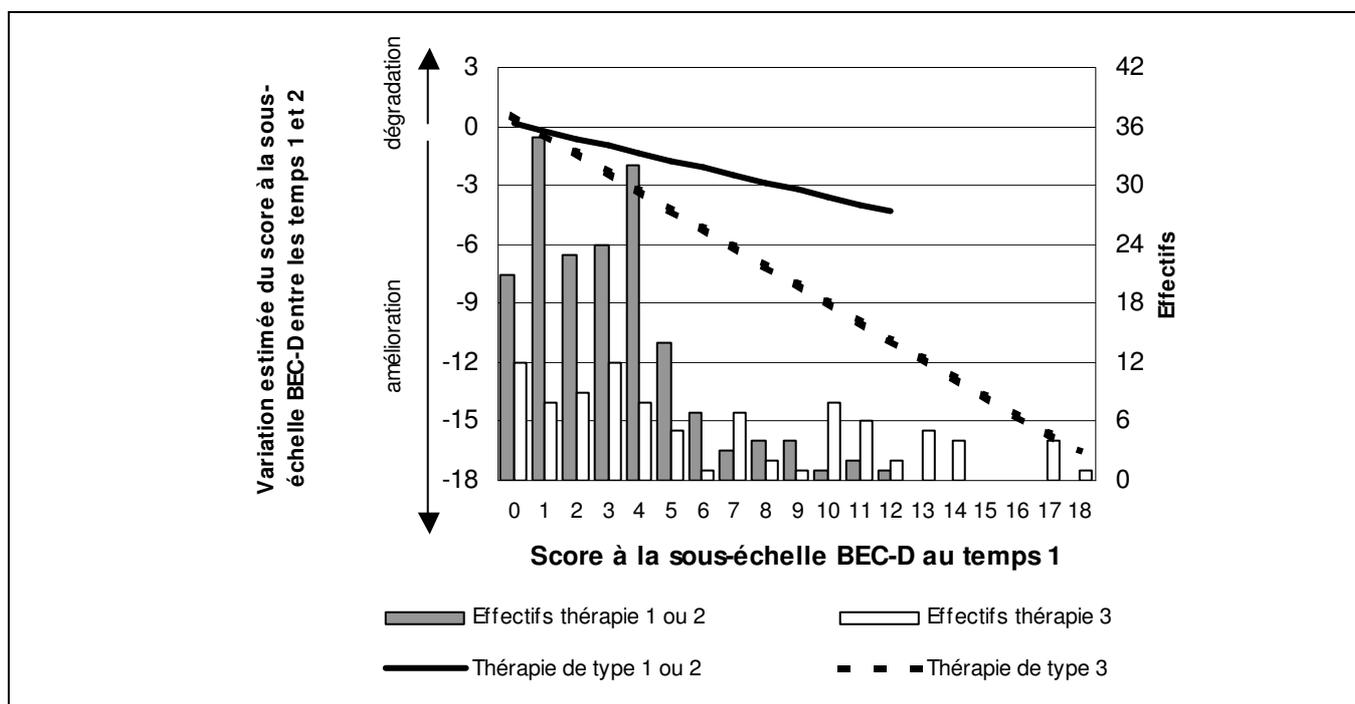


Figure 21 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-D en fonction du type de thérapie reçue

Quelle que soit la thérapie suivie, le score à la sous-échelle BEC-D s'améliore ou est stable entre les temps 1 et 2. Quel que soit le score à cette sous-échelle au temps 1, une thérapie de type 3 semble plus efficace qu'une autre thérapie pour améliorer ce score. Mais

les trois types de thérapies améliorent ce score, de façon d'autant plus importante que le score initial était mauvais.

L'échelle BEC-Pers

Bec Personnalité

19. Passivité-dépendance
20. Immaturité

La variation du score de personnalité (sous-échelle BEC-Pers) entre les temps 1 et 2 dépend :

- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure.

Tableau 14 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score de personnalité du BEC entre les temps 1 et 2

Effet	Modalité	Valeur du paramètre	Niveau de signification
Constante		0,64	<0,001
Thérapie reçue	1 ou 2	-0,47	0,002
Score dans la sous-échelle BEC-Pers au temps 1	Valeur initiale	-0,91	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 1 ou 2	0,72	<0,001

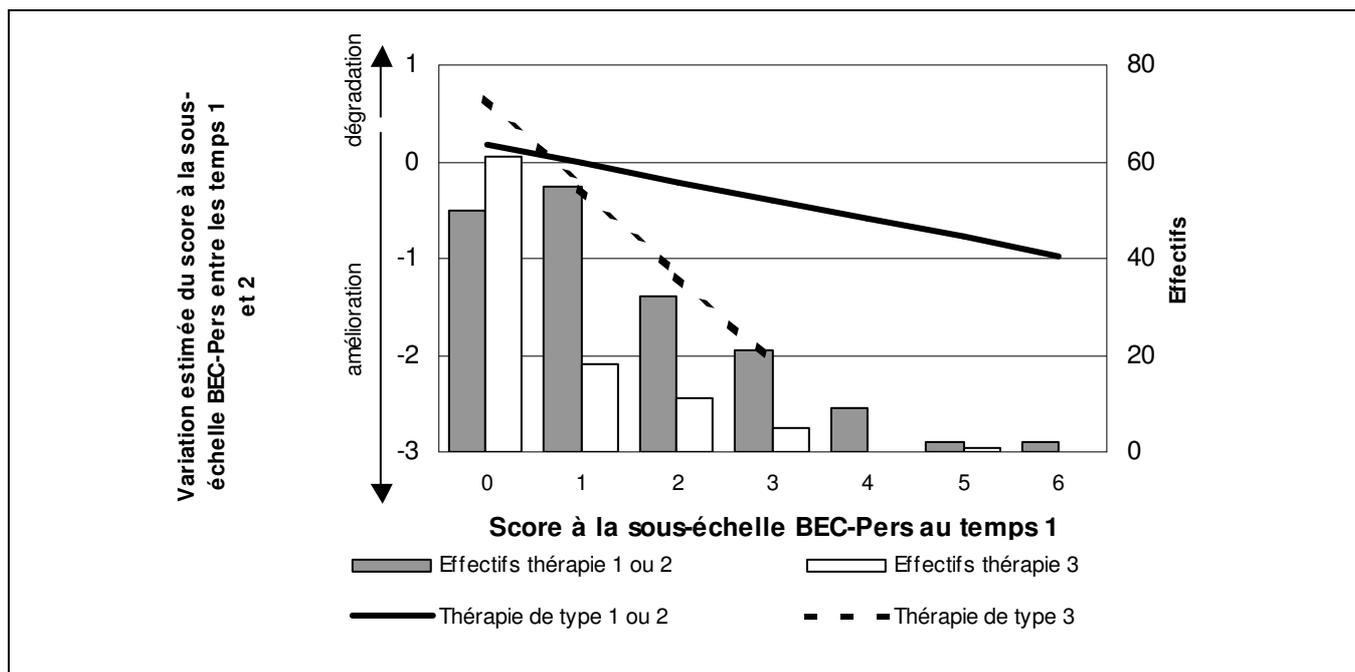


Figure 22 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-Pers en fonction du type de thérapie reçue

Le score de personnalité a lui aussi tendance à systématiquement s'améliorer, sauf pour les personnes dont le score initial est 0. Les thérapies de type 3 semblent plus efficaces pour améliorer ces scores.

L'échelle BEC-Imp

Bec Impulsivité

- 16. Tendance au passage à l'acte
- 17. Colère et agressivité
- 26. Impulsivité

La variation du score d'impulsivité (sous-échelle BEC-Imp) entre les temps 1 et 2 dépend :

- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure,
- du fait qu'il ait mené ou non sa cure à terme.

Tableau 15 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score d'impulsivité du BEC entre les temps 1 et 2

Effet	Modalité	Valeur du paramètre	Niveau de signification
Constante		0,39	0,002
Thérapie reçue	1 ou 2	-0,39	<0,001
Cure à terme	Non	1,21	0,017
Score dans la sous-échelle BEC-Imp au temps 1	Valeur initiale	-0,98	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 1 ou 2	0,57	<0,001

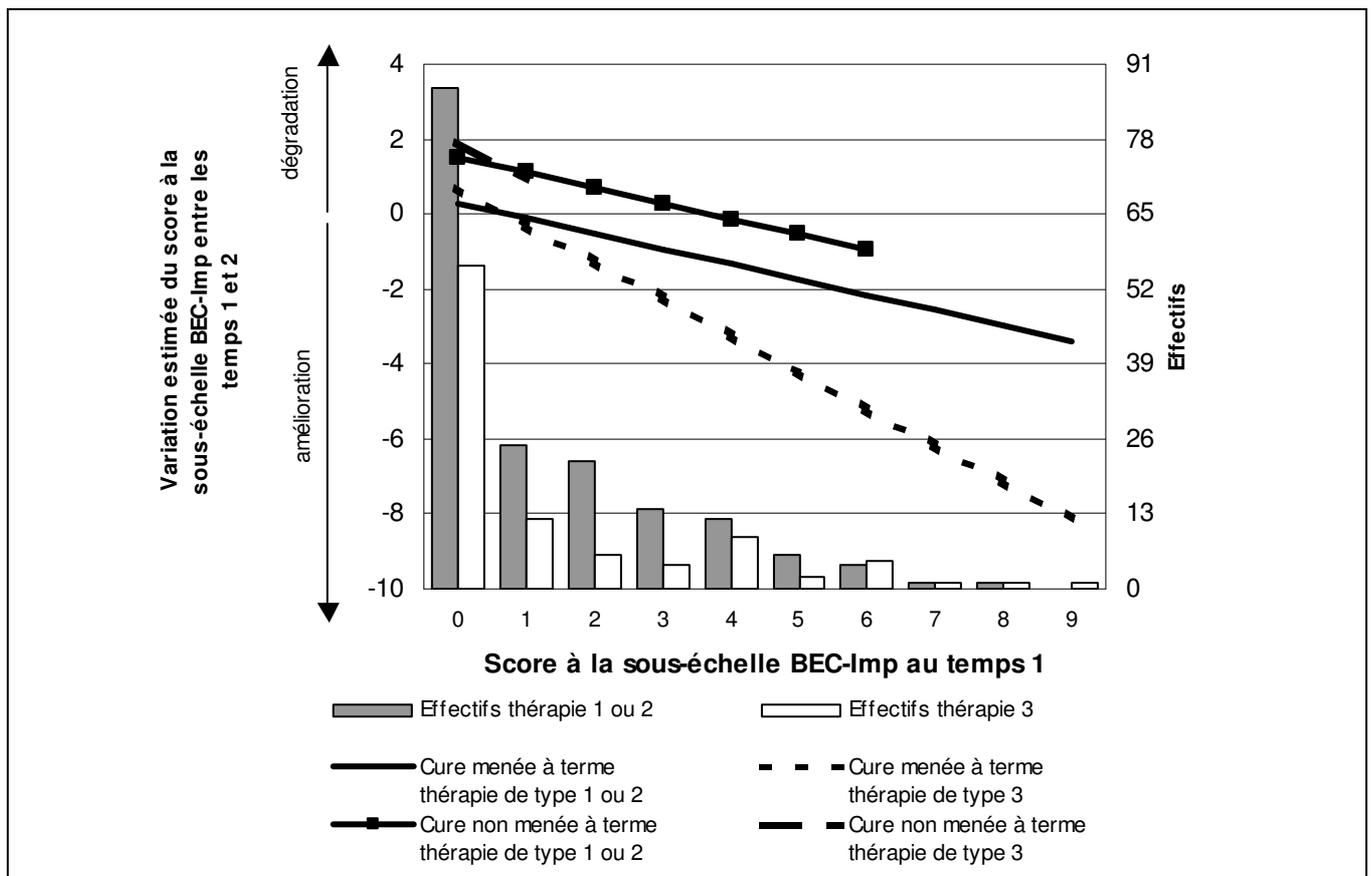


Figure 23 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-Imp en fonction du type de thérapie reçue

En ce qui concerne les patients ayant mené leur cure à terme, le score d'impulsivité stagne (pour les patients au bon score initial) ou s'améliore, avec une amélioration d'autant plus forte que le score initial était mauvais. Les thérapies de type 3 semblent les plus efficaces pour améliorer ce score.

Pour les patients n'ayant pas mené leur cure à terme, le score d'impulsivité a plutôt tendance à stagner (quand le score initial était mauvais) ou à se dégrader (quand il était bon). Il n'y a pas de différence sensible entre les thérapies dans ce cas. Il n'est cependant pas possible de discerner la cause de l'effet entre une dégradation du score d'impulsivité et un arrêt prématuré de la cure.

L'échelle BEC-Ass

Bec Troubles associés

30. Troubles du sommeil
31. Troubles du comportement
40. Troubles mnésiques

La variation du score de troubles associés (sous-échelle BEC-Ass) entre les temps 1 et 2 dépend :

- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure,
- du fait qu'il ait mené ou non sa cure à terme.

Tableau 16 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score de troubles associés du BEC entre les temps 1 et 2

<i>Effet</i>	<i>Modalité</i>	<i>Valeur du paramètre</i>	<i>Niveau de signification</i>
Constante		0,24	0,100
Thérapie reçue	1 ou 2	-0,15	0,364
Cure à terme	Non	-0,36	0,288
Score dans la sous-échelle BEC-Ass au temps 1	Valeur initiale	-0,98	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 1 ou 2	0,53	<0,001
	Adaptation pour les cures non menées à terme	0,76	<0,001

L'amélioration du score à la sous échelle BEC-Ass est plus importante pour les patients ayant reçu une thérapie de type 3 que pour les autres. Le fait que la cure ait été menée à terme permet une amélioration significativement plus importante de ce score que pour les patients n'ayant pas mené leur cure à terme. Les patients ayant suivi une thérapie de type 1 ou 2 et n'ayant pas mené leur cure à terme ont un score qui stagne, voir qui se dégrade durant la cure.

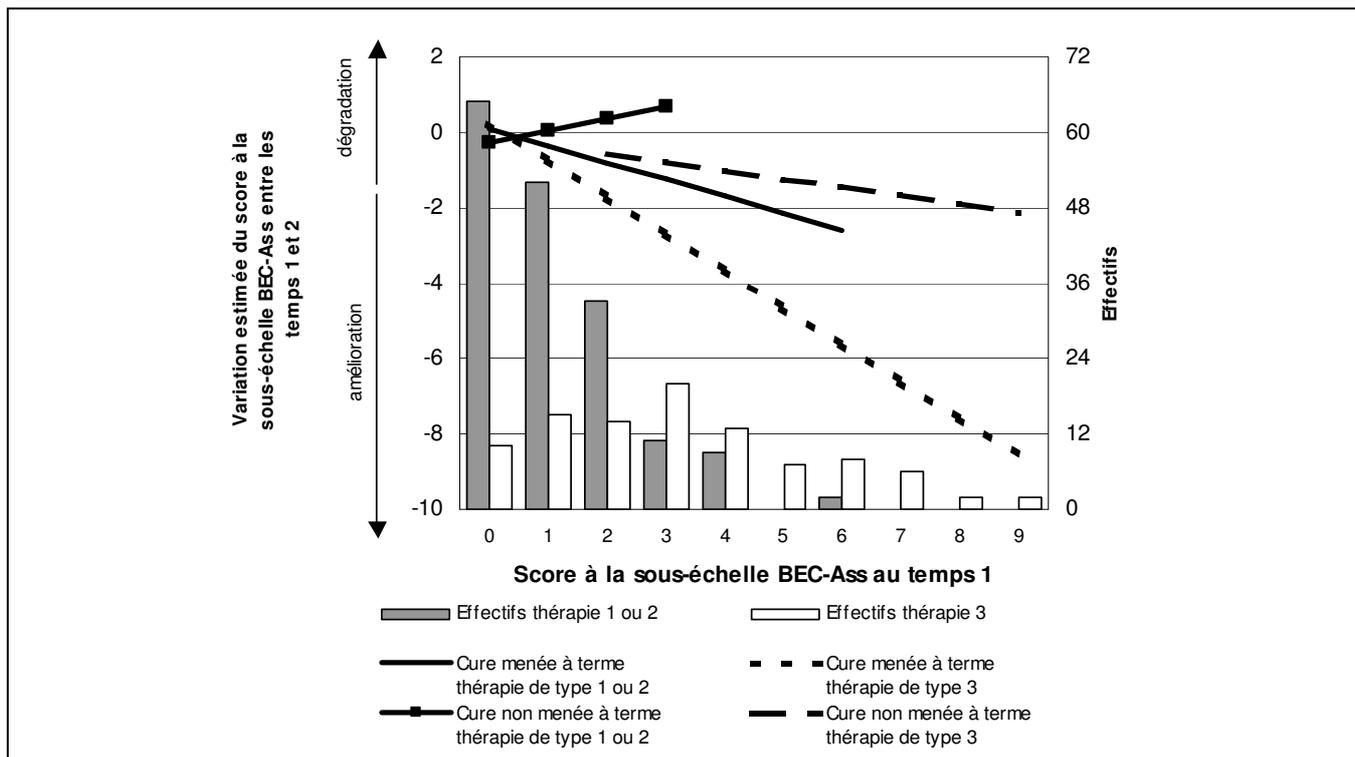


Figure 24 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-Ass en fonction du type de thérapie reçue

L'échelle BEC-Anx

Bec Troubles anxieux

- 1. Anxiété ressentie par le patient
- 3. Appréciation globale des troubles de types névrotiques
- 28. troubles hypocondriaques

La variation du score de troubles anxieux (sous-échelle BEC-Anx) entre les temps 1 et 2 dépend :

- de la thérapie reçue,
- de l'état du patient à son arrivée dans la structure,
- du fait qu'il ait mené ou non sa cure à terme.

Tableau 17 : Résultats de la modélisation expliquant la variation du score de troubles anxieux du BEC entre les temps 1 et 2

<i>Effet</i>	<i>Modalité</i>	<i>Valeur du paramètre</i>	<i>Niveau de signification</i>
Constante		0,19	0,243
Thérapie reçue	Type 1	-0,19	0,447
	Type 2	0,06	0,861
Cure à terme	Non	0,64	0,020
Score dans la sous-échelle BEC-Anx au temps 1	Valeur initiale	-0,85	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 1	0,62	<0,001
	Adaptation pour les thérapies de type 2	0,43	<0,001

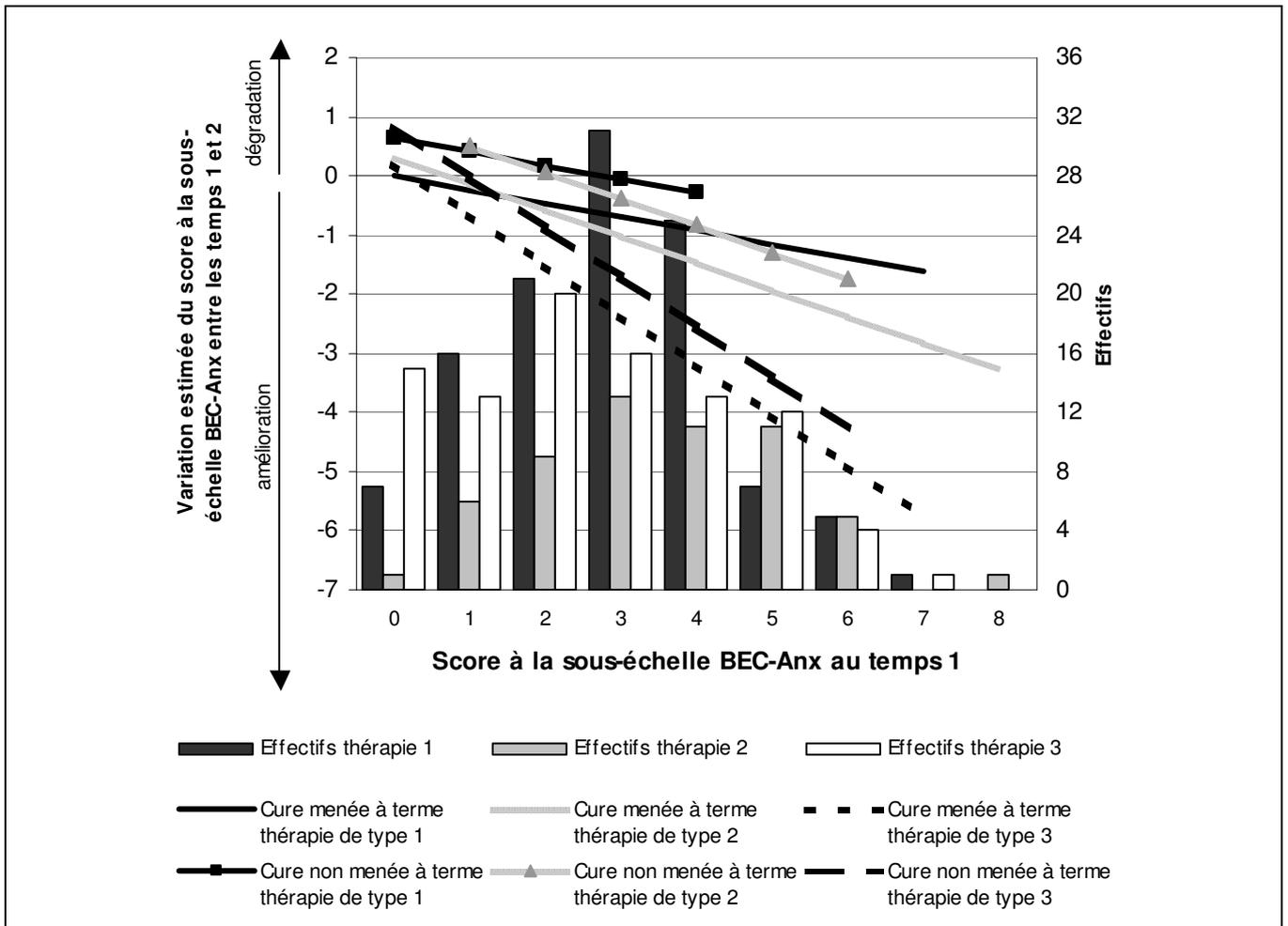


Figure 25 : Estimation de la variation du score entre les temps 1 et 2 à la sous-échelle BEC-Anx en fonction du type de thérapie reçue

Si, pour chaque type de cure, les cures menées à terme sont plus efficaces que celles qui ont été interrompues, les cures non menées à terme ne sont pas toujours moins efficaces que les autres pour améliorer les troubles anxieux : le type de thérapie semble plus important.

Les thérapies les plus efficaces sont celles de type 3, puis celles de type 2. Les thérapies de type 1 semblent les moins efficaces en ce qui concerne l'amélioration des troubles anxieux.

Synthèse

L'amélioration des scores aux 6 échelles formées avec le bilan d'évaluation clinique (BEC) dépendent peu du type de patients : des différences significatives entre les groupes de patients existent seulement en ce qui concerne le score de pronostic, où une thérapie de type 1 ou 2 semble plus efficace, pour les patients des groupes 2 et 5 (les deux groupes ayant les meilleurs scores initiaux moyens à l'échelle BEC-MP), tandis qu'une thérapie de type 3 semble plus efficace pour les autres patients.

En revanche, le type de thérapie semble avoir de grandes influences sur l'amélioration des scores :

- les thérapies de type 3 permettent pour toutes les échelles d'obtenir une amélioration plus importante des scores entre les deux temps que celles de type 1 ou 2 (si l'on excepte le cas des patients des groupes 2 et 5 dans le cadre de l'échelle BEC-MP),
- les thérapies de type 1 ou 2 se distinguent seulement en ce qui concerne l'amélioration du score à l'échelle BEC-Anx (troubles anxieux).

Cette suprématie de la thérapie de type 3 peut sans doute s'expliquer, du moins en partie, par des répartitions différentes des scores initiaux moyens des patients dans les différents centres. En effet, les patients suivant une thérapie de type 3 ont les scores initiaux les plus défavorables dans les échelles BEC-D (dépression) et BEC-Ass (troubles associés). En revanche, ils ont les scores initiaux moyens les plus favorables dans les échelles BEC-MP (motivation-diagnostic), BEC-Pers (personnalité) et BEC-Anx (troubles anxieux).

Le fait que la cure ait ou non été menée à terme joue un rôle (toujours en faveur des cures menées à terme !) pour les variations des scores d'impulsivité (BEC-Imp), de troubles associés (BEC-Ass) et de troubles anxieux (BEC-Anx). Pour les échelles BEC-Imp et BEC-Ass, il semble toujours préférable de mener une cure à terme, mais pour l'échelle BEC-Anx, le type de thérapie est plus discriminant que le fait que celle-ci ait été menée à terme ou non : la thérapie de type 3 semble la plus efficace, que cette cure ait ou non été menée à terme.

4.2 Le profil de qualité de vie

4.2.1 La satisfaction

La score global de satisfaction est de 0,53 au temps 2 (contre -0,10 au temps 1) montrant une réelle amélioration de la satisfaction globale des patients durant le séjour.

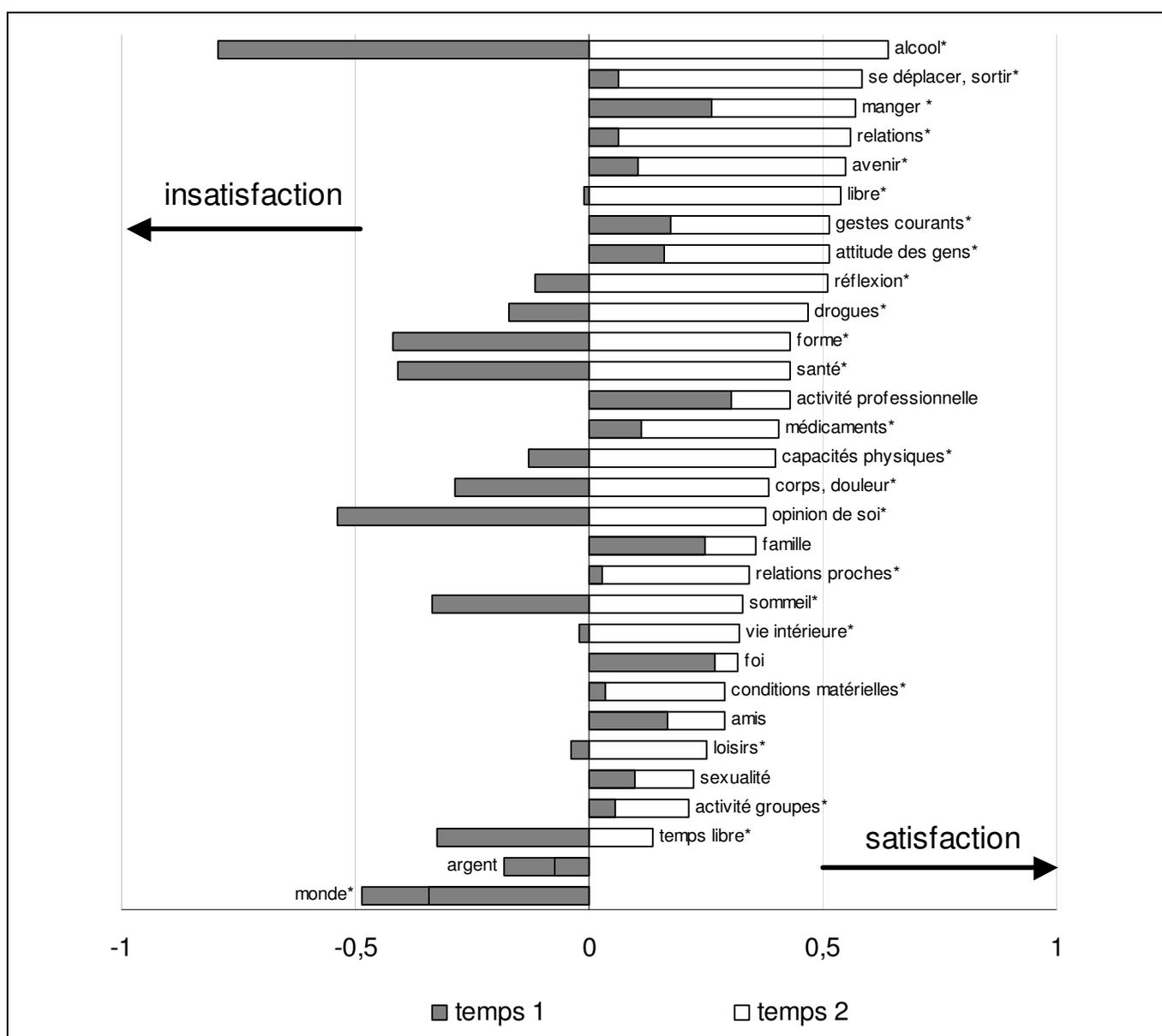


Figure 26 : Scores moyens de satisfaction pondérés par l'importance pour chaque thème de qualité de vie aux temps 1 et 2 (*: variation significative entre les deux temps)

28 scores moyens sur 30 sont positifs au temps 2 (seuls les scores moyens de satisfaction sur ce qui se passe dans le monde et sur les revenus restent négatifs). Tous les scores moyens ont augmenté entre les deux temps, et pour seulement 6 d'entre eux, la hausse n'est pas significative (argent, sexualité, amis, foi, famille et activité professionnelle).

La satisfaction vis-à-vis de la relation à l'alcool est passée de -1,0 (« plutôt insatisfait ») à 0,7 (« plutôt satisfait »). Ce thème se place maintenant à la 9^e position alors qu'il été placé à la 30^e place au temps 1.

Outre ce qui se passe dans le monde, les thèmes de plus grande insatisfaction sont l'argent, le temps libre, la sexualité, les activités de groupes et les loisirs. Les thèmes de plus grande satisfaction sont la nourriture, le fait de sortir, le fait de se sentir libre, les relations et l'attitude des gens.

Le score de satisfaction, pondéré par l'importance, vis-à-vis de la relation à l'alcool est passé de -0,8 à 0,6. Ce thème se place maintenant à la 1^{re} position (30^e et dernière position au temps 1), montrant à la fois à place très importante de l'alcool (5^e place en ce qui concerne l'importance au temps 1) et une réelle augmentation de l'importance durant la cure.

4.2.2 L'importance

Les scores d'importance ont peu évolué entre les temps 1 et 2, et dans tous les cas, les variations sont non significatives.

4.2.3 Les attentes de changement

Globalement, les scores de changements attendus, pondérés par l'importance ont peu évolués, puisque seuls 6 scores moyens ont significativement évolués dans le sens d'une diminution des attentes : il s'agit des thèmes « opinion de soi », « alcool », « santé », « forme », « sommeil » et « drogues ».

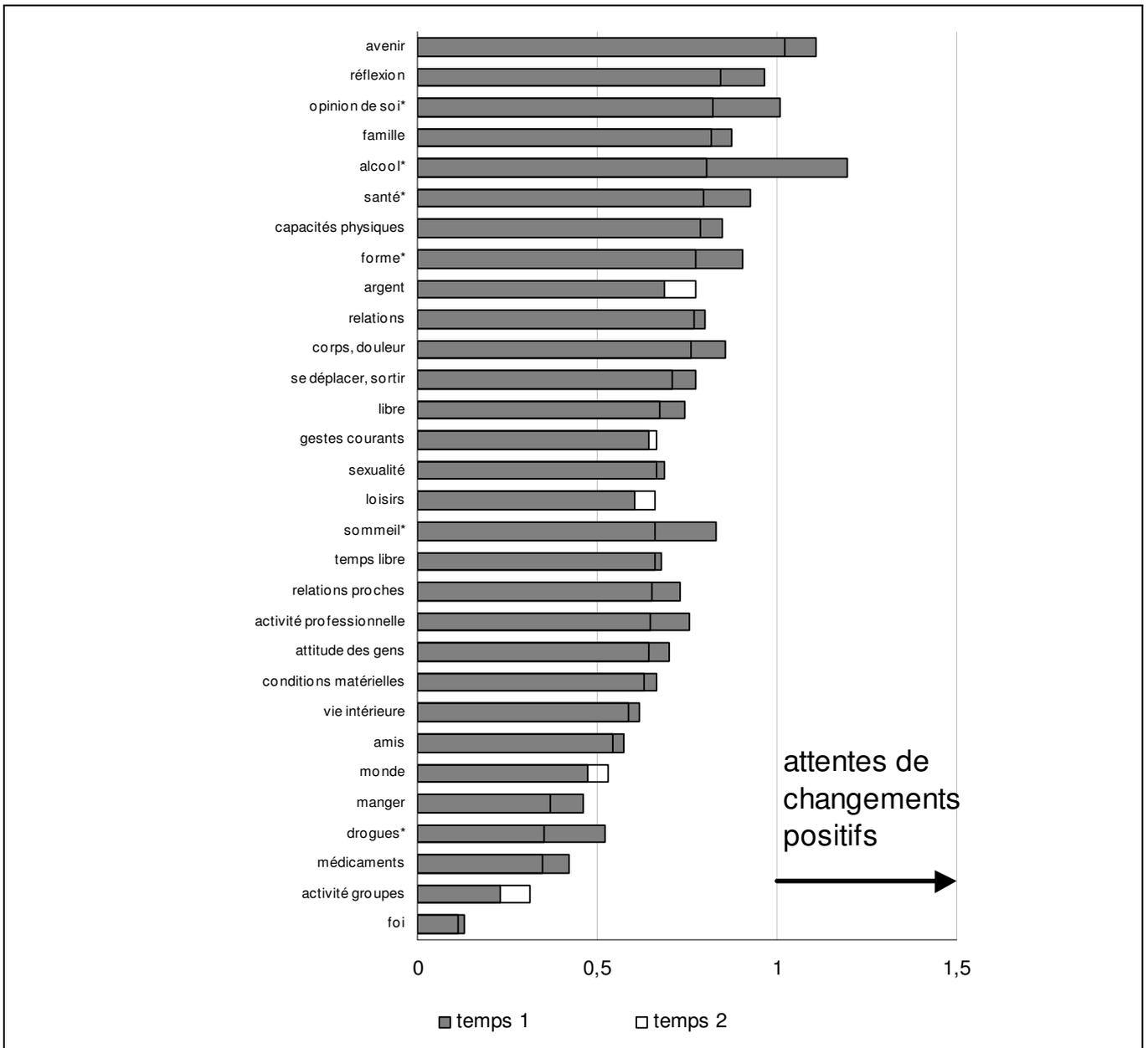


Figure 27 : Scores moyens de satisfaction pondérés par l'importance pour chaque thème de qualité de vie aux temps 1 et 2 (*: variation significative entre les deux temps)

4.2.4 Les échelles de qualité de vie

Les variations des scores pondérés par l'importance des échelles de satisfaction et de changements attendus formées au temps 1 à partir du questionnaire de qualité de vie, ont été analysées en fonction du groupe de patients, du type de thérapie reçue, du score pondéré initial (temps 1) et du fait que le patient ait mené ou non sa cure à terme.

Les résultats sont indiqués dans le tableau suivant :

Tableau 18 : différences significatives pour expliquer les variations des scores de satisfaction et de changements attendus pondérés par l'importance entre les temps 1 et 2 aux sept échelles de qualité de vie

Numéro	Echelle	Satisfaction pondérée par l'importance différences significatives à 5%				Changements attendus pondérée par l'importance différences significatives à 5%			
		Score au temps 1	Groupe de patients	Type de thérapie	Cure non menée à terme	Score au temps 1	Groupe de patients	Type de thérapie	Cure non menée à terme
1	Santé	-				-			
2	Relations	-		(1,2)<3		-	(1,4,5)<(2,3)		
3	Conditions matérielles	-				-			
4	Addictions	-		1<(2,3)		-			
5	Liberté	-		(1,2)<3		-			
6	Loisirs	-				-			
7	Besoins vitaux	-		2<(1,3)		-			

Ce tableau s'interprète de la façon suivante (exemple avec le score de satisfaction dans l'échelle « Addictions ») :

- la variation du score de satisfaction à l'échelle « Addictions » entre les temps 1 et 2 dépend négativement du score au temps 1 à cette échelle : plus la satisfaction était initialement importante, et plus l'amélioration du score est faible,
- La variation de ce score entre les temps 1 et 2 ne varie pas de manière significative en fonction du groupe de patient, ou du fait que la cure ait ou non été menée à terme,
- La variation du score dépend en revanche du type de thérapie reçue : elle est plus favorable pour les patients ayant reçu une thérapie de type 2 ou 3 que pour ceux ayant reçu une thérapie de type 1.

Quelle que soit l'échelle de satisfaction de qualité de vie, la variation du score entre les temps 1 et 2 est d'autant moins favorable que le score initial était élevé. Le groupe auquel appartient le patient et le fait que la cure ait ou non été menée à terme n'influent jamais sur les variations des scores entre les deux temps. En revanche, le type de thérapie reçue influe sur les variations du score pour quatre des sept échelles : la capacité d'intériorisation et de relations, les addictions, le sentiment de liberté et les besoins vitaux.

Pour la satisfaction vis-à-vis de la capacité d'intériorisation et de relations ou du sentiment de liberté, une thérapie de type 3 semble améliorer plus favorablement les scores qu'une thérapie d'un autre type. Pour la satisfaction à l'égard des addictions, ce sont les thérapies de type 2 ou 3 qui semblent améliorer plus favorablement le score à cette échelle. Enfin, pour les besoins vitaux, une thérapie de type 1 ou 3 améliore plus sensiblement le score de satisfaction qu'une thérapie de type 2.

En ce qui concerne les changements attendus dans les thèmes couverts par ces sept échelles, la variation des scores respectifs entre les temps 1 et 2 est d'autant moins favorable que le score initial était élevé. Le groupe de patient, le type de thérapie et le fait que la cure ait été menée à terme ou non n'influe jamais sur la variation du score entre les deux temps. La seule exception à cette règle concerne l'échelle relative à « la capacité d'intériorisation et de relations » où les patients des groupes 2 et 3 ont en moyenne amélioré leur score de changements attendus de manière plus importante que ceux des autres groupes : il s'agit de deux groupes de patients où les scores initiaux à cette échelle étaient élevés.

5 Conclusion

Cette première analyse de l'étude de l'ADAEL a permis de construire une typologie des patients cohérente avec les observations cliniques des praticiens de l'ADAEL, et une typologie des thérapies logique avec les pratiques des centres de cure.

Cette analyse montre cependant de fortes disparités entre les centres d'alcoologie vis-à-vis des profils des patients. L'impact direct de la cure sur le profil clinique a été analysé en fonction de leurs caractéristiques, de celles de la thérapie reçue et de l'état initial des patients. Les comparaisons entre les thérapies restent difficiles étant donné la diversité et les spécificités des recrutements de chaque centre.

Globalement, il ressort que toutes les thérapies, quel que soit le type de patient, sont efficaces à court terme puisque toutes améliorent en moyenne les scores issus du profil d'évaluation clinique durant la durée de la cure. On note ponctuellement des dégradations moyennes de ces scores mais exclusivement sur des patients ayant de bons scores initiaux (donc dans des cas où l'amélioration importante de ces scores est difficile, voire impossible).

L'analyse du profil de qualité de vie montre une réelle amélioration de la satisfaction des patients durant la cure, mais une dégradation, certes modérée, de leurs espoirs de changement dans les prochains mois. Elle peut s'expliquer à la fois par un fort niveau d'attentes de changement à l'entrée de la cure, prouvant un surinvestissement des patients pour ces thérapies, et par voie de conséquence, un possible désenchantement à l'issue de la cure, mais aussi par le fait que le niveau global de satisfaction se soit largement amélioré durant la cure, répondant en partie aux attentes initiales des patients.

L'analyse du temps 3 permettra de suivre, un an après, le devenir des patients, et notamment de déceler les combinaisons thérapies/patients les plus efficaces. Cette analyse déterminera si l'ampleur de l'amélioration clinique à la sortie de la cure est un bon indicateur du devenir des patients. Les paramètres les plus discriminants pour prédire le devenir des patients devront être mis à jour. Cette analyse se heurtera pourtant à des difficultés techniques liées d'une part à un fort taux de perdus de vue un an après leur sortie de cure, et d'autre part, à des disparités fortes des patients suivis dans chaque type de thérapie liées au protocole de l'étude.

Bibliographie

[1] LEVY A., CAZABAN M., DUFFOUR, JOURDAN R. Santé Publique. Masson, Paris, 1998 - 222 pages.

[2] HEMKER B. T., SITJSMA K., MOLENAAR I. W. Selection of unidimensional scales from a multidimensional item bank in the polytomous Mokken IRT model. Applied Psychological Measurement (1995), 19(4) : 337-352.

[3] DAZORD A., CLUSE M., BROCHIER C. Le suivi au long cours de patients alcooliques après hospitalisation dans un service spécialisé d'alcoologie. Actualités psychiatriques (1995), XXV(2) : 3-6.

[4] GERIN P., DAZORD A., BOISSEL J., CHIFFLET R. Quality of life assessment in therapeutic trials: rationale for and presentation of a more appropriate instrument. Fundamental and clinical pharmacology (1992), 6 : 263-276.

[5] DAZORD A., GERIN A., BOISSEL C., CLUSE M., TERRA J.-L., SEULIN C. Un modèle de qualité de vie subjective adapté aux essais thérapeutiques: intérêt chez les patients dépressifs. Santé mentale au Québec (1993), XVIII(2) : 49-74.

[6] GUISTI P., DAZORD A., GERIN P., MARIE-CARDINE M. Etude descriptive des patients d'un service d'hôpital psychiatrique lors de leur première hospitalisation. Psychologie médicale (1990), 22(14) : 1524-1528.

[7] GERIN P., DAZORD A., CIALDELLA Ph., LEIZOROVICZ A., BOISSEL J.-P. Le questionnaire « Profil de Qualité de Vie Subjective » (PQVS). Thérapie (1991), 46 : 131-138.

[8] CHIFFLET R., GERIN P., DAZORD A., BOISSEL P. Essai de définition de la structure de la qualité de vie à l'aide de techniques d'analyse de données. Revue de Statistique Appliquée (1993), XLI(1) : 5-35.

Annexe 1 : Caractérisation des groupes de patients

Tableau 19 : Scores moyens par item aux échelles du BEC et du profil de qualité de vie (QoI) au temps 1 pour chaque groupe de patients (*: différence significative à 5% avec la moyenne des patients, en gras : score moyen le plus favorable, en souligné : score moyen le plus défavorable)

		<i>Classe 1</i>	<i>Classe 2</i>	<i>Classe 3</i>	<i>Classe 4</i>	<i>Classe 5</i>	<i>Ensemble</i>
		<i>Jeunes gens aux tendances addictives prononcées</i>	<i>Patients au pronostic favorable</i>	<i>Les hommes âgés, « en bonne santé » et à la situation sociale favorable</i>	<i>Femmes en difficulté sociale</i>	<i>Patients en mauvaise santé mais au bon pronostic</i>	
BEC		0,67	0,51*	0,61	0,53*	<u>0,91*</u>	0,62
BEC-MP	Motivation-Pronostic	<u>1,37*</u>	0,77	1,20*	0,95	0,50*	0,96
BEC-D	Dépression	0,43*	0,43*	0,55	0,33*	<u>1,41*</u>	0,59
BEC-Pers	Personnalité	<u>0,95*</u>	0,27*	0,85*	0,35*	0,45	0,56
BEC-Imp	Impulsivité	0,43	0,29*	0,42	0,44	<u>0,83*</u>	0,45
BEC-Ass	Troubles Associés	0,36*	0,63	0,36*	0,39*	<u>1,64*</u>	0,64
BEC-Anx	Troubles Anxieux	0,94	0,95	0,74*	1,12*	<u>1,22*</u>	0,97
BEC-Add	Conduite addictive (sauf alcool)	1,27*	0,64*	0,75*	0,81*	<u>1,73*</u>	0,97
QoI-Sat1	Santé	0,00*	-0,03	0,03*	<u>-0,13*</u>	<u>-0,13*</u>	-0,05
QoI-Sat2	Capacité d'intériorisation et de relations	0,04*	0,00	0,04	<u>-0,09*</u>	-0,06*	-0,01
QoI-Sat3	Conditions matérielles	-0,03	0,14*	0,11*	-0,09*	<u>-0,11*</u>	0,03
QoI-Sat4	Addictions	0,05*	-0,29*	0,06*	<u>-0,38*</u>	-0,30*	-0,17
QoI-Sat5	Liberté	0,19*	0,09	0,20*	<u>-0,34*</u>	-0,14*	0,02
QoI-Sat6	Loisirs	0,01	0,03*	0,16*	<u>-0,41*</u>	-0,26*	-0,06
QoI-Sat7	Besoins vitaux	0,14*	-0,02	0,14*	<u>-0,24*</u>	-0,18*	-0,02
QoI-Chg1	Santé	0,19	0,17	<u>0,07*</u>	0,23*	0,19*	0,16
QoI-Chg2	Capacité d'intériorisation et de relations	0,11	0,10	<u>0,04*</u>	0,16*	0,13*	0,10
QoI-Chg3	Conditions matérielles	0,29*	0,12*	<u>0,08*</u>	0,28*	0,24*	0,19
QoI-Chg4	Addictions	0,31*	0,45	<u>0,22*</u>	0,58*	0,50*	0,40
QoI-Chg5	Liberté	0,58*	0,41	<u>0,16</u>	0,68*	0,64*	0,46
QoI-Chg6	Loisirs	0,41	0,32*	<u>0,12*</u>	0,63*	0,47*	0,36
QoI-Chg7	Besoins vitaux	0,42*	0,28	0,15*	0,48*	0,38	0,32

Annexe 2 : Outils et activités : temps consacrés par centre

Tableau 20 : Temps moyen consacré par activité par centre

	Temps totaux en min						Temps moyen par patient en min						Ensemble
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	
	% de patients ayant bénéficié de l'activité						A	B	C	D	E	F	
médical	21670	18160	1305	810	1485	630	193	180	131	101	93	90	173
							96%	100%	100%	100%	100%	100%	98%
Généraliste	0	13660	210	600	130	0	0	135	21	75	8	0	57
Acupuncture	0	4500	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	18
Psychiatre	150	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Consultation familiale	660	0	45	0	120	0	6	0	5	0	8	0	3
Alcoologue	20575	0	900	210	1235	630	184	0	90	26	77	90	93
Non renseigné	285	0	150	0	0	0	3	0	15	0	0	0	2
Secrétaire	190	6030	180	305	545	210	2	60	18	38	34	30	29
							17%	100%	80%	100%	88%	100%	62%
Infirmier : soin	510	35560	320	0	210	0	5	352	32	0	13	0	144
							2%	100%	20%	0%	13%	0%	42%
Infirmier : parole	46895	3030	4655	435	1110	840	419	30	466	54	69	120	224
							95%	100%	100%	75%	94%	100%	7
Accueil, présentation de la cure	6765	3030	360	60	165	0	60	30	36	8	10	0	41
Accueil et information sur le bilan somatique	8000	0	210	0	170	0	71	0	21	0	11	0	33
Ecoute et suivi éducatif	90160	0	1160	240	240	840	805	0	116	30	15	120	365
Entretien	17580	0	2890	135	485	0	157	0	289	17	30	0	83
Reunion Contrat de soin	5490	0	35	0	50	0	49	0	4	0	3	0	22
Activités et ateliers	95130	0	9385	0	0	1260	849	0	939	0	0	180	416
							100%	0%	100%	0%	0%	100%	51%
Réunion à thème	13180	0	1860	0	0	0	118	0	186	0	0	0	59
Vidéo	13155	0	1855	0	0	0	117	0	186	0	0	0	59
Ergothérapie "Terre" et "Collage"	19810	0	1350	0	0	1260	177	0	135	0	0	180	88
Activités sportives	28420	0	4320	0	0	0	254	0	432	0	0	0	129
Mise en forme physique	20565	0	0	0	0	0	184	0	0	0	0	0	81
Bar sans alcool	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bilan	12720	72860	340	110	0	420	114	721	34	14	0	60	340
							92%	99%	30%	38%	0%	100%	85%
Psychothérapie de groupe	570	110250	0	0	0	2520	5	1092	0	0	0	360	446
							5%	96%	0%	0%	0%	100%	43%
Entretien psychothérapiques	8280	0	390	270	1260	0	74	0	39	34	79	0	40
							77%	0%	10%	25%	44%	0%	38%
Relaxation	480	122180	0	0	0	0	4	1210	0	0	0	0	483
							2%	100%	0%	0%	0%	0%	41%
Groupes de relaxation	480	53450	0	0	0	0	4	529	0	0	0	0	212
Relaxation individuelle	0	68730	0	0	0	0	0	680	0	0	0	0	271
Relaxation individuelle assistée par infirmier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychomotricité	20840	0	360	0	0	0	186	0	36	0	0	0	83
							80%	0%	20%	0%	0%	0%	36%
Psychomotricité de groupe	18150	0	0	0	0	0	162	0	0	0	0	0	71
Psychomotricité individuelle	2690	0	360	0	0	0	24	0	36	0	0	0	12
Information Alcoologie	52705	62995	405	0	0	2940	471	624	41	0	0	420	469
							100%	98%	40%	0%	0%	100%	87%
Groupe d'information alcoologie	16580	48880	390	0	0	840	148	484	39	0	0	120	263
Groupe avec diététicienne	180	200	0	0	0	840	2	2	0	0	0	120	5
Groupe avec médecin	11330	12375	0	0	0	0	101	123	0	0	0	0	93
Groupe sur mouvement d'anciens buveurs	14625	1495	15	0	0	420	131	15	2	0	0	60	65
Groupe : présentation des associations d'anciens buveurs	9990	45	0	0	0	840	89	0	0	0	0	120	43
Groupes de parole	9970	0	300	0	0	840	89	0	30	0	0	120	44
							57%	0%	20%	0%	0%	100%	29%
Reunion generales institutionnelles	16800	88090	70	0	0	630	150	872	7	0	0	90	416
							96%	100%	10%	0%	0%	100%	85%
Réunion générale	5280	19150	40	0	0	630	47	190	4	0	0	90	99
Discussions sur questions institutionnelles diverses	6900	76660	30	0	0	0	62	759	3	0	0	0	329
Réunion avec les patients sortant la semaine suivante	2040	46560	0	0	0	0	18	461	0	0	0	0	191
Travail en dynamique de groupe	1020	14720	0	0	0	0	9	146	0	0	0	0	62
Non renseigné	1560	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	6
Biographie, génogramme, questionnaire	28550	5700	690	60	325	0	255	56	69	8	20	0	139
							98%	97%	40%	25%	63%	0%	88%
Génogramme	8460	30	180	0	0	0	76	0	18	0	0	0	34
Biographie	13250	0	180	0	285	0	118	0	18	0	18	0	54
Questionnaire	7140	5670	330	60	40	0	64	56	33	8	3	0	52
Service ambulatoire : visites a domicile	360	365	120	0	0	0	3	4	12	0	0	0	3
							2%	1%	10%	0%	0%	0%	2%
Temps informel	2580	3880	3960	0	0	0	23	38	396	0	0	0	41
							22%	54%	40%	0%	0%	0%	33%
Discussions et échanges	780	3075	3840	0	0	0	7	30	384	0	0	0	30
Entretien avec thérapeute	180	805	120	0	0	0	2	8	12	0	0	0	4
Non renseigné	1620	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	6
Assistants sociaux	2340	0	240	0	0	0	21	0	24	0	0	0	10
							11%	0%	20%	0%	0%	0%	6%
Contacts et échanges divers	385	1535	540	30	0	0	3	15	54	4	0	0	10
							7%	100%	20%	13%	0%	0%	44%
Avec médecin traitant	145	1505	0	30	0	0	1	15	0	4	0	0	7
Avec correspondant du réseau alcool	60	30	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Avec partenaires sociaux	180	0	540	0	0	0	2	0	54	0	0	0	3
Contacts et échanges avec la famille	720	20	255	30	180	360	6	0	26	4	11	51	6
							18%	1%	50%	13%	25%	86%	15%
Total	689130	905225	44885	3385	8035	16950	2872	5254	2352	256	320	1521	3518

Dans les graphiques suivants, on présentera pour chaque centre la moyenne (carré central) et les valeurs minimales et maximales (extrémités des traits) des temps consacrés par patient et répertorié dans le questionnaire.

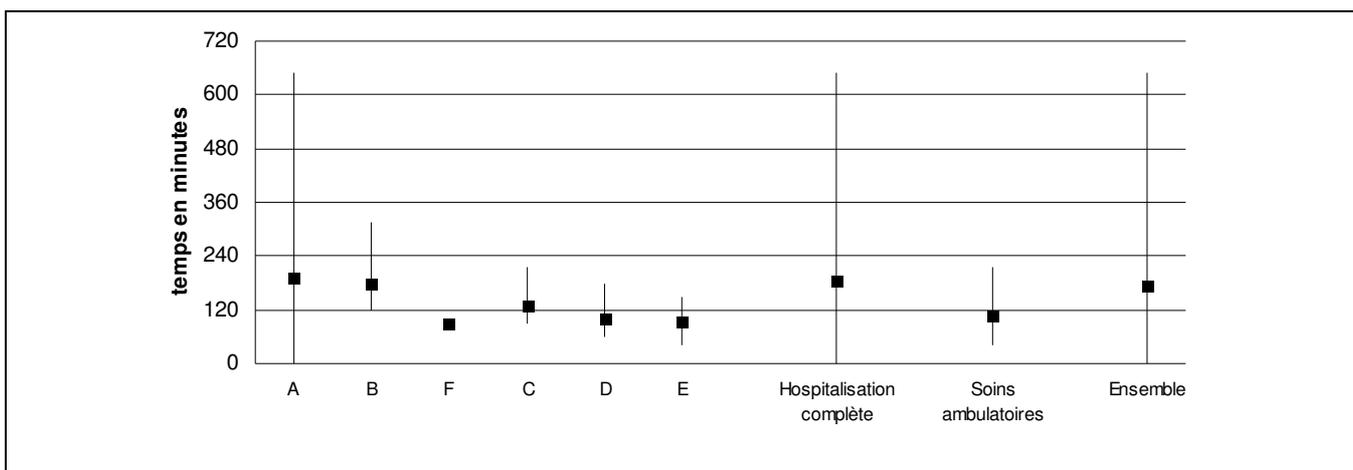


Figure 28 : Temps médical par centre

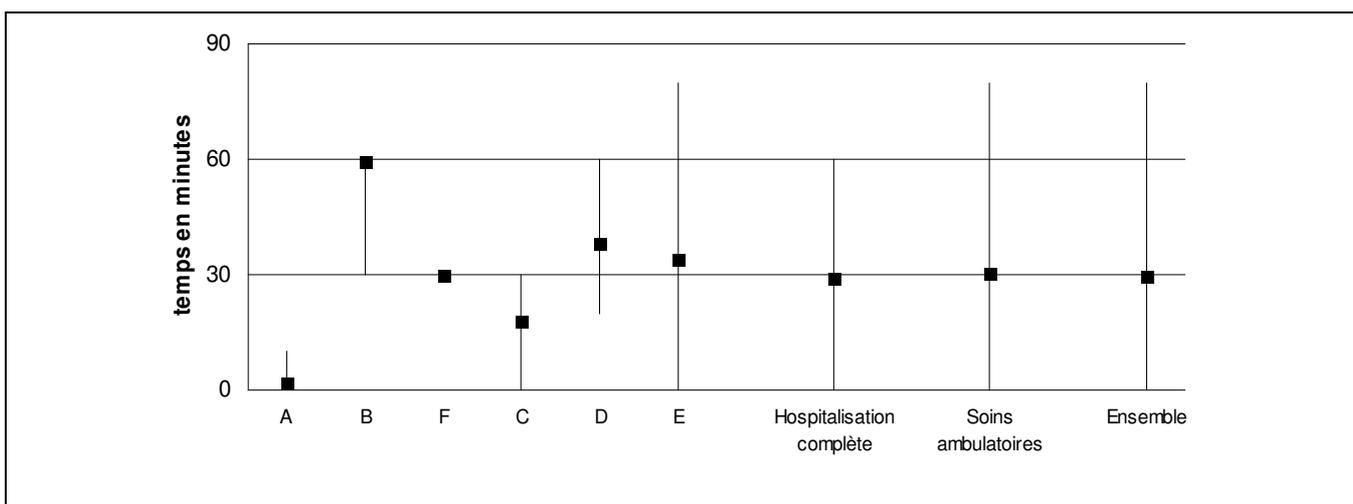


Figure 29 : Temps secrétariat par centre

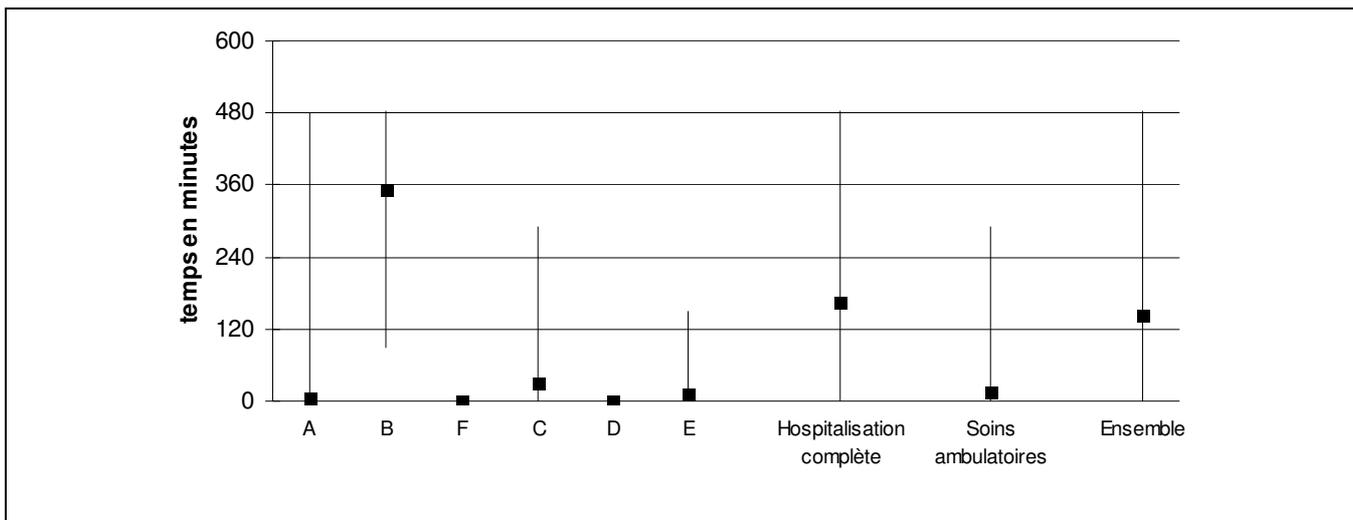


Figure 30 : Temps soins infirmiers par centre

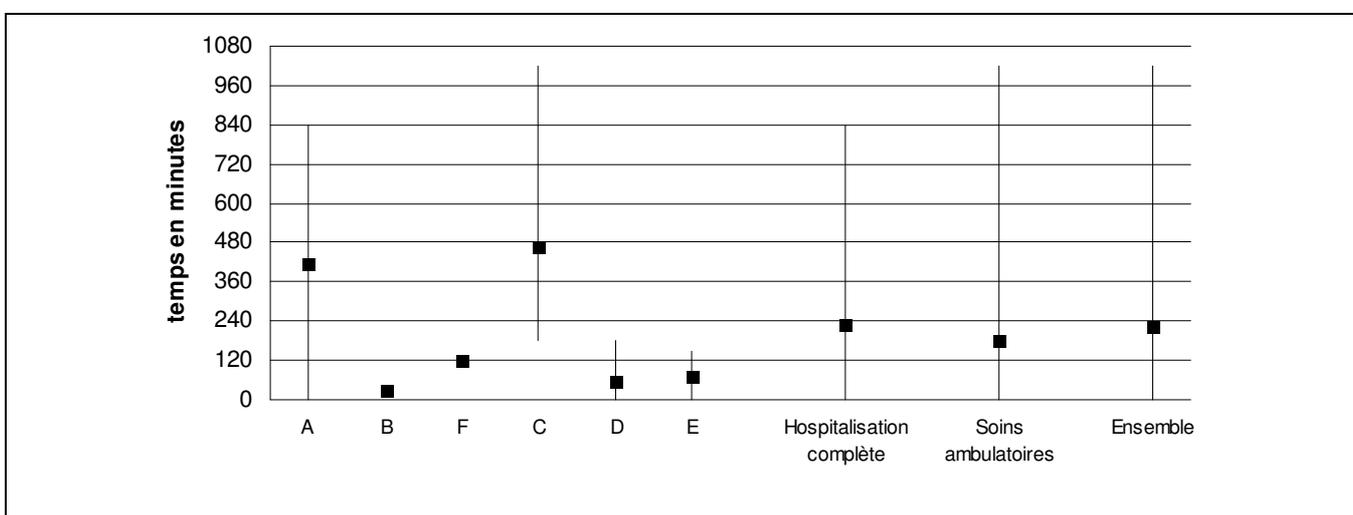


Figure 31 : Temps infirmiers hors soins par centre

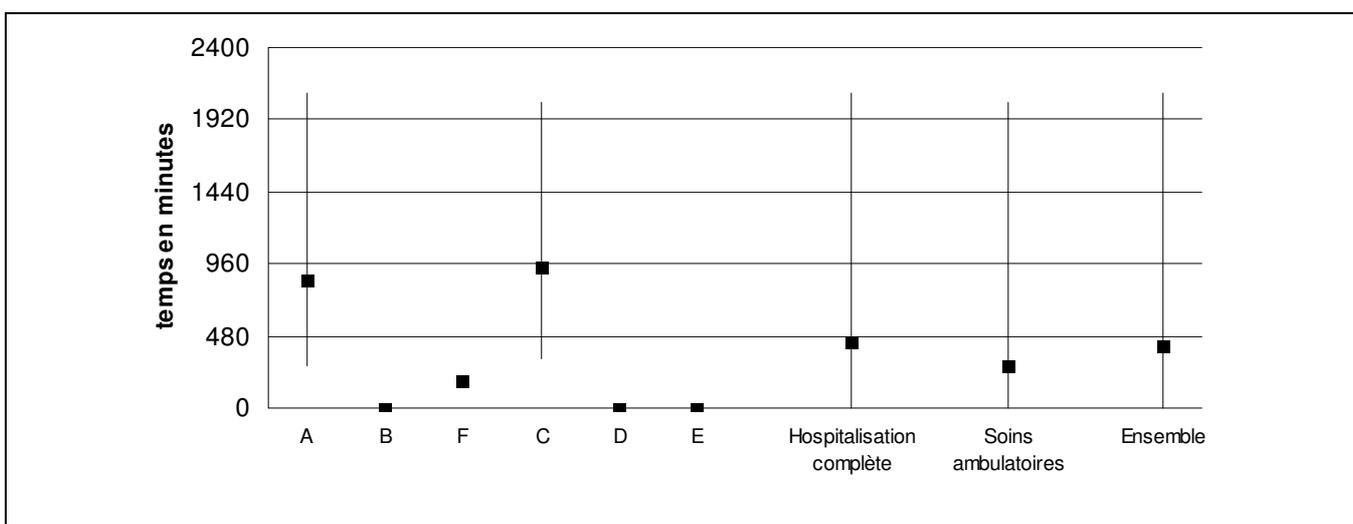


Figure 32 : Temps activités et ateliers par centre

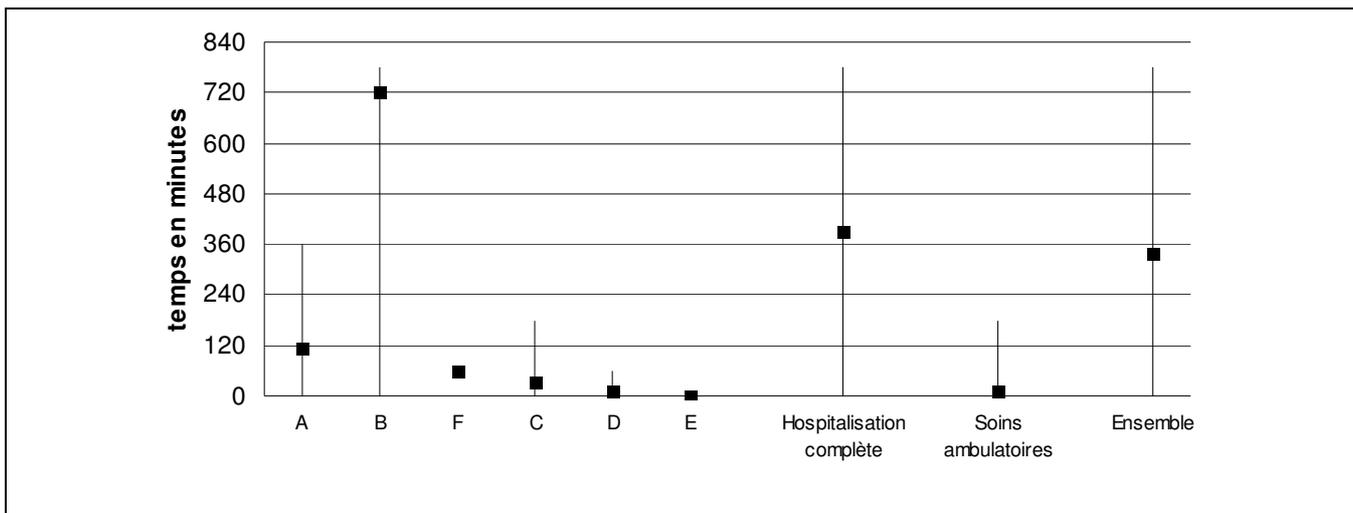


Figure 33 : Temps bilan par centre

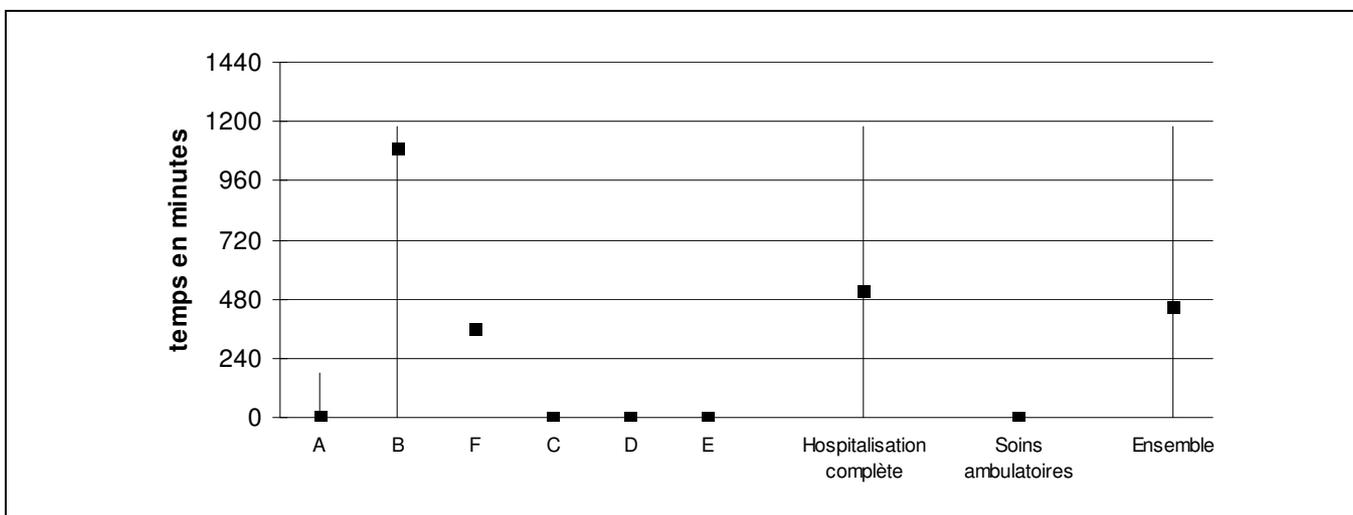


Figure 34 : Temps Psychothérapie de groupe par centre

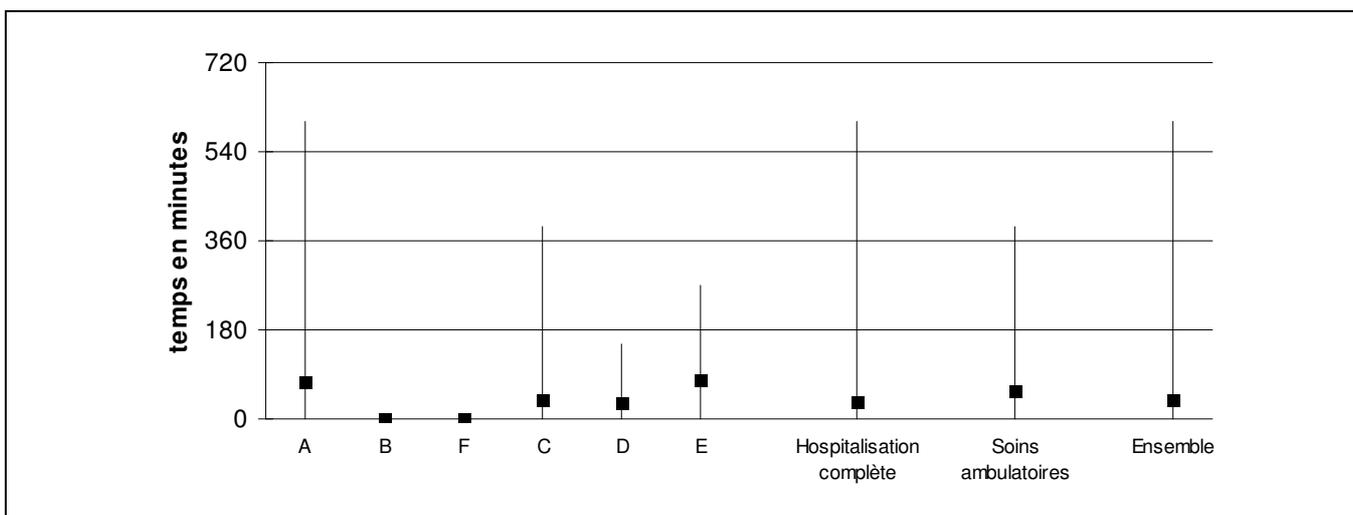


Figure 35 : Temps entretien psychothérapique par centre

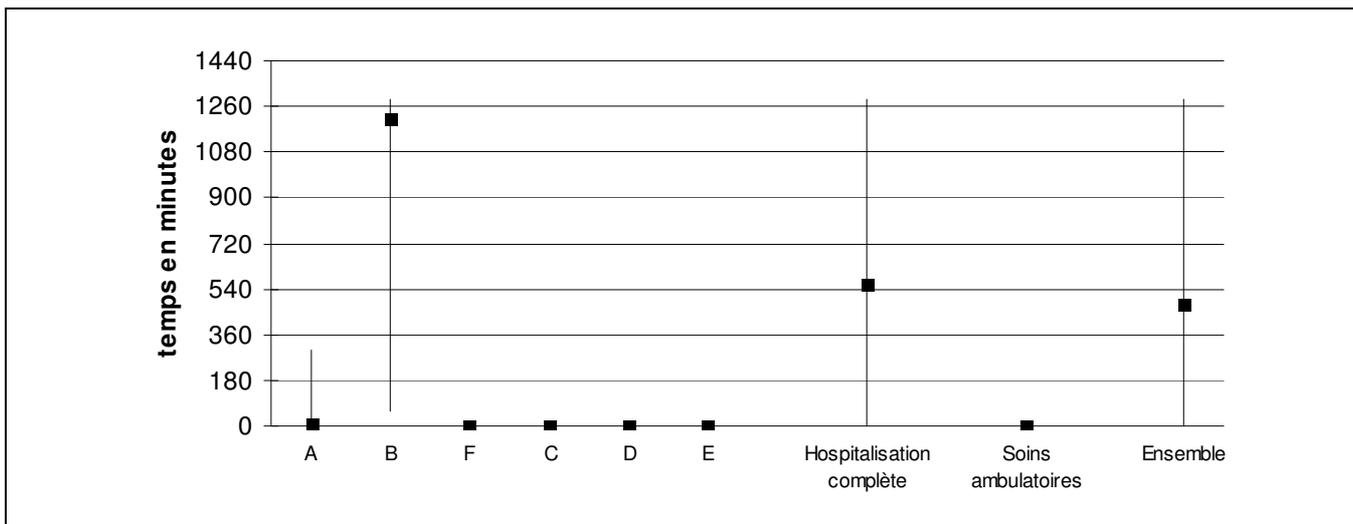


Figure 36 : Temps de relaxation par centre

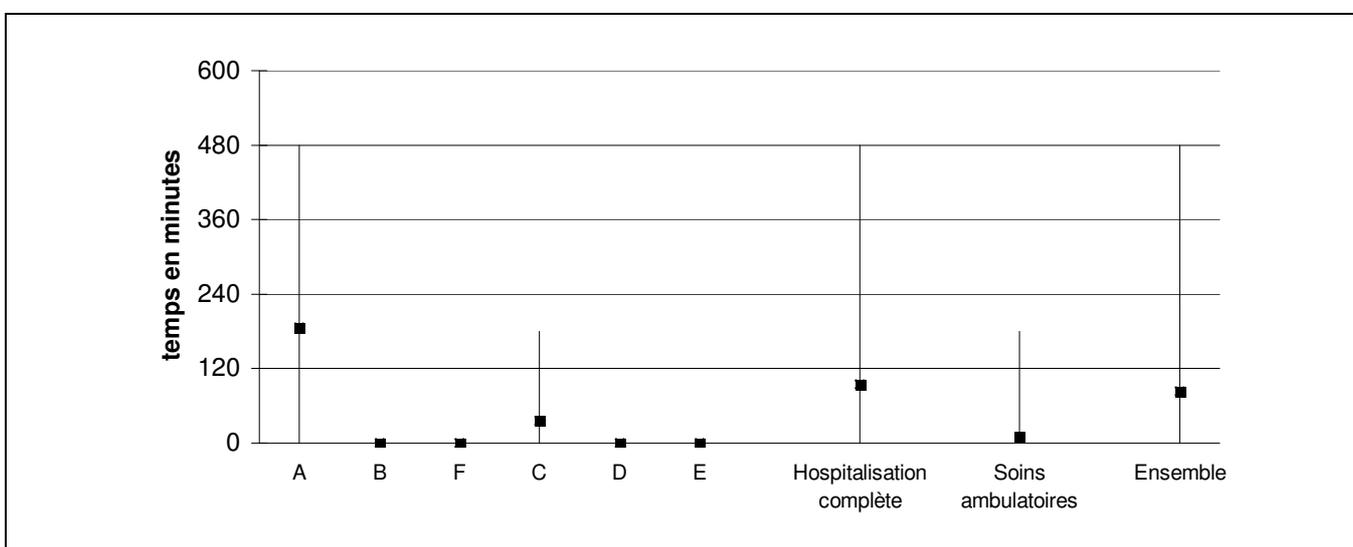


Figure 37 : Temps de psychomotricité par centre

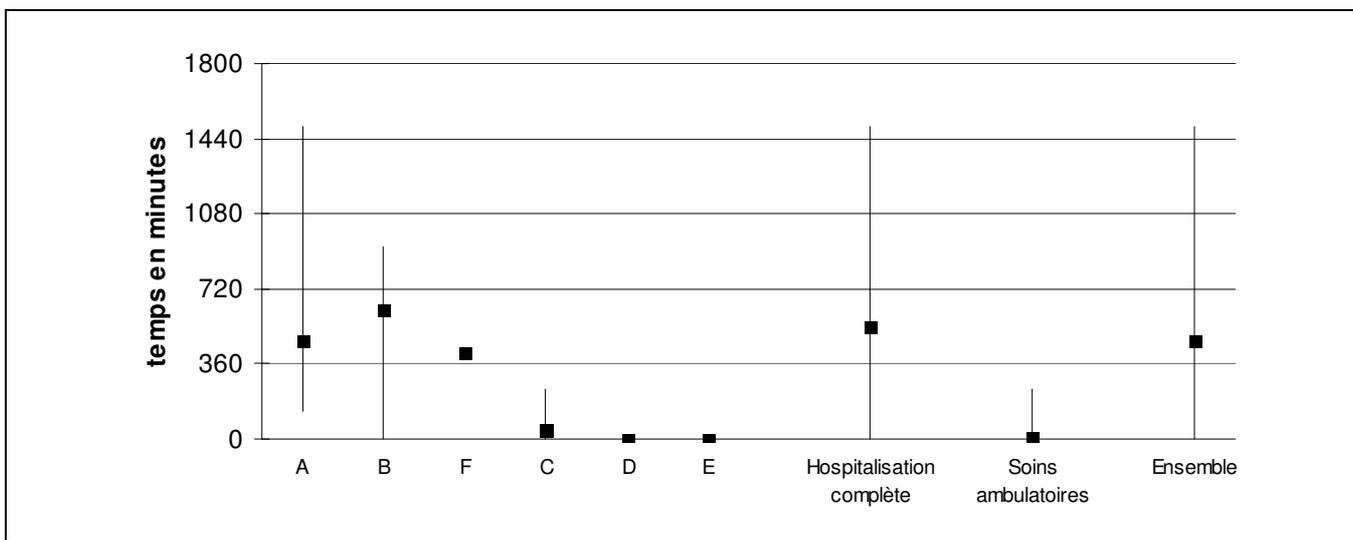


Figure 38 : Temps information alcoologie par centre

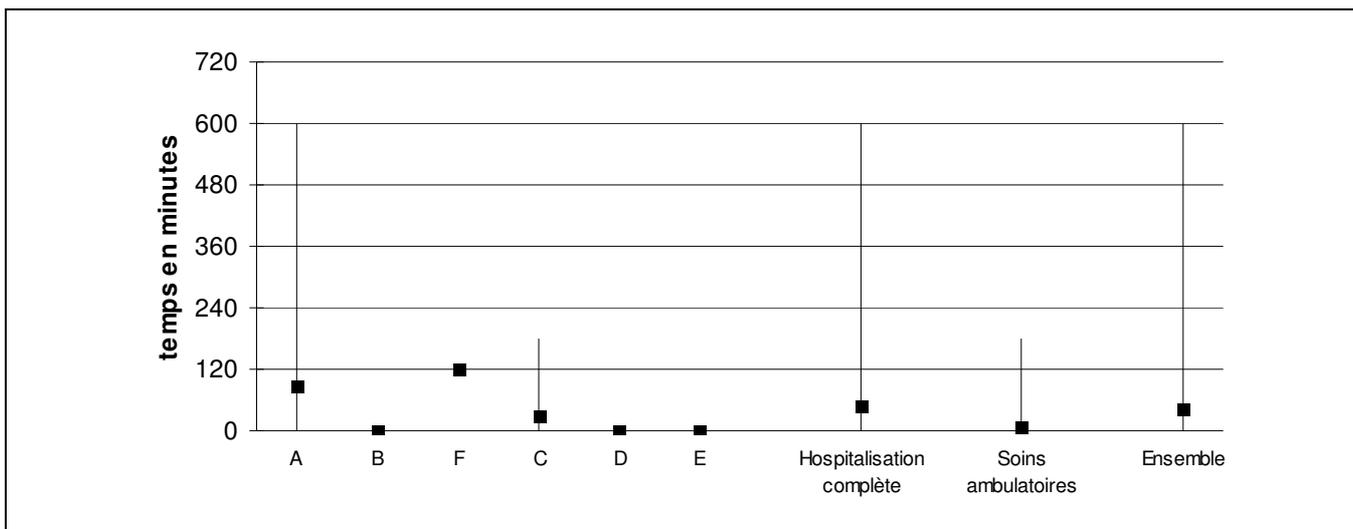


Figure 39 : Temps groupes de parole par centre

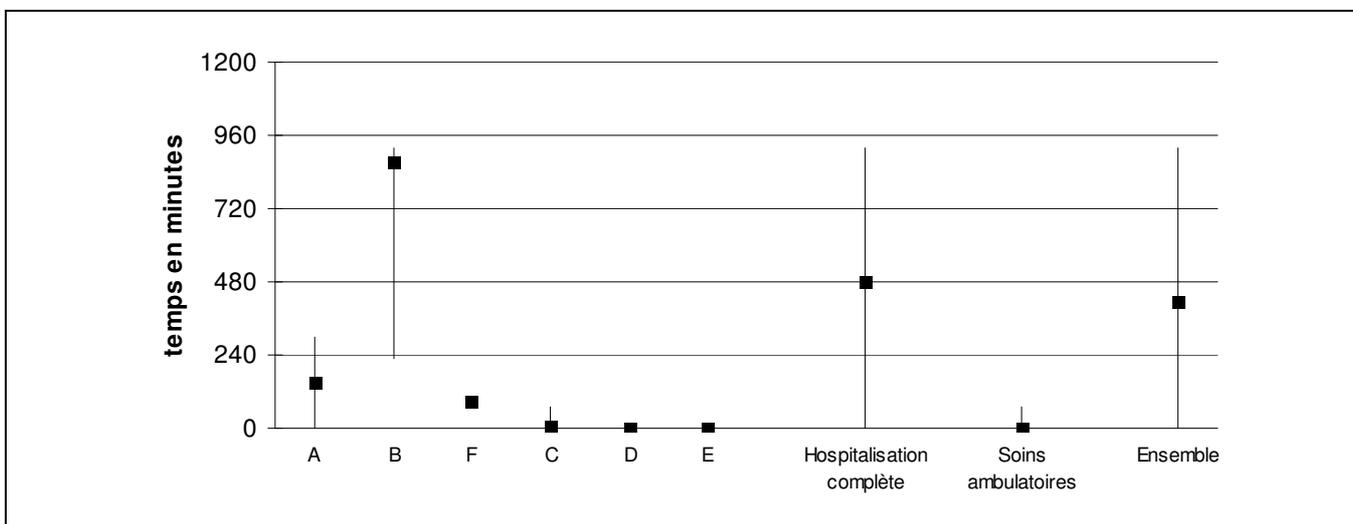


Figure 40 : Temps réunion générale institutionnelle

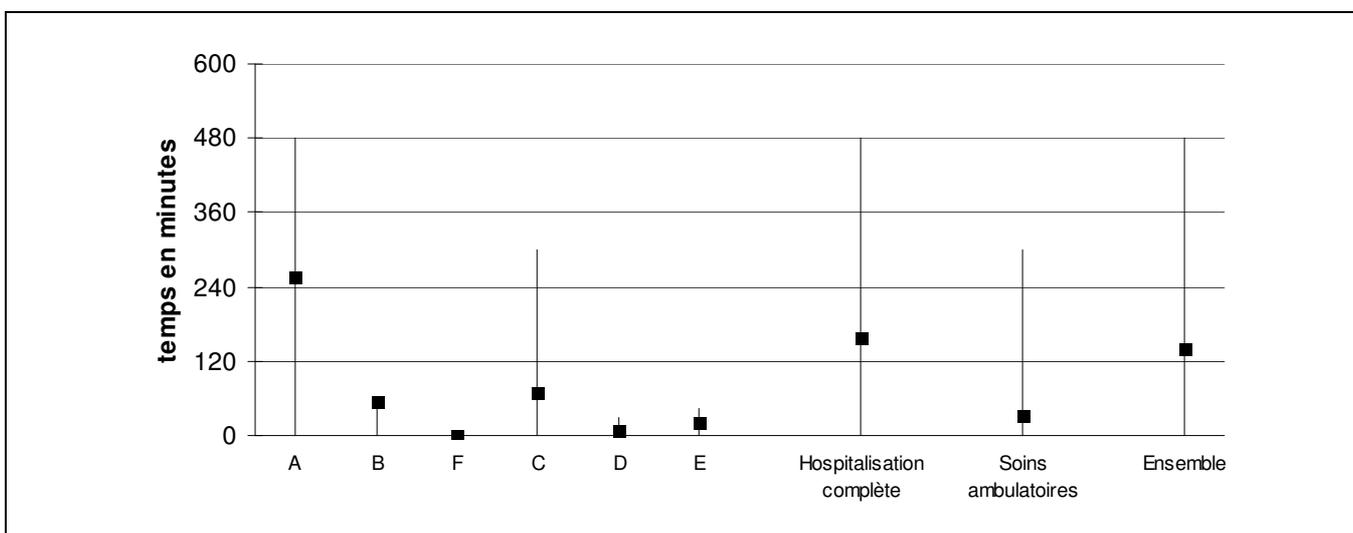


Figure 41 : Temps biographie par centre

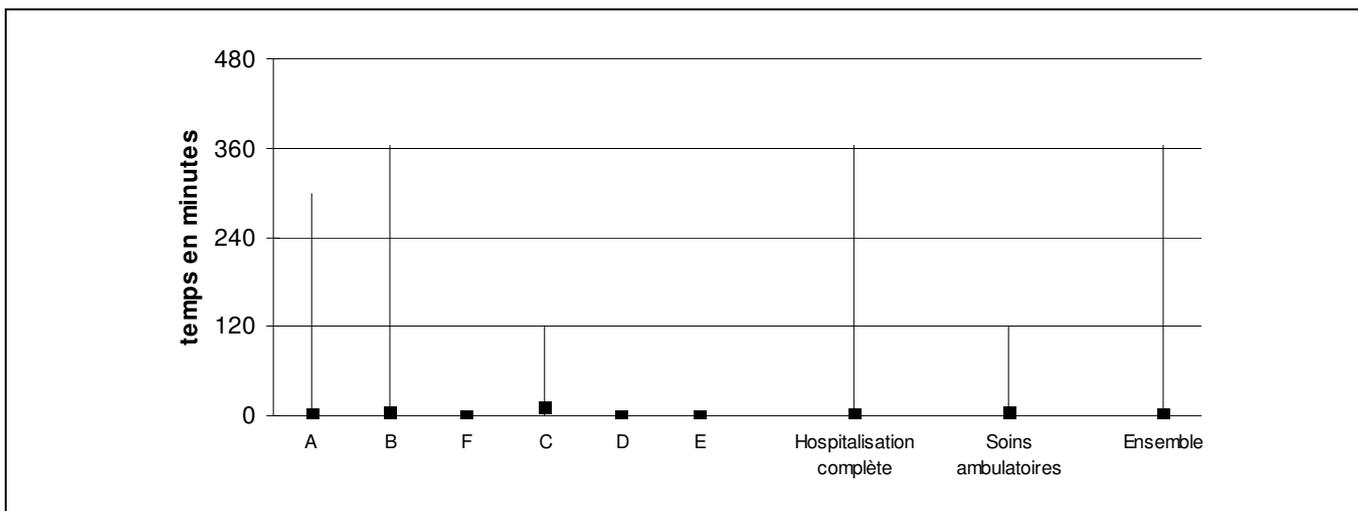


Figure 42 : Temps service ambulatoire (visite à domicile) par centre

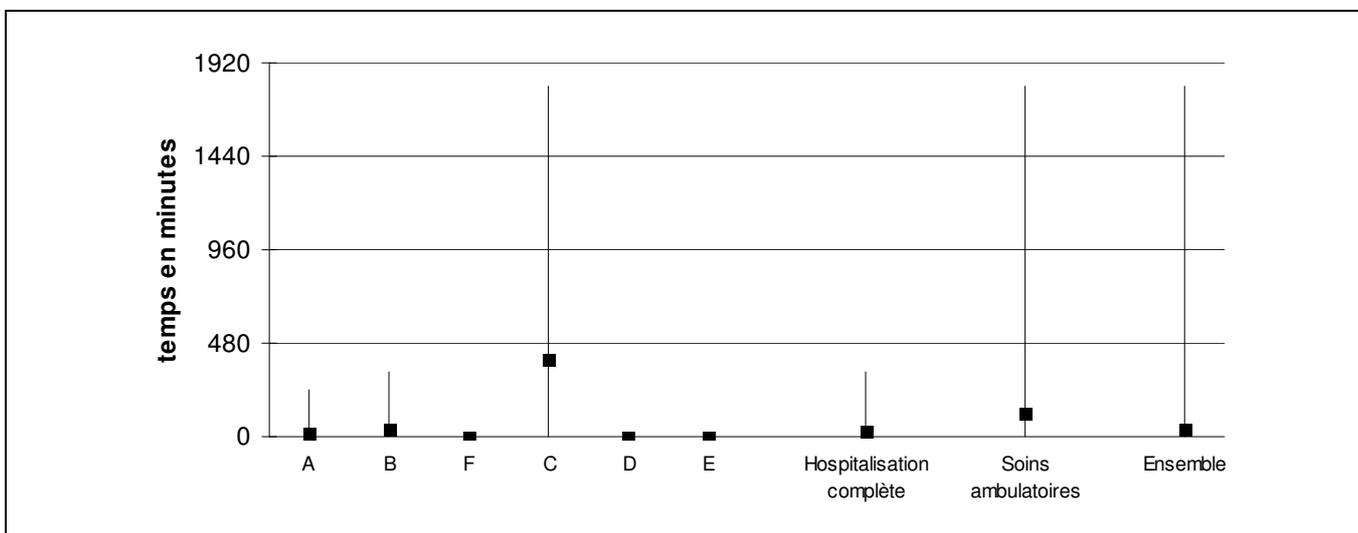


Figure 43 : Temps informel par centre

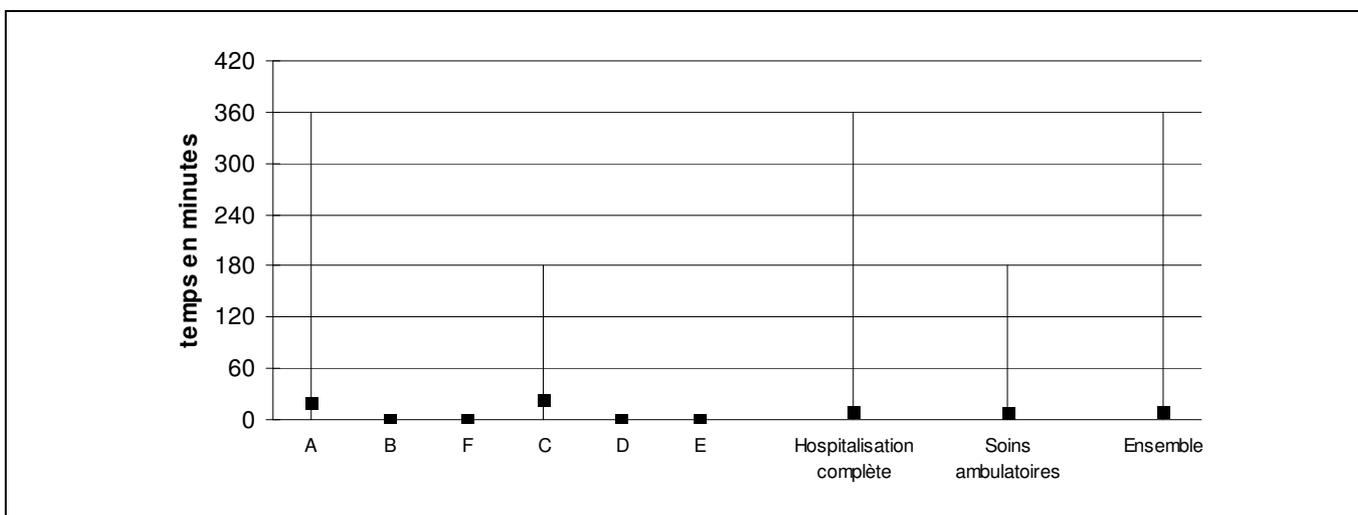


Figure 44 : Temps assistants sociaux par centre

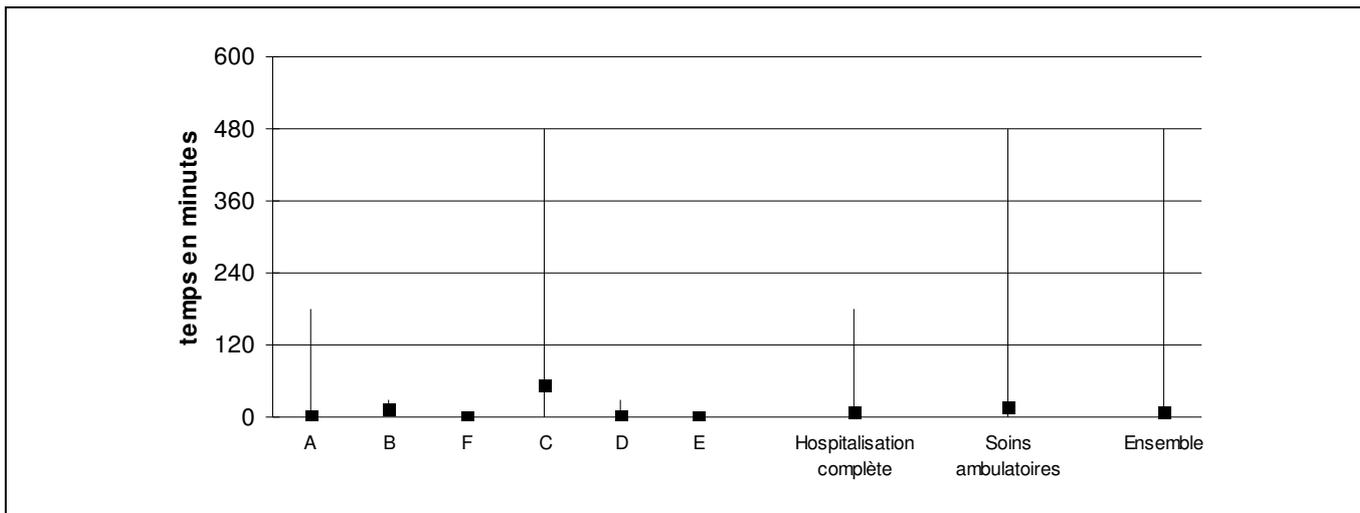


Figure 45 : Temps contacts et échanges divers par centre

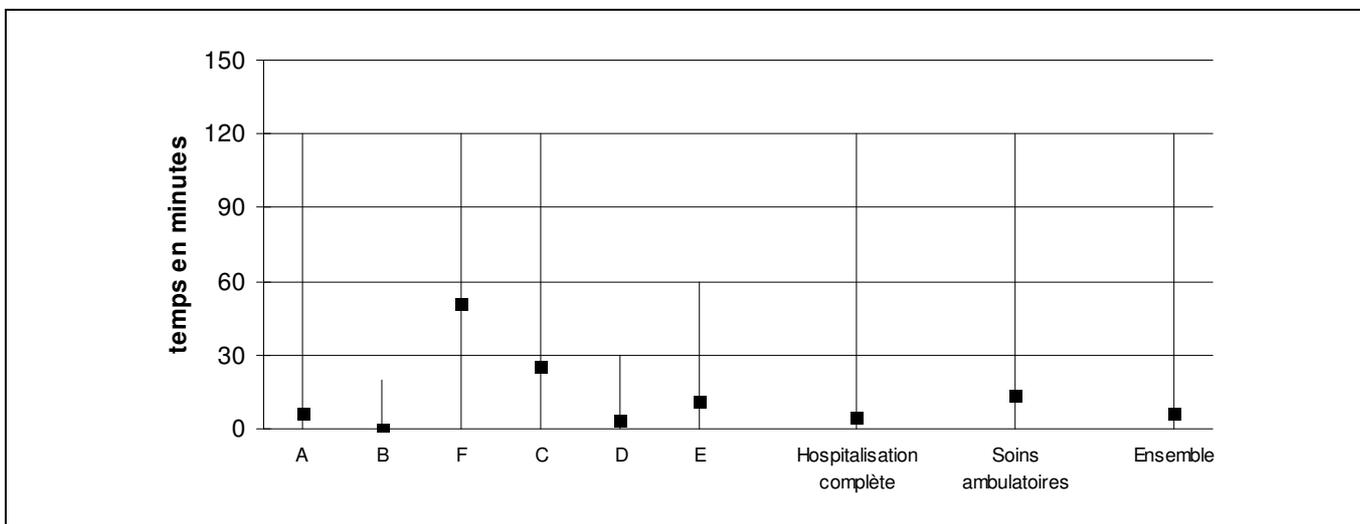


Figure 46 : Temps contacts et échanges avec la famille par centre

Annexe 3 : Caractérisation des types de thérapies

Tableau 21 : Scores moyens par item aux échelles du BEC et du profil de qualité de vie (QoI) au temps 1 pour chaque type de thérapie (*: différence significative à 5% avec la moyenne des patients, en gras : score moyen le plus favorable, en souligné : score moyen le plus défavorable)

		Thérapie 1	Thérapie 2	Thérapie 3	Ensemble	
		Centre A	Thérapies ambulatoires et centre F	Centre B		
BEC		0,57*	<u>0,72*</u>	0,63	0,62	0,002
BEC-MP	Motivation-Pronostic	1,15*	<u>1,26*</u>	0,58*	0,96	<0,001
BEC-D	Dépression	0,38*	0,54	<u>0,86*</u>	0,59	<0,001
BEC-Pers	Personnalité	0,62	<u>0,89*</u>	0,31*	0,56	<0,001
BEC-Imp	Impulsivité	0,42	<u>0,49</u>	0,46	0,45	0,804
BEC-Ass	Troubles Associés	0,27*	0,60	<u>1,06*</u>	0,64	<0,001
BEC-Anx	Troubles Anxieux	0,96	<u>1,19*</u>	0,87	0,97	0,002
BEC-Add	Conduite addictive (sauf alcool)	0,82	<u>1,23</u>	1,00	0,97	0,023
QoI-Sat1	Santé	-0,04	-0,03	<u>-0,08</u>	-0,05	0,197
QoI-Sat2	Capacité d'intériorisation et de relations	0,00	0,01*	<u>-0,03*</u>	-0,01	0,003
QoI-Sat3	Conditions matérielles	0,03	0,06*	<u>-0,00</u>	0,03	0,203
QoI-Sat4	Addictions	-0,14	-0,12	<u>-0,24</u>	-0,17	0,135
QoI-Sat5	Liberté	0,11	-0,00	<u>-0,06</u>	0,02	0,032
QoI-Sat6	Loisirs	-0,07	0,03	<u>-0,11</u>	-0,06	0,085
QoI-Sat7	Besoins vitaux	-0,00	0,00	<u>-0,05</u>	-0,02	0,608
QoI-Chg1	Santé	0,17	<u>0,13*</u>	0,18	0,16	0,011
QoI-Chg2	Capacité d'intériorisation et de relations	0,09	<u>0,08*</u>	0,11*	0,10	<0,001
QoI-Chg3	Conditions matérielles	0,18	<u>0,14*</u>	0,21*	0,19	0,006
QoI-Chg4	Addictions	0,40	<u>0,36</u>	0,43*	0,40	0,345
QoI-Chg5	Liberté	0,44	<u>0,38</u>	0,54*	0,46	0,014
QoI-Chg6	Loisirs	0,38	<u>0,26*</u>	0,51*	0,36	0,007
QoI-Chg7	Besoins vitaux	0,36	<u>0,26*</u>	0,32	0,32	0,094

Annexe 4 : Variations des scores moyens aux items du BEC en fonction du type de thérapie

Thérapie du centre A

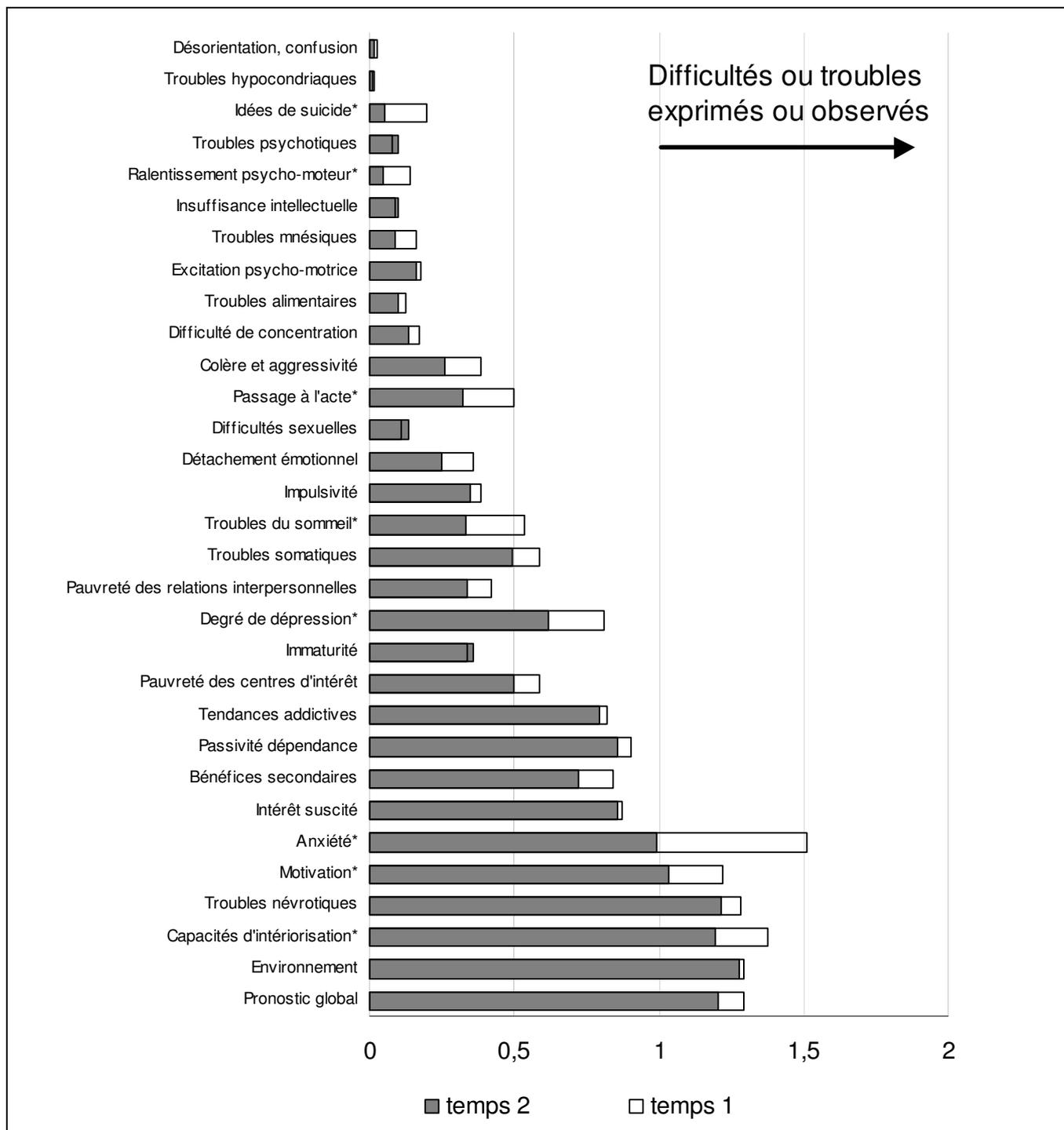


Figure 47 : Moyenne des réponses aux items du bilan d'évaluation clinique (0 : le plus favorable - 3 : le moins favorable) aux temps 1 et 2 pour les patients ayant suivi une thérapie du centre A (* : variation significative à 5% entre les deux temps)

Thérapie des centres en ambulatoire et du centre F

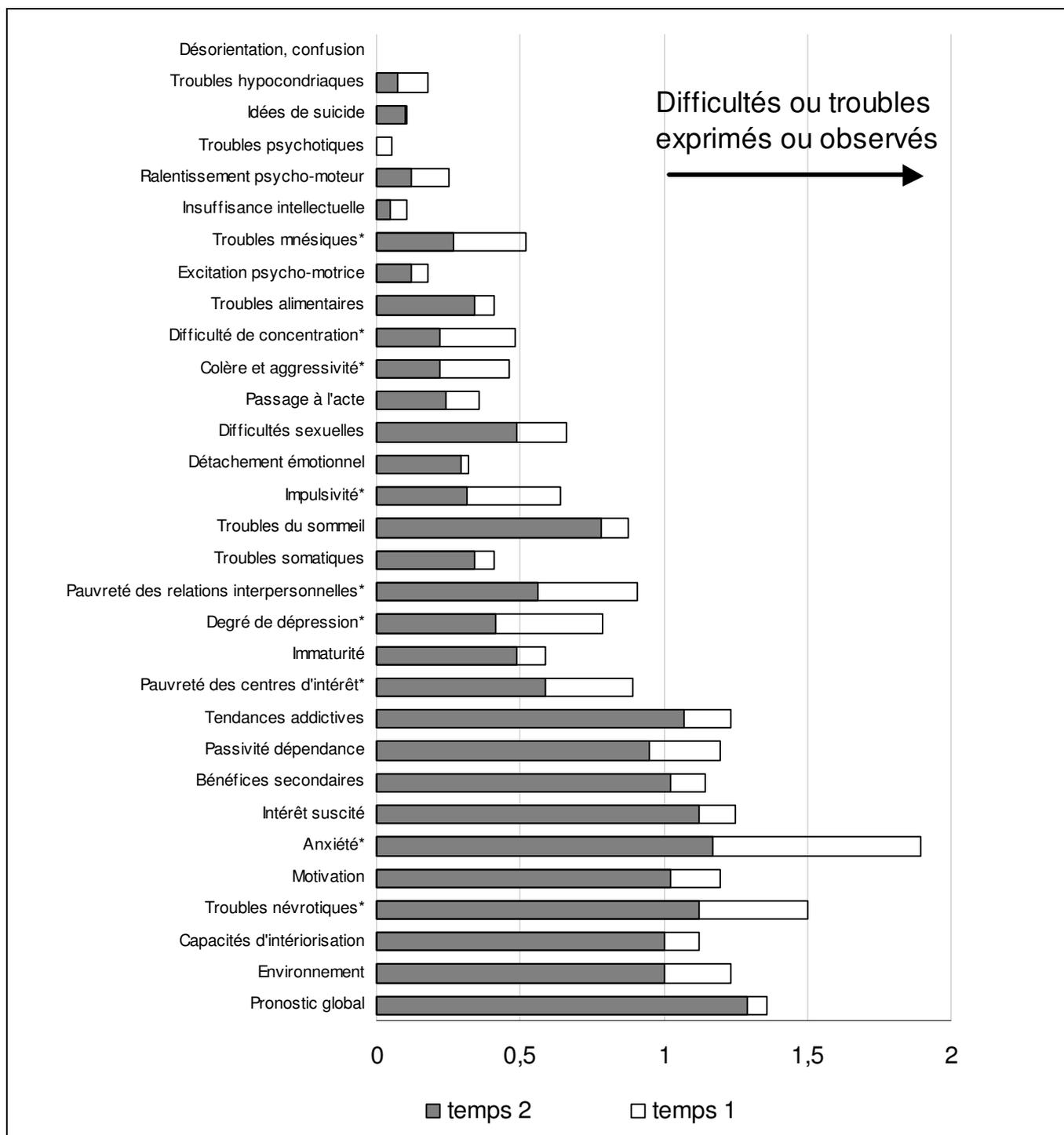


Figure 48 : Moyenne des réponses aux items du bilan d'évaluation clinique (0 : le plus favorable - 3 : le moins favorable) aux temps 1 et 2 pour les patients ayant suivi une thérapie des centres ambulatoire ou du centre F (* : variation significative à 5% entre les deux temps)

Thérapie du centre B

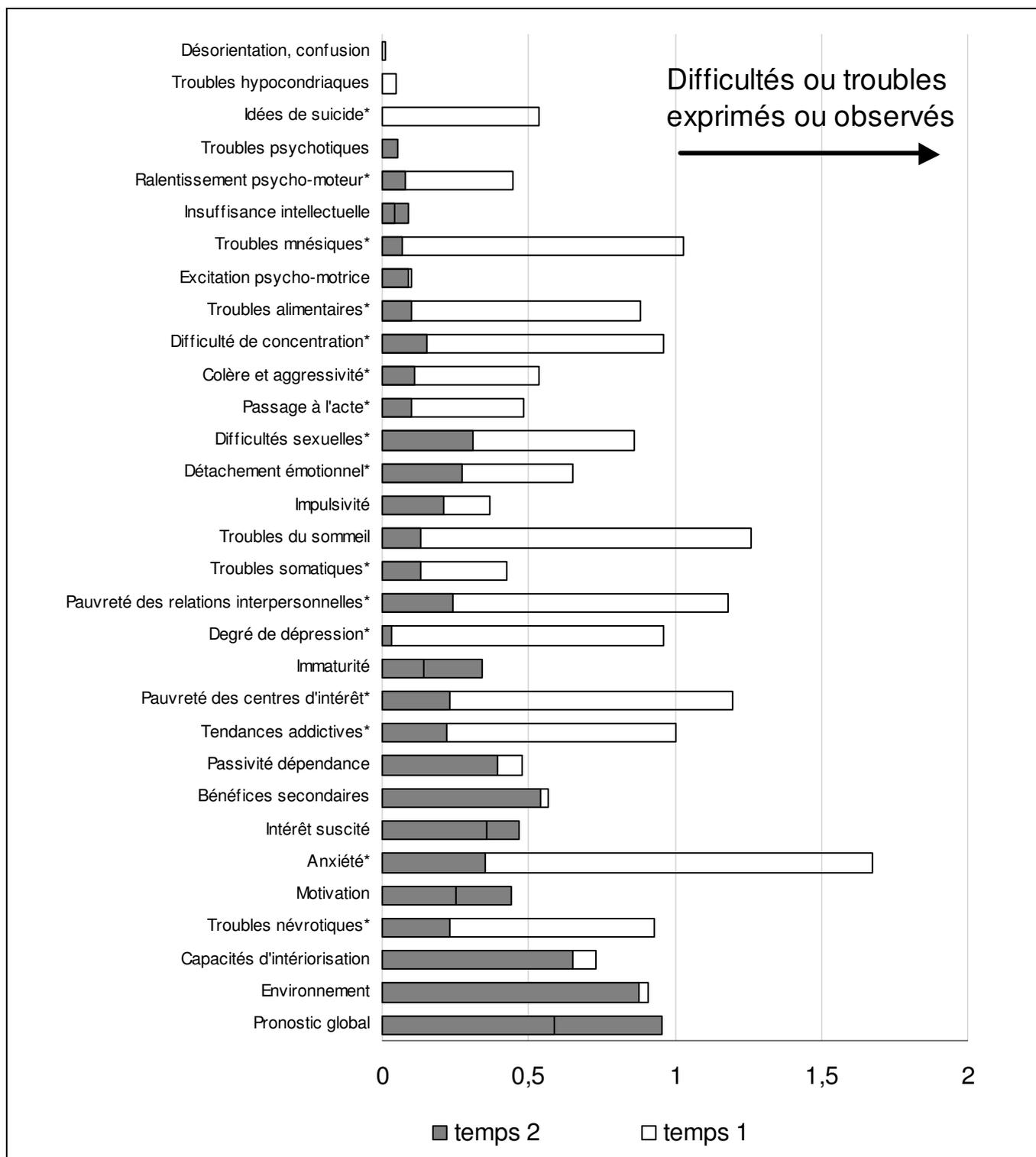


Figure 49 : Moyenne des réponses aux items du bilan d'évaluation clinique (0 : le plus favorable - 3 : le moins favorable) aux temps 1 et 2 pour les patients ayant suivi une thérapie du centre B (* : variation significative à 5% entre les deux temps)



Résumé

L'ADAEL (Association pour le développement de l'alcoologie en Eure-et-Loir) a coordonné une enquête dans 6 structures de soins du département, en vue de déterminer une typologie des patients et les meilleures combinaisons patients/thérapies.

Cette étude comporte 3 temps : l'entrée dans la cure, la sortie de la cure et le devenir à un an.

Ce premier tome concerne l'analyse des deux premiers temps de l'étude, selon différentes approches : aspects cliniques, conditions de vie, parcours de soins et qualité de vie.

272 patients (70% d'hommes et 30% de femmes) ont été inclus, d'octobre 2000 à février 2002. Ils sont âgés en moyenne de 43 ans, et 80% d'entre-eux ont déjà reçu des soins antérieurs.

Une typologie des patients permet de définir 5 groupes :

- des jeunes gens aux comportements addictifs prononcés,
- des patients à la situation sociale favorisée et au pronostic favorable,
- des hommes âgés, niant leur consommation,
- des femmes en difficultés sociales,
- des patients en mauvaise santé mais au bon pronostic.

Si les profils des patients diffèrent considérablement d'un centre de cure à l'autre, toutes les thérapies s'avèrent efficaces à court terme. En effet, on constate une amélioration des scores d'évaluation clinique durant la cure. L'analyse du profil de qualité de vie montre une réelle amélioration de la satisfaction des patients pendant le traitement, mais une dégradation, certes modérée, de leurs espoirs de changement dans les prochains mois.

L'analyse du temps 3 permettra de suivre le devenir des patients et notamment de déceler les combinaisons thérapies/patients les plus efficaces.

Observatoire Régional de la Santé du Centre

📍 : CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439

45032 Orléans cedex 1

☎ : 02 38 74 48 80

📠 : 02 38 74 48 81

✉ : orscentre@aol.com