

Dr Bertrand Nalpas^{*,**}, Mme Isabelle Boulze^{**,***}, Groupe Alcool de l'Inserm^{****}

* Département d'information scientifique et de communication, Inserm, 101, rue de Tolbiac, F-75654 Paris Cedex 13.

Tél. : 01 44 23 61 09 – Courriel : bertrand.nalpas@inserm.fr

** Service d'addictologie, CHRU Caremeau, Nîmes, France

*** Laboratoire de recherche Epsilon, Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, Université Montpellier III, France

**** Constitué de membres représentant les mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool suivants : Alcooliques

Anonymes, Alcool Assistance, Alcool Écoute Joie et Santé, Amis de la Santé, Amitiés La Poste, Croix Bleue, Santé de la Famille, Vie Libre

Reçu février 2016, accepté juin 2016

Maintien de l'abstinence dans les mouvements d'entraide

Résumé

Contexte : la participation aux réunions des mouvements d'entraide est fortement conseillée après sevrage d'alcool. L'objectif a été d'analyser le taux d'abstinence 12 mois après l'arrêt chez des sujets participant à des réunions de soutien.

Méthode : co-construction du projet avec des représentants des mouvements. Délégation du rôle de co-investigateur à des responsables de réunions. Inclusion de sujets ayant arrêté l'alcool depuis moins de trois mois. Évaluation des données alcoolologiques et de la fréquentation du mouvement tous les trois mois par un enquêteur indépendant. Analyse de la reprise du premier verre par la méthode de survie. **Résultats** : 145 sujets inclus d'âge moyen 47 ans. À un an, le taux d'abstinence était de 0,43. La fréquence de reprise d'alcool n'était pas différente en fonction du sexe, des modalités de sevrage, de l'existence de cures ou post-cures, du moment de contact avec l'association d'entraide. Par contre, les sujets bénéficiant d'un suivi médical et/ou psychologique avaient un taux d'abstinence significativement inférieur à celui des sujets n'en ayant pas alors que leur assiduité aux réunions de groupe était similaire. **Conclusion** : il est possible de mener des recherches rigoureuses avec les mouvements d'entraide. Les résultats ont identifié un sous-groupe de sujets en difficulté avec l'alcool accueillis par les mouvements, mais ne fréquentant pas les circuits traditionnels de soin.

Mots-clés

Mouvement d'entraide – Sevrage – Rechute – Abstinence.

Summary

Maintaining abstinence in support groups

Background: following alcohol withdrawal, patients are strongly advised to attend support group meetings. The objective of this study was to estimate abstinence rates among support group participants 12 months after withdrawal. **Materials and methods**: support group representatives assisted in project planning. Meeting chair-people were designated co-investigators. Subjects were included if they had undergone alcohol withdrawal within the last three months. An independent investigator evaluated data concerning alcohol use and meeting attendance every three months. The time to alcohol reuse was assessed using the survival method. **Results**: 145 subjects were included (average age = 47 years). One-year abstinence rate was 0.43. Relapse frequencies were no different between genders, withdrawal modalities (institutional withdrawal or aftercare) or time to initial contact with the support group. However, subjects with medical and/or psychological follow-up had significantly lower abstinence rates than other subjects, despite similar group participation. **Conclusion**: conducting rigorous research is feasible among support groups. Our study identified a sub-group with alcohol use disorders who attend support groups and are absent from traditional health care plans.

Key words

Support group – Withdrawal – Relapse – Abstinence.

Les personnes ressources en matière de soins en alcoologie sont nombreuses, parmi lesquelles (sans ordre hiérarchique) : médecins généralistes, médecins du travail, centres de soins spécialisés, psychiatres, psychologues,

travailleurs sociaux, militants des associations d'entraide. Pour maintenir leur abstinence, les malades d'alcool vont s'appuyer sur une ou plusieurs de ces personnes ressources dans une infinité de combinaisons au cours du temps.

Bien que les circuits de soins soient très variés, surtout à l'étape de l'entrée dans la dynamique de traitement, l'analyse de ces derniers permet de distinguer trois grandes étapes durant lesquelles certains supports vont être plus prépondérants que d'autres.

Lors de la première étape, celle du pré-sevrage, les acteurs naturels vont être l'entourage, la famille, le médecin traitant et aussi les mouvements d'entraide auprès desquels les patients viennent chercher de l'information. La composante médicale est souvent dominante à la deuxième étape, celle du sevrage, à la fois pour effectuer les bilans organiques de retentissement et pour éviter les complications de l'arrêt brutal de la consommation. En post-sevrage, troisième étape, cette prépondérance disparaît rapidement au profit des soutiens d'abord psychologiques et sociaux (1). De fait, l'analyse de patients suivis en CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) a montré que les psychologues et les travailleurs sociaux étaient les acteurs les plus mobilisés au cours de la prise en charge (2), les mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool constituant la troisième pierre angulaire du soutien (3).

L'histoire naturelle de la maladie alcoolique est émaillée de sevrages et de rechutes dont la temporalité est très variable. Si analyser la trajectoire de l'entrée des sujets dans la maladie est un objectif de recherche faisant l'objet de nombreux appels d'offres dans un but de prévention, analyser la manière dont on en sort permettrait d'affiner les stratégies de soins. La difficulté à laquelle on est aujourd'hui confronté est que le critère d'efficacité des soins reste, certes, l'attitude du patient par rapport à l'alcool, mais sa définition est variable : abstinence complète, premier épisode de prise d'alcool pendant trois jours consécutifs, nombre de jours avec consommation importante, nombre de jours sans alcool (4)... De plus, les évaluations ont habituellement lieu trois mois après le sevrage, durée unanimement reconnue comme insuffisante, la stabilisation n'étant pas acquise avant au moins une année (5). Aussi, les données publiées récemment concluent à des taux de "rechute" à trois ou six mois allant de 35 à 90 % (6-9).

Les mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool, qu'ils soient ouverts à tous ou corporatistes, qu'ils aient des modes de fonctionnement et/ou d'organisation différents, partagent tous ensemble une philosophie commune, le néphalisme, ou abstinence absolue de tout alcool, condition qu'ils estiment incon-

turnable pour rétablir l'équilibre vital physique et psychique que l'alcool a dissous. Le critère d'efficacité est ici simple et répond à un mode binaire : alcool ou pas.

L'impact de la participation aux réunions d'un mouvement d'entraide sur l'abstinence au long cours a été l'objet de nombreux travaux dont les résultats sont contradictoires, certains concluant à un meilleur pronostic (10, 11) et d'autres non (12). La plupart de ces travaux ont été menés sur des cohortes de patients issus d'essais thérapeutiques ou de stratégies d'intervention, par contre il n'y a pas à notre connaissance en France de recherche se référant aux approches communautaires pour interroger le rôle des mouvements d'entraide associé ou pas au contexte thérapeutique classique.

Nous nous sommes appuyés sur un projet de recherche communautaire avec des mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool décrit par ailleurs (13) pour analyser le devenir de l'abstinence dans les 12 mois suivant le sevrage chez des patients membres de ces associations et bénéficiant ou non d'un suivi médical.

Sujets et méthode

Le protocole de l'étude a été élaboré conjointement par des scientifiques et les représentants de six des huit associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool du Groupe Alcool de l'Inserm, par ordre alphabétique : Alcooliques Anonymes, Alcool Assistance, Alcool Écoute Joie et Santé, Amis de la Santé, Croix Bleue, Vie Libre (les associations Amitiés La Poste et Santé de la Famille ne faisaient pas partie du Groupe Alcool de l'Inserm à l'époque de la construction du protocole). Il répondait ainsi aux critères de la recherche communautaire.

Sujets

Les critères d'inclusion étaient les suivants : homme ou femme d'âge supérieur ou égal à 18 ans ; nouveau membre de l'une des associations participant à l'étude ou membre déjà connu mais n'ayant pas donné de nouvelles depuis au moins un an ; sevrage complet d'alcool depuis moins de trois mois ; accord pour donner pour les besoins de l'enquête un numéro de téléphone personnel ; consentement de participation.

Méthode

Recrutement et bilan initial

Des représentants locaux, dénommés accompagnants et désignés par leurs associations respectives, étaient chargés du recrutement des sujets. La participation au projet était proposée à toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion, dans un délai maximal de deux mois après le premier contact avec l'association. L'accompagnant était chargé de recueillir les éléments du bilan initial, en l'occurrence : âge, sexe, mode de vie (seul(e) ou en couple), activité professionnelle (stable ou précaire ou aucune), origine socioprofessionnelle, données alcoologiques : durée précise d'abstinence au moment de l'inclusion dans l'étude, nombre de séjours en cure ou post-cure, modalité du sevrage récent (mouvement d'entraide uniquement, aide médicale en ambulatoire, hospitalisation), moment du contact avec un mouvement d'entraide (avant ou pendant ou après le sevrage), intensité du *craving* sur une échelle allant de 0 (pas du tout envie) à 10 (envie maximale), existence d'un suivi médical et/ou psychologique pour le problème d'alcool.

Suivi

Chaque sujet inclus a été contacté par téléphone tous les trois mois pendant un an, soit quatre évaluations, par un enquêteur rôlé à ce type d'enquête, qui administrait le questionnaire de suivi. Ce questionnaire évaluait trois domaines : le statut alcool, la relation avec le mouvement d'entraide, le soutien médico-psychologique. La première question de l'évaluation du statut alcool vérifiait s'il y avait eu ou non maintien de l'abstinence depuis le contact précédent. Si ce n'était pas le cas, un ensemble de questions appréciait le nombre de verres et la fréquence de consommation. La réalcoolisation "simple" était définie par une consommation unique d'alcool depuis l'évaluation précédente, alors que la rechute était qualifiée lorsque la consommation s'était répétée dans le temps. La consommation moyenne par semaine était calculée en multipliant le nombre moyen de verres par occasion par la fréquence ramenée en semaine, l'usage à risque étant défini par une consommation hebdomadaire supérieure à 14 verres chez les femmes et 21 chez les hommes. Il était ensuite demandé à tous les sujets d'évaluer leur niveau de *craving* au jour de l'appel et, uniquement à ceux ayant repris de l'alcool, de se classer dans l'une des quatre catégories suivantes : abstinence, consommation sans ou avec risque de rechute, rechute.

La relation avec l'association, deuxième domaine exploré, était évaluée par l'assiduité aux réunions et le nombre de contacts avec le groupe. Enfin, pour évaluer le soutien médico-psychologique, il était demandé si la personne était prise en charge ou non depuis les trois derniers mois par un médecin (médecin traitant, alcoologue, psychiatre ou autre spécialiste) pour son problème d'alcool et/ou par un psychologue.

Le bilan initial et le questionnaire de suivi avaient été élaborés avec, et validés par, les mouvements d'entraide participants.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal était la rupture d'abstinence définie par la reprise d'au moins un verre au cours des trois mois précédant l'évaluation. Si la date précise de cette rupture n'était pas renseignée, il a été considéré que la date de la reprise était celle de la date d'évaluation. Les sujets ayant repris l'alcool étaient maintenus dans le protocole et continuaient à être évalués jusqu'au 12^e mois dans le but d'analyser leur devenir.

Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type, les variables qualitatives par leur répartition. Les comparaisons des données quantitatives ont été effectuées par le test t de Student ou par le test de Wilcoxon lorsque les distributions n'étaient pas normales ; les données qualitatives ont été comparées par le test du χ^2 . La survenue d'une rechute en fonction du temps a été analysée par la méthode de Kaplan-Meier et les courbes obtenues comparées par le test du logrank. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS V23 (IBM-SPSS Inc, Armonk, New York, États-Unis).

Résultats

Description de l'échantillon

Au total, 145 sujets ont été recrutés. Leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau I. Il s'agissait de 74 hommes (59 %) et 59 femmes d'âge moyen $47 \pm 9,7$ ans. Un peu plus de la moitié (57 %) vivaient seuls et 51 % avaient une activité professionnelle stable. Le sevrage avait été effectué seul, avec

Tableau I : Principales caractéristiques des patients inclus

Caractéristiques	Valeurs
Nombre	145
Hommes / Femmes	74 / 59
Âge (moyenne ± écart-type)	47 ± 9 ans
Vivant seul(e) (%)	57,0
Statut professionnel (%) :	
- Actif	51,0
- Inactif	49,0
Modalité de sevrage (%) :	
- Seul(e)	30,3
- En institution	49,0
- En ambulatoire	20,7
Craving [médiane-étendue]	2,0 [0-10]
Antécédent de postcure (%)	64,8
Contact avec le mouvement d'entraide :	
- Avant le sevrage	45,0
- Pendant le sevrage	23,9
- Après le sevrage	31,0
Suivi médical et/ou psychologique	67,2

Tableau II : Fréquentation de l'association d'entraide

Évaluation Date	Répondants N	Sujets fréquentant l'association	Assiduité aux réunions		
			Forte	Moyenne	Faible
M3	103*	93,2 %	49,5	33,7	16,8
M6	88**	84,1 %	62,2	25,7	12,1
M9	75	86,7 %	60,9	23,4	15,7
M12	71	80,3 %	43,1	36,2	20,7

* 4 et ** 7 sujets n'ont pas répondu à la question.

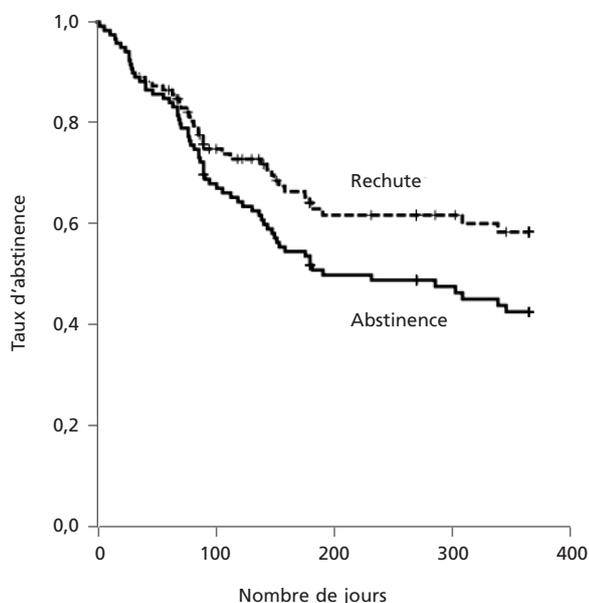


Figure 1. – Taux d'abstinence et de rechute au cours du temps.

aide médicale ou en hospitalisation par respectivement 30,3 %, 20,7 % et 49,0 % des sujets. Deux tiers des inclus avaient effectué au moins un séjour en post-cure dans leurs antécédents. Le moment de contact avec le mouvement d'entraide avait eu lieu principalement avant le sevrage (45,0 %). La médiane d'intensité du *craving* était égale à 2 et le percentile 75 égal à 4,2. Les deux tiers (67,2 %) déclaraient bénéficier d'un suivi médical ou psychologique pour le problème d'alcool.

Rétention

Sur les 145 sujets, 26 ont été complètement perdus de vue juste après l'inclusion et 119 ont pu être évalués au moins une fois. Le nombre de sujets présents à chaque étape de l'étude a décru régulièrement : 73,8 %, 64,1 %, 51,7 % à M3, M6, M9 ; à M12, 49 % des sujets étaient encore suivis. 74 des 119 (62,2 %) sujets suivis ont répondu à au moins trois des quatre évaluations programmées, les autres en ratant une ou deux à des temps variables pour des diverses raisons (déplacement travail, déménagement...), mais en ayant dans la plupart des cas prévenu de leur indisponibilité et de leur volonté de rester dans l'étude.

Participation aux réunions des mouvements d'entraide

Tout au long de la période d'observation, la fréquentation de l'association d'entraide (tableau II) était toujours élevée, plus de 80 % d'adhésion à chaque temps d'évaluation ; de plus, l'assiduité aux réunions était qualifiée de forte (plus de 20 contacts entre deux évaluations) ou moyenne (entre cinq et 20 contacts) par plus de 80 % des répondants.

Rupture d'abstinence et rechute

La rupture de l'abstinence d'alcool, définie par la reprise d'au moins un verre, a été analysée au moyen des courbes de survie chez les 119 sujets ayant pu être contacté au moins une fois au cours du suivi. 64 d'entre eux (53,8 %) avaient repris l'alcool dont 43 étaient classés en rechute et 21 (32,8 %) en réalcoolisation simple ; 36 reprises d'alcool (56,2 %) avaient eu lieu lors des trois premiers mois et 21 (32,8 %) les trois mois suivants, soit un total de 89 % des rechutes au cours des six premiers mois. À M12, le taux d'abstinence strict était

égal à 0,43 et celui d'absence de rechute à 0,58 (figure 1). La différence entre les deux courbes correspondait au taux de réalcoolisation simple sans rechute.

La méthode des courbes de survie impose que tout sujet chez qui l'événement est survenu (ici la rupture d'abstinence, que ce soit une réalcoolisation ou une rechute selon nos définitions) ne soit plus comptabilisé dans la suite de l'analyse jusqu'à la fin de la période d'observation. Or, un sujet ayant repris un verre, ou même plus, peut ultérieurement revenir à l'abstinence au cours du suivi. Comme les sujets ayant repris de l'alcool étaient maintenus dans l'étude, nous avons sélectionné les 47 d'entre eux ayant déclaré avoir bu à l'une des évaluations mais pas à celle immédiatement précédente ; à l'évaluation suivante, 16 (38,3 %) déclaraient être redevenus strictement abstinents et 29 (61,7 %) être encore dans l'alcool, soit en réalcoolisation simple soit en rechute.

Craving

À chaque évaluation le score de *craving* était significativement ($p < 0,01$) plus élevé chez ceux qui avaient rebu que chez les abstinents (tableau III). Par contre, le score ne différait pas entre ceux qui avaient rebu une seule fois par comparaison à ceux qui avaient rebu régulièrement.

Tableau III : Score de *craving* en fonction du temps et de la reprise de l'alcool

Évaluation Date	Statut alcool (N sujets)		Craving [médiane-intervalle]	
	Alcool +	Alcool -	Alcool +	Alcool -
M3	42	61	2,5 [0-10]	1,0 [0-7]
M6	36	52	3,0 [0-10]	1,0 [0-8]
M9	20	55	2,5 [0-8]	0,0 [0-5]
M12	26	45	2,0 [0-8]	0,0 [0-6]

* 4 et ** 7 sujets n'ont pas répondu à la question.

Tableau IV : Auto-appréciation des conduites d'alcoolisation

Auto-appréciation	N (Homme/Femmes)	Consommation pendant les trois mois précédant l'évaluation					
		N verres/semaine		Consommation à risque		Délai depuis le dernier verre	
		Médiane	Intervalle	Hommes	Femmes	< 1 semaine	≥ 1 semaine
En abstinence	30 (14/16)	13,7	0,2-49	28,5 %	56,2 %	6,7 %	93,3 %
Consommation sans risque de rechute	10 (8/2)	5,0	0,5-22,5	12,5 %	0,0 %	60,0 %	40,0 %
Consommation avec risque de rechute	19 (8/11)	12,5	1,0-49	37,5 %	36,3 %	73,7 %	26,3 %
En rechute	13 (7/6)	42,0	5,0-49	85,7 %	83,3 %	92,3 %	7,7 %

Auto-appréciation des conduites d'alcoolisation

L'auto-appréciation des conduites d'alcoolisation a été analysée sur la totalité des événements qualifiés de "rechute" ($n = 72$) selon le protocole et survenus au cours de la période d'observation ; un même sujet pouvait contribuer à plusieurs événements du fait d'une rechute à plusieurs évaluations. La concordance entre l'état de rechute défini par le protocole et l'appréciation qui en était faite par les sujets n'était guère fameuse puisque 40 fois sur 72 les sujets ayant repris de l'alcool se déclaraient abstinents ou consommant sans risque de rechute ; les 32 restants estimaient être en rechute ou à risque de rechute (tableau IV).

La stabilité de l'auto-appréciation a pu être analysée chez 22 sujets qui avaient repris l'alcool et renseigné l'item à deux évaluations consécutives (tableau V). Parmi les dix s'estimant abstinents lors de l'évaluation 1, six l'étaient encore à l'évaluation suivante, mais trois se considéraient en rechute ; sur les six en risque de rechute, trois l'étaient encore et un avait rechuté ; les trois en rechute se distribuaient en un abstinents, un en risque de rechute et un toujours en rechute ; seuls les trois consommant sans risque de rechute n'avaient pas changé de catégorie.

Tableau V : Évolution de l'auto-appréciation du statut alcool à deux évaluations consécutives chez des sujets ayant repris la consommation

N°	Auto-appréciation Catégorie	Évaluation 1 N sujets	Évaluation 2 - N sujets				Total
			1*	2	3	4	
1	Abstinents	10	6	-	1	1	8
2	Consommation sans risque de rechute	3	1	3	1	-	5
3	Consommation avec risque de rechute	6	-	-	3	1	4
4	Rechute	3	3	-	1	1	5
	Total	22	10	3	6	3	22

* Numéro de catégorie lors de l'évaluation 1.

Facteurs associés à la rupture d'abstinence

La fréquence de reprise d'alcool n'était pas différente en fonction : du sexe (homme : 54,3 vs femme : 53,1 %, non significatif), des modalités de sevrage (sevrage seul 62,2 % vs avec aide médicale 50 %, non significatif) ; de l'existence d'un ou plusieurs séjours antérieurs en cure ou post-cure ; du moment de contact avec l'association d'entraide avant, pendant ou après le sevrage. Par contre, le score de *craving* à M0 était significativement plus élevé chez ceux qui avaient repris de l'alcool à M3 ($3,1 \pm 2,7$ vs $2,0 \pm 2,4$, $p = 0,02$). Enfin, les sujets bénéficiant d'un suivi médical et/ou psychologique avaient un an après le sevrage un taux d'abstinence et d'absence de rechute significativement inférieur à ceux des sujets n'en ayant pas ($0,58$ vs $0,35$, $p = 0,006$ et $0,77$ vs $0,49$, $p = 0,001$) (figure 2) alors que leur assiduité aux réunions de groupe était similaire.

Discussion et conclusion

Cette étude porte sur une population peu connue, du moins en France, celle fréquentant les mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool, notion rarement enregistrée et non prise en compte dans les essais de traitement de l'alcoolodépendance. La

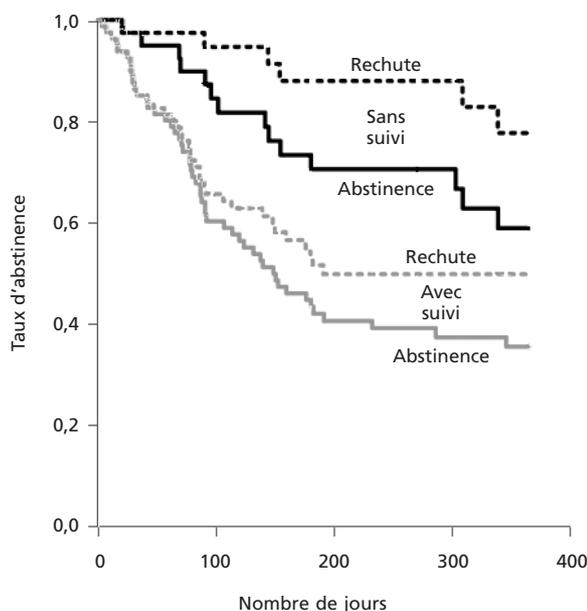


Figure 2. – Taux d'abstinence stricte (lignes pleines) et taux de rechute (lignes pointillées) selon l'existence (lignes grises) ou non (lignes noires) d'un suivi médical ou psychologique.

cohorte de patients de cette enquête n'est toutefois en aucun cas représentative de la population des personnes en difficulté avec l'alcool. Il s'agit d'un échantillon dit de convenance, certes respectant des critères d'inclusion, mais dont la sélection n'a pas répondu à un processus aléatoire. Un médiocre taux de rétention est une caractéristique des études chez les personnes souffrant d'addiction, constat effectué de longue date (14) ; avec seulement un quart des sujets perdus de vue à M3 et la moitié à M12, notre étude était plutôt dans la fourchette haute en comparaison aux données de la littérature qui évaluent à 40 % le taux de perdus de vue au 3^e mois (14). Des recommandations ont été récemment édictées pour tenter d'améliorer la rétention dans les essais (4).

Nos résultats qui s'appuient sur un suivi régulier trimestriel confirment, en accord avec d'autres (15), que la quasi-totalité des reprises d'alcool après un sevrage surviennent pendant les six premiers mois. Toutefois, une incertitude plane sur la notion de réalcoolisation et de sa durée dans le temps. En effet, notre étude, où les sujets inclus étaient suivis durant toute la durée fixée de l'enquête même s'ils avaient repris l'alcool, a permis de montrer que le retour à l'abstinence dans les trois mois suivant la rechute survient dans près de 40 % des cas. En conséquence, la directive récente de l'Agence européenne du médicament qui recommande une évaluation au 6^e et non au 3^e mois de suivi (16) pourrait être encore insuffisante et portée à 12 mois.

Le taux d'abstinents stricts à 12 mois était superposable à celui rapporté dans une étude similaire à la nôtre, menée aux États-Unis en 2001 (17), et légèrement supérieur à celle menée en Allemagne et publiée en 2007 (15). Si l'on considérait que seule la rechute, et non la réalcoolisation simple, compromettrait l'équilibre du patient, alors à 12 mois, près de six patients sur dix étaient stabilisés.

Le *craving* est depuis longtemps identifié comme un facteur pronostique de rechute (18). De fait, le score moyen de *craving* était faible à l'entrée dans l'étude, mais plus élevé chez ceux qui avaient repris l'alcool lors de l'évaluation à M3. Avec le temps, le score diminuait chez ceux restant sans alcool, probablement en rapport avec le désintérêt et/ou l'oubli progressif du produit.

Alors que les antécédents alcooliques, les modalités de sevrage, le moment de la rencontre avec le mouvement d'entraide n'étaient pas associés à la fréquence de survenue de la rechute, les patients qui bénéficiaient,

en sus du support par le groupe, d'un suivi médical ou psychologique spécifique pour leur problème d'alcool avaient un pronostic nettement plus défavorable, que ce soit en termes de rupture d'abstinence stricte ou de survenue d'une rechute. Rien ne permet pour autant d'affirmer que le suivi médical et/ou psychologique serait délétère ; il se pourrait simplement que l'existence d'un tel suivi témoigne d'une maladie alcoolique particulièrement sévère. Si cette hypothèse est vraie, ce que nous ne pouvons néanmoins pas étayer en l'absence des données nécessaires, cela signifierait que chez les sujets ayant une maladie alcoolique peu sévère, la participation aux réunions des associations d'entraide serait un moyen suffisant pour maintenir l'abstinence. L'adhésion à un mouvement d'entraide permettrait de réduire la prise en charge médicale et, de ce fait, réduire le coût des soins ainsi que suggéré par d'autres auteurs (17, 19).

Une autre explication à cette majoration du risque de réalcoolisation pourrait venir d'une dissonance entre les messages délivrés par les associations et les acteurs du soin. D'un côté, l'abstinence absolue sans discussion et, de l'autre, la réduction des risques (RdR) comme issue possible, donc une autorisation implicite du maintien d'une consommation. Tant que cette dernière est très faible, la probabilité de bascule vers la rechute est faible, mais à l'inverse, une consommation plus élevée a un devenir très aléatoire. Ces derniers résultats ayant été obtenus sur un sous-groupe de faible effectif, l'interprétation doit être prudente, néanmoins il serait pertinent d'analyser plus en détail le devenir à long terme de la consommation des patients ayant opté pour la RdR.

Les travaux menés sur l'impact de la participation à un mouvement d'entraide sur le maintien de l'abstinence concluent à des résultats contradictoires, soit aucun bénéfice (15, 20, 21) ou l'inverse (17, 22). De telles discordances entre ces travaux pourraient provenir, entre autres, de l'absence de prise en compte du paramètre "sévérité de la maladie", mais aussi de la fréquence de participation aux réunions. De fait, dans une étude menée aux États-Unis, le taux d'abstinence cinq ans après l'adhésion au mouvement d'entraide était bien plus élevé chez les plus assidus aux réunions (23). Cette variable n'a guère pu être étudiée dans notre enquête car le trop petit nombre de sujets peu assidus aux réunions ne permettait pas de réaliser une analyse comparative avec un degré de confiance suffisant.

L'auto-estimation des conduites d'alcoolisation répondait à des catégories inhabituelles pour les méthodolo-

gistes et les cliniciens, les quatre modalités proposées ayant été définies par des membres des associations d'entraide, eux-mêmes abstinentes de très longue date. La notion d'abstinence était caractérisée par le délai écoulé depuis le dernier verre au moment de l'évaluation, plus d'une semaine, même si la consommation avait été à risque au cours des trois mois précédents. La rechute répondait à une consommation toujours actuelle et quasi toujours excessive. La distinction entre consommation avec ou sans danger de rechute provenait plus de la quantité consommée, plus fréquemment excessive chez ceux en danger que chez les autres, que du délai depuis le dernier verre, qui était superposable dans les deux groupes. Trois des catégories de cette classification qui décrit au plus près le ressenti des patients pourraient correspondre à celles proposées par la Société française d'alcoologie (SFA) : abstinence pour abstinence, consommation sans risque de rechute pour usage, rechute pour usage avec dépendance (1). La consommation avec risque de rechute semble à part car la catégorie "usage à risque" de la SFA fait appel à un risque somatique, social ou psychologique, et non à l'éventualité d'une bascule vers la rechute authentique. Au-delà de ce questionnement sémantique, le fait à retenir est que dans les 12 premiers mois de suivi après l'arrêt de l'alcool, la situation est extrêmement chaotique et que les modalités d'évaluation de n'importe quelle stratégie de soins ne peuvent s'appuyer sur une évaluation unique à un seul temps.

En conclusion, l'un des éléments les plus saillants de cette étude tient au fait que les données obtenues invitent à porter un nouveau regard sur les pratiques de recherche en alcoologie. L'implication des mouvements d'entraide dans la construction et la réalisation du projet a été couronnée de succès, les accompagnants s'étant beaucoup investis dans les tâches qui leur étaient confiées (13), ainsi qu'en attestent les résultats et le taux de rétention en accord avec les données publiées. De plus, un nouveau profil de sujets en demande d'aide a émergé, ceux qui ne bénéficiaient que de l'aide du groupe pour le maintien de l'arrêt de toute consommation ; ces sujets mal connus car échappant aux filières "classiques" de soin méritent d'être d'avantage explorés. Cette recherche peut être considérée comme ayant eu un double impact pour les mouvements d'entraide : impact scientifique car, au-delà de leur rôle de militant, ils ont démontré qu'ils peuvent contribuer à la recherche ; impact politique car ils sont en mesure de revendiquer une place dans le soin en plus de celle déjà

existante en justifiant de leur action auprès de sujets qui ne fréquentent qu'eux. ■

Remerciements. – Les auteurs remercient la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et particulièrement Mme Florence Lafay-Dufour pour le soutien financier à ce projet ; Mme Magali Desforges pour son assistance technique et logistique ; tous les accompagnants membres des associations d'entraide pour leur investissement dans la conduite du projet.

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

B. Nalpas, I. Boulze, Groupe Alcool de l'Inserm
Maintien de l'abstinence dans les mouvements d'entraide
Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (3) : 191-198

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 : 5-84.
- 2 - Nalpas B, Matelak F, Martin S, Boulze I, Balmes JL, Crouzet C. Clinical management methods for out-patients with alcohol dependence. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006 ; 1 : 5-8 (<http://www.substanceabusepolicy.com/content/1/1/5>).
- 3 - Société Française d'Alcoologie. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consen-

- sus avec la participation de l'ANAES. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (2) : 109-388 (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271905).
- 4 - Witkiewitz K, Finney JW, Harris AHS, Kivlahan DR, Kranzler HR. Recommendations for the design and analysis of treatment trials for alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 ; 39 : 1557-70.
 - 5 - Benyamina A, Reynaud M. Stratégies de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement ? *L'Encéphale*. 2016 ; 42 : 67-73.
 - 6 - Rose GL, Skelly JM, Badger GJ, Ferraro TA, Helzer JE. Efficacy of automated telephone continuing care following outpatient therapy for alcohol dependence. *Addict Behav*. 2015 ; 41 : 223-31.
 - 7 - de Bejczy A, Nations KR, Szegedi A, Schoemaker J, Ruwe F, Söderpalm B. Efficacy and safety of the glycine transporter-1 inhibitor org 25935 for the prevention of relapse in alcohol-dependent patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 ; 38 : 2427-35.
 - 8 - Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014 ; 174 : 70-7.
 - 9 - Yoshimura A, Kimura M, Nakayama H, Matsui T, Okudaira F, Akazawa S, Ohkawara M, Cho T, Kono Y, Hashimoto K, Kumagai M, Sahashi Y, Roh S, Higuchi S. Efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol dependence assessed with a multicenter randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 ; 38 : 572-8.
 - 10 - Pagano ME, White WL, Kelly JF, Stout RL, Tonigan JS. The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Subst Abuse*. 2013 ; 34 : 51-9.
 - 11 - Witbrodt J, Mertens J, Kaskutas LA, Bond J, Chi F, Weisner C. Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *J Subst Abuse Treat*. 2012 ; 43 : 30-43.
 - 12 - Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 ; (3) : CD005032.
 - 13 - Boulze I, Launay M, Nalpas B. Les usagers et la recherche en alcoologie : innovation de la recherche communautaire. *Alcoologie et Addictologie*. 2016 ; 38 : 37-46.
 - 14 - Kranzler HR, Escobar R, Lee DK, Meza E. Elevated rates of early discontinuation from pharmacotherapy trials in alcoholics and drug abusers. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 ; 20 : 16-20.
 - 15 - Mueller SE, Petitjean S, Boening J, Wiesbeck GA. The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2007 ; 42 : 108-12.
 - 16 - European Medicine Agency. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. London : EMA ; 2010 (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf).
 - 17 - Humphreys K, Moos R. Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001 ; 25 : 711-6.
 - 18 - Mathew RJ, Claghorn JL, Largen J. Craving for alcohol in sober alcoholics. *Am J Psychiatry*. 1979 ; 136 : 603-6.
 - 19 - Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 ; 31 : 64-8.
 - 20 - Gossop G, Stewart D, Marsden J. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2007 ; 103 : 119-25.
 - 21 - Timko C, Moos RH, Finney JW, Lesar MD. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *J Stud Alcohol*. 2000 ; 61 : 529-40.
 - 22 - Yea Y, Kaskutas LA. Using propensity scores to adjust for selection bias when assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in observational studies. *Drug Alcohol Depend*. 2009 ; 104 : 56-64.
 - 23 - Kaskutas LA, Ammon L, Delucchi K, Room R, Bond J, Weisner C. Alcoholics Anonymous careers: patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 ; 29 : 1983-90.