

Faculté de santé publique

L'insight dans la prise en charge des patients alcoolodépendants

Mémoire réalisé par
Bamps Gwenaëlle

Promoteur(s)
Pr Nicaise Pablo

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de Santé Publique

L'insight dans la prise en charge des patients alcoolodépendants

Mémoire réalisé par :
Bamps Gwenaëlle

Promoteur :
Pr Nicaise Pablo

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier le Professeur Pablo Nicaise, qui a accepté d'être mon promoteur pour ce mémoire et pour sa disponibilité, tout au long de l'année, afin de m'aiguiller et de m'apporter de précieux conseils pour l'avancement de ce mémoire.

Je tenais également à remercier le Professeur de Timary, psychiatre aux Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles, ainsi que Madame Jacqueline Petit, infirmière en chef de l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Tous deux m'ont permis de réaliser ma collecte des données au sein de leur unité de soins et ainsi faire fleurir mon échantillon de données.

Je n'oublie évidemment pas de remercier le Docteur Laurent Joly, psychiatre au Grand Hôpital de Charleroi et responsable de l'unité d'alcoologie l'« *Étrier* » ainsi qu'Olivier Adam, éducateur spécialisé au sein cette unité d'alcoologie, qui m'ont aidé et apporté leur soutien dans la réalisation et la concrétisation de mon projet.

Merci également à tous les patients qui ont accepté de participer à mon étude et qui, grâce à leur bienveillance et leur enthousiasme, ont collaboré à la construction de mon échantillonnage. Sans eux, mon mémoire n'aurait pas lieu d'être.

Je tenais également à remercier le Professeur William D'Hoore, qui a accepté d'être mon lecteur.

Je terminerai par remercier mon compagnon, ma famille, mes amis et collègues qui ; tout au long de ces années où j'ai concilié vie privée, vie professionnelle en plus de la reprise de ce Master en Sciences de la Santé Publique ; m'ont soutenue et encouragée. Merci à eux d'avoir cru en moi.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Abréviations

AA	Alcooliques Anonymes
APA	American Psychiatric Association
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CPA	Consommation Problématique d'Alcool
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
CHU Charleroi	Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi
CUSL	Cliniques Universitaires Saint-Luc
DETA	Diminuer, Entourage, Trop, Alcool (CAGE en anglais)
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
GHdC	Grand Hôpital de Charleroi
HAIS	Hanil Alcohol Insight Scale
IBSR	Institut Belge pour la Sécurité Routière
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
LCA	Latent Class Analysis
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
SPF Santé Publique	Service Public Fédéral Santé Publique
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
URICA	University of Rhode Island Change Assessment Scale

Liste des illustrations et des tableaux

Illustration 1 : les verres standard

Illustration 2 : La roue du changement

Tableau 1 : Critères diagnostiques du « *trouble de l'usage de l'alcool* » (abus et dépendance, DSM-5)

Tableau 2 : Analyse descriptive de l'échantillon

Tableau 3 : Analyse descriptive du niveau d'insight

Tableau 4 : Analyse comparative de l'insight et des facteurs socio-démographiques

Tableau 5 : Analyse comparative des moyennes entre la consommation journalière d'alcool et l'âge, le sexe, et l'unité d'alcoologie

Table des matières

I.	INTRODUCTION	p. 1
II.	LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	p. 4
	1. L'alcool, un problème de santé publique	p. 4
	2. Quand la consommation d'alcool devient problématique	p. 4
	3. L'alcoolodépendance	p. 6
	4. Prochaska et Di Clemente (1982) : la roue du changement	p. 10
	5. L'insight	p. 12
	6. Prise en charge de l'alcoolodépendance en unités somatiques	p. 14
	6.1. Unité intégrée d'hépatologie aux CUSL	p. 15
	6.2. Unité d'alcoologie l'Étrier au GHdC	p. 16
	6.3. Isolement social et soutien émotionnel dans la prise en charge	p. 17
	7. Les facteurs socio-démographiques	p. 18
	7.1. L'alcoolodépendance, le sexe et l'âge	p. 18
	7.2. L'alcoolodépendance et le niveau d'éducation	p. 20
	8. Récapitulatif de la partie littérature scientifique	p. 20
III.	MÉTHODOLOGIE	p. 24
IV.	RÉSULTATS	p. 28
	1. Analyse descriptive de l'échantillon	p. 28
	2. L'insight	p. 30
V.	DISCUSSION	p. 33
	1. Synthèse des résultats	p. 33
	2. Interprétation des résultats	p. 34
	3. Limites et perspectives d'avenir	p. 43
VI.	CONCLUSION	p. 47
VII.	BIBLIOGRAPHIE	p. 48

VIII. ANNEXES	p. 53
Annexe I : Accord Comité d'Éthique Central	p. 53
Annexe II : Les verres standard	p. 56
Annexe III : Convention d'hospitalisation dans l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles	p. 58
Annexe IV : Contrats de l'unité d'alcoologie intégrée « L'ÉTRIER » au GHdC	p. 60
Annexe V : Questionnaire sur les facteurs socio-démographiques et calcul du niveau d'insight destinés aux patients hospitalisés en unité d'alcoologie	p. 64
Annexe VI : « Code-book »	p. 68
IX. RÉSUMÉ	p. 71

I. INTRODUCTION

Que ce soit de la bière, du vin ou des spiritueux, la consommation d'alcool est largement répandue en Belgique et peut entraîner des problèmes de santé tels que la dépendance (Service Public Fédéral (SPF), 2022). Cette dépendance peut entraîner de nombreux problèmes de santé comme la cirrhose du foie ou le cancer. Ce problème de consommation représente d'ailleurs la 4^{ème} cause de mortalité en Belgique (Conseil Supérieur de la Santé (CSS), 2018). Comme l'explique le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, 2014), un traitement adéquat peut permettre de réduire les dommages et la mortalité. Cependant, 15% des personnes présentant une dépendance à l'alcool sont diagnostiqués et seulement la moitié d'entre eux sont pris en charge (Dor, B. et al, 2019).

Afin d'amener un changement dans des habitudes de consommation ancrées, la prise en charge des patients se déroule selon un processus de motivation à travers les stades du changement (Prochaska et DiClemente, 1982), ce dernier étant en lien avec l'insight, c'est-à-dire la prise de conscience du patient de son propre trouble. Ce dernier est primordial pour amener une personne à se rendre compte de sa dépendance, de ce qu'elle peut engendrer et ce, dans le cadre de la réussite de la prise en charge du sevrage.

La prise en charge de patients alcoolodépendants se fait généralement dans des unités de soins psychiatriques. Depuis plusieurs années, des trajets de soins en alcoologie, intégrant une prise en charge du sevrage alcoolique et une prise en charge somatique, ont vu le jour. Ces unités intégrées d'alcoologie se situent dans des unités de soins classiques et non plus psychiatriques. Elles s'adressent à toutes les personnes confrontées à une dépendance à l'alcool, souhaitant s'inscrire dans un programme de prise en charge spécifique, en vue d'entamer un changement de ses habitudes de consommation (Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), 2019).

L'étude réalisée dans le cadre de mon mémoire porte donc sur le niveau d'insight des patients pris en charge dans des unités spécialisées d'alcoologie. Mon choix d'étude s'est porté sur 2 unités d'alcoologie spécifiques : l'unité d'alcoologie « *l'Étrier* » du Grand Hôpital de Charleroi et l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles.

À travers les données socio-démographiques des patients telles que l'âge, l'état civil, le lieu de résidence, le revenu, etc., et l'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme, je peux me

poser la question de recherche suivante : « *quel est le niveau d'insight des patients fréquentant deux unités spécialisées d'alcoologie et quels sont les facteurs associés à ce niveau d'insight ?* »

Pour ce faire, la première partie de mon mémoire sera consacrée à la littérature scientifique. Je passerai en revue l'alcool en tant que problème de santé publique et ce, à travers des études réalisées par Sciensano (2018), le CSS (2019) ou encore le KCE (2015).

Je parlerai ensuite des différents types de consommation d'alcool pour en venir à l'alcoolodépendance. Cela permettra de mettre en avant le principe de consommation, le calcul de « *verre standard* » et également les différents tests de dépistage en lien avec cette consommation à risque.

En troisième lieu, j'axerai ma recherche sur la dépendance à l'alcool et la notion d'addiction. Ces deux termes pouvant parfois être associés l'un à l'autre par certains auteurs. Je pourrai ainsi définir le trouble de l'usage de l'alcool tel qu'il a été décrit par le Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM-V).

Je parlerai des stades du changement, créé par Prochaska et Di Clemente (1982), axe primordial de la prise en charge d'un sevrage en terme de motivation, afin de situer le patient dans la conscientisation de son problème et de maintenir, dans le futur, une abstinence. Nous verrons également que la rechute en terme de traitement fait partie du processus à part entière et n'est pas à considérer comme un échec au traitement.

Cette motivation au changement est en lien avec le concept d'insight ou de prise de conscience d'un trouble. Ce concept associé à une étude dans le cadre de l'alcoolisme sera d'ailleurs le pilier de notre calcul du score d'insight auprès des patients en unité d'alcoologie. Je prendrai ainsi connaissance de l'échelle de l'insight dans l'alcoolisme et de sa validation en français.

Ensuite, je parlerai des différentes unités d'alcoologie qui feront l'objet de ma collecte de données auprès des patients hospitalisés pour un sevrage alcoolique : l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles et l'unité d'alcoologie l'Étrier du Grand Hôpital de Charleroi. La prise en charge de ses différentes unités est commune quant à l'objectif ciblé mais diffère quelque peu dans l'organisation et la prise en charge des patients.

Pour terminer, je ferai un tour des facteurs socio-démographiques pouvant être en lien avec l'alcoolodépendance.

La seconde partie de mon mémoire sera composée de la méthodologie utilisée ainsi que des résultats associés à mes recherches et ce, à travers la création d'un outil de collecte des données.

Mon outil comportera deux parties :

- la première reprendra 12 questions relatives aux facteurs socio-démographiques des participants ;
- la seconde sera composée de la validation en français de l'Hanil Alcohol Insight Scale (Dandaba et al, 2020) qui comprend, quant à elle, 20 questions nécessitant des réponses grâce à un score de Likert.

Après réalisation de la collecte des données durant une période impartie, les résultats seront encodés dans une base de données IBM SPSS® afin d'être analysés. Une première analyse descriptive de l'échantillon sera effectuée afin d'obtenir une tendance. Ensuite, le score d'insight des participants sera associé à leurs facteurs socio-démographiques.

Nous terminerons ce travail avec une analyse des résultats ainsi qu'une discussion. Cette dernière reprendra une synthèse des résultats obtenus avec leur interprétation, les limites mais également les perspectives envisagées.

II. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

1. L'alcool : un problème de santé publique

La consommation d'alcool est devenue quelque chose d'anodin pour la plupart des gens. Dès notre plus jeune âge, nous y sommes confrontés, que ce soit à travers un repas de famille, des publicités ou une émission télévisée, des soirées étudiantes, une sortie en ville en encore un dîner d'affaire. De plus en plus, l'alcool devient nécessaire pour s'amuser ou conclure un contrat. Cependant, les risques liés à l'alcool sont peu pris au sérieux par un grand nombre de personnes. Selon une enquête de santé réalisée par Sciensano (2018), « *l'usage de l'alcool s'est hissé à la 3^{ème} place parmi les facteurs de risque de maladie dans le monde et est responsable de 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9% des décès sur la planète* ». En ce qui concerne la Belgique, cette surconsommation d'alcool est la 4^{ème} cause de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées de 15 ans et plus (CSS, 2018). En effet, « *76,6% de la population de 15 ans et plus a consommé une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois* » (Gisle, L., 2018). Malgré le fait que le taux de consommation d'alcool passe de 82% à 77% de la population en Belgique, cette consommation reste un problème majeur de santé publique.

En 2016, suite à la demande du SPF Santé Publique, le KCE (2015) a réalisé un rapport annuel, le *KCE Report : Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool*, et s'est penché sur les raisons qui poussent les gens à user d'une consommation abusive d'alcool et mettre en avant des mesures afin de venir en aide aux personnes dans le besoin. Des campagnes de prévention, que ce soit à travers les médias ou des panneaux publicitaires, sont également mises en place pour sensibiliser la population belge (SPF Santé Publique, 2016).

2. Quand la consommation d'alcool devient problématique

De manière générale, la consommation d'alcool est associée à un moment convivial et à la détente (KCE, 2015). En effet, on peut lire dans le KCE Report 258B que « *plus de huit Belges sur dix de plus de quinze ans boivent régulièrement de l'alcool* ». Selon une enquête de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) de 2017 (Scheen, A.J., 2019) : « *le Belge serait le champion du monde de la consommation d'alcool parmi les pays étudiés* ».

La consommation d'alcool peut être nocive à différents niveaux. En effet, selon Scheen, A.J. (2019), 8% des Belges ont une consommation de « *binge drinking* », consommation qui concerne surtout les jeunes et qui s'apparente à une intoxication aiguë à l'alcool. Les profils de consommation chronique sont pourtant tout aussi délétères : 14% des Belges boivent quotidiennement, avec une moyenne de 11 verres par semaine ; 10% des Belges présentent une consommation d'alcool problématique.

Afin d'avoir une idée sur la consommation de la population, le principe de « *verres standard* » ou d'« *unité d'alcool* » a vu le jour. En fonction de la quantité et du type d'alcool ingéré, un médecin va pouvoir calculer le nombre de verres consommés par la personne et ainsi identifier le profil du consommateur. Afin d'avoir une idée de ce qu'est un verre standard, on peut se référer à l'illustration ci-dessous, que l'on peut également retrouver sur le site belge d'Aide Alcool (2012) :

Illustration 1 : Les verres standard¹



On considère qu'un verre standard équivaut à 10g d'alcool pur. L'article complet en ce qui concerne les verres standard est disponible en annexe II. Le KCE Report 258B (KCE, 2015) parle de consommation « *excessive* » d'alcool au-delà de 14 verres standard par semaine pour les femmes et 21 verres standard par semaine pour les hommes.

¹ AIDE ALCOOL (2012). *Les verres standard* [Consulté le 10/01/2022]. Disponible à l'adresse <https://aide-alcool.be/verres-standard>

Afin d'évaluer le niveau problématique de la consommation d'alcool, différents tests de dépistage sont disponibles et peuvent être réalisés par des spécialistes ou directement sur des sites de recours d'aide à la consommation d'alcool. On peut ainsi retrouver le questionnaire DETA (CAGE en anglais) qui signifie « *diminuer, entourage, trop, alcool* ». Ce questionnaire est composé de quatre questions et est adapté dans le cadre d'un repérage d'abus d'alcool et de dépendance. Le second questionnaire, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), a été créé par l'OMS et est basé sur un test d'identification des troubles liés à l'abus d'alcool. Dans les deux cas, plus le score est élevé, plus le risque d'un problème lié à l'alcool augmente et une prise en charge de la personne doit être considérée.

Dans le cas d'une consommation problématique d'alcool, certains « *traitements* » peuvent aider la personne dans le besoin afin de réduire ou stopper sa consommation. Faut-il toutefois se rendre compte qu'un problème existe afin de pouvoir demander de l'aide, raison pour laquelle la prise de conscience d'un problème est importante afin de mettre en place un traitement.

La consommation d'alcool n'est cependant pas sans conséquence. En effet, l'OMS (2018) expose le fait que l'alcool est un facteur étiologique à de nombreuses maladies telles que la cirrhose du foie, certains cancers, des traumatismes en lien avec des actes de violence ou des accidents de la route mais également, des troubles mentaux et comportementaux tels que la dépendance.

3. L'alcool-dépendance

Il est important de noter que les profils de consommation mentionnés ci-dessus doivent être différenciés de la dépendance à l'alcool. La dépendance, concerne une plus petite partie de la population et est associée à l'addiction à l'éthanol contenue dans les boissons alcoolisées. On parlera d'alcoolisme comme étant « *l'incapacité à maîtriser sa consommation d'alcool en raison d'une dépendance, à la fois physique et psychologique, aux boissons alcoolisées, de telle sorte que la consommation d'alcool persiste en dépit des ennuis de santé, des difficultés relationnelles et, éventuellement, des problèmes légaux qui y sont associés* » (Scheen, A.J., 2019).

Le gouffre de traitement associé aux patients alcoolodépendants est très important : seulement 15% des personnes alcoolodépendantes sont diagnostiquées et seulement la moitié d'entre-elles bénéficient d'une prise en charge (Scheen, A.J., 2019).

Selon certains auteurs, la dépendance peut être associée à l'addiction. Elle sera alors définie comme suit par Jean Adès (Le carnet psy, 2011) : « *l'addiction est une conduite pathologique caractérisée par l'impossibilité de ne pas consommer une substance psycho-active (la perte de la liberté de s'abstenir, par exemple, de consommer de l'alcool, disait jadis Pierre Fouquet) et la poursuite de cette consommation malgré ses conséquences négatives. Quelle différence donc avec la dépendance ? Aucune, puisque l'addiction fait référence au piège de l'assuétude, au besoin substitué au désir et au plaisir, à l'incapacité pour un sujet de moduler sa consommation ou de revenir, sans aide, à une consommation modérée et socialement intégrée ?* ».

Cependant, la limite entre les deux termes est fortement discutée. Le DSM-4, par exemple, verra plus une dépendance comme un état que seule la dimension psychologique et comportementale peut suffire à définir (Adès J., 2001). Paille F. (cité par Adès J., 2001), dit que « *la dépendance [...] reflète "un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques indiquant que l'individu poursuit l'usage de la substance malgré l'apparition de problèmes importants dus à ce comportement"* ».

Afin de diagnostiquer la dépendance, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux a établi une liste de 11 critères. Toute personne qui répond à au moins 2 des 11 critères au cours des douze derniers mois est diagnostiqué comme ayant un « *trouble de l'usage de l'alcool* ». Toujours selon la même période, si 3 critères ou plus de la liste sont présents, on peut alors parler de dépendance à l'alcool. La sévérité de la dépendance est ensuite basée sur le nombre de critères présents : légère (2 ou 3), modérée (4 ou 5) et sévère (6 ou plus).

Tableau 1 : Critères diagnostiques du « trouble de l'utilisation de l'alcool » (abus et dépendance, DSM-5)².

1. « L'alcool est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool ou efforts infructueux.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser l'alcool ou récupérer de ses effets.
4. Envie, fort désir ou besoin de consommer de l'alcool.
5. L'usage récurrent de l'alcool résulte en un manquement à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Poursuite de l'utilisation de l'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Usage récurrent de l'alcool dans des situations où il est physiquement dangereux.
9. Usage de l'alcool poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants :
 - Un besoin de quantités notablement plus grandes d'alcool pour atteindre l'effet désiré.
 - Un effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants :
 - Le syndrome de sevrage de l'alcool caractéristique.
 - L'alcool (ou une substance très proche, comme un médicament benzodiazépine tel que le Xanax (liste) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ».

Comme expliqué dans la définition de la dépendance, cette dernière est caractérisée selon deux mécanismes. Tout d'abord, la dépendance physique qui est généralement caractérisée par une accoutumance à la boisson alcoolisée. À force de consommer, l'individu commence à avoir une

² PSYCHOMEDIA (2018) Critères diagnostiques du « trouble de l'utilisation de l'alcool » (abus et dépendance, DSM-5) [Consulté le 04/03/2022]. Disponible à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2018-01-07/criteres-diagnostiques-trouble-d-utilisation-de-l-alcool>

tolérance à la boisson et va devoir augmenter progressivement sa consommation afin de bénéficier des mêmes effets apportés par l'alcool à son corps : récompense, envie irrésistible (appelée également « *craving* ») ou encore le manque (Pinto, E., 2019). Cette accoutumance va renforcer le principe de dépendance et l'individu entrera dans un cercle vicieux : plus la dépendance s'installera, plus il va devoir augmenter sa consommation et ainsi de suite.

De plus, le phénomène de manque va pousser l'individu à consommer et à être continuellement en recherche d'alcool : on parle alors de dépendance psychologique, deuxième mécanisme de dépendance à l'alcool. Ces deux éléments sont interreliés et peut faire en sorte que la personne alcoolodépendante ait du mal prendre conscience que leur consommation est problématique. C'est pourquoi l'alcoolodépendance est considérée comme une maladie chronique et expose le sujet à un risque élevé de rechute. Les personnes prédisposées à l'alcoolodépendance possèdent des mécanismes neurobiologiques communs en lien avec des facteurs génétiques spécifiques.

En effet, Pinto, E. (2019) explique que l'alcoolisation d'une personne ne se fait pas systématiquement par choix, mais plutôt par l'intermédiaire de différents neurotransmetteurs tels que la dopamine, ce qui peut alors influencer le comportement de la personne : l'alcool va avoir une influence sur la prise de décision et sur la manière d'évaluer les conséquences en lien avec ce comportement. De plus, la consommation chronique d'alcool amène, au fur et à mesure, des modifications cérébrales permanentes pour les sujets prédisposés génétiquement. Certaines personnes vont ainsi être plus vulnérables que d'autres face à l'alcool : une sévère alcoolodépendance chez les sujets masculins et anti-sociaux, un sevrage accompagné d'un délirium tremens plus sévère, une augmentation de l'intensité du « *craving* » chez les hommes.

Ces atteintes favorisent l'implication de mécanismes neurobiologiques qui risquent d'impliquer un « *craving* » plus intense et un besoin de plus en plus attractif de consommer de l'alcool, renforçant ainsi le mécanisme de dépendance. La dopamine joue également un rôle clé dans le processus d'apprentissage motivationnel des individus alcoolodépendants et augmente le risque de rechute (Pinto, E., 2019). Le concept de motivation des patients alcoolodépendants a d'ailleurs toute son importance dans le cadre d'une prise en charge et a été étudié par Prochaska et DiClemente à travers un modèle transthéorique (1982).

4. Prochaska et Di Clemente (1982) : la roue du changement

Une prise en charge thérapeutique est inévitable pour soigner une personne alcoolodépendante tout en tenant compte des atteintes cérébrales occasionnées par la consommation d'alcool et les spécificités génétiques liées à la dépendance. Les conséquences en lien avec la dépendance physique (l'accoutumance à la boisson et le besoin de consommer toujours plus) et psychologique (besoin continu de recherche d'alcool) d'un individu doivent être prises en compte dans la démarche de soins. C'est pourquoi, cette prise en charge va devoir être axée autour d'un processus clé : la motivation dans le changement des habitudes de consommation.

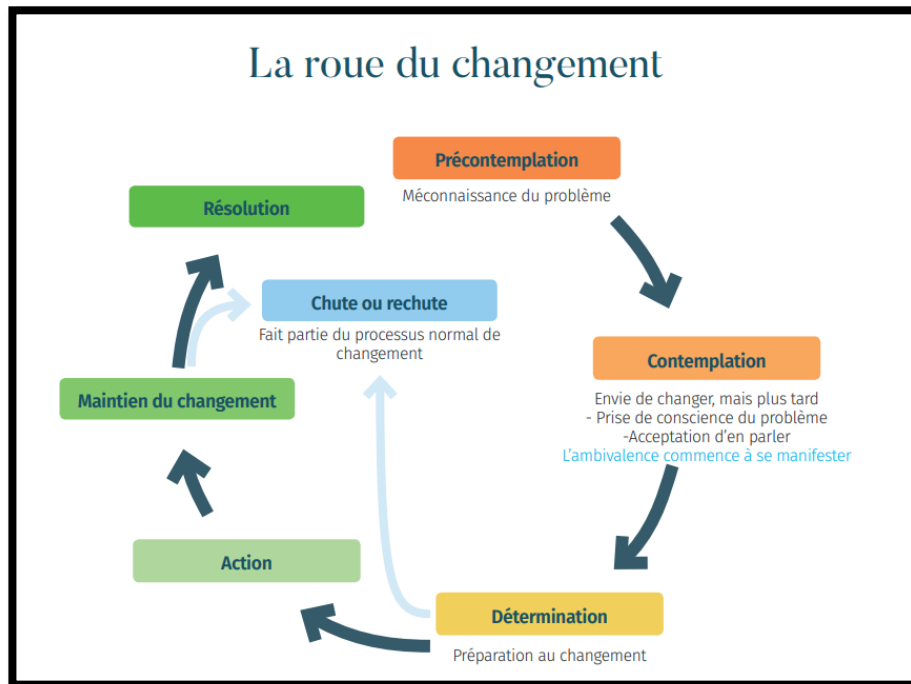
Un modèle transthéorique basé sur la roue du changement, préalablement utilisé pour les fumeurs, a été créé par Prochaska et Di Clemente (cité par De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A., Guichard, J.P., 2011). Il suggère la possibilité que les patients souffrant d'addiction passent par différents stades dans le cadre de leur prise en charge. Ces différents stades sont représentés sous forme de roue et permettent ainsi de situer le patient dans sa motivation au changement (voir illustration 2).

Dans le 1^{er} stade, qui est celui de la pré-contemplation, le sujet ne va pas se sentir concerné par le problème. Aucun arrêt n'est jugé utile selon lui. Le thérapeute va devoir utiliser la mémoire épisodique afin d'aborder les contextes qui ont poussé l'individu à consommer (Dor, B., 2019).

Arrive ensuite le 2^{ème} stade, celui de la contemplation. Dans ce stade, le sujet va penser à l'arrêt de sa consommation et prendre conscience qu'un problème existe dans ses habitudes de consommation. On va ainsi solliciter le patient afin que ce dernier soit attentif aux points négatifs de sa consommation (Dor, B., 2019).

Le 3^{ème} stade, celui de la détermination, est celui qui va préparer le sujet à la préparation au changement. Il va prendre la décision de planifier l'arrêt de sa consommation et ce stade sera suivi par celui de l'action où le sujet sera activement engagé dans son changement et stoppera la consommation. C'est généralement à ce stade qu'une rechute est fortement possible. En effet, soit le sujet maintient son abstinence et passe dans le stade de maintien du changement, soit le sujet ne maintient pas son abstinence et on parle alors de rechute. Le principe de roue permet au processus d'obtenir des rechutes fréquentes entre les différents stades, la rechute faisant partie intégrante de l'expérience, selon Christophe Lançon (2013).

Illustration 2 : La roue du changement³



Le psychiatre peut s'appuyer sur ce principe afin d'ajuster ses stratégies d'action car, on le sait tous, chaque personne est différente. Chaque patient va avoir besoin d'un temps différent pour évoluer dans son processus de changement mais également dans son processus motivationnel.

Nous l'aurons compris, le modèle transthéorique met en lumière l'importance de la prise de conscience dans le stade de contemplation : même s'il n'est pas prêt à changer dans l'immédiat, la personne alcoolodépendante reconnaît qu'il y a un problème. C'est sa motivation et sa détermination à vouloir changer qui va permettre au patient de s'impliquer dans un processus de changement des habitudes de consommation. On appelle ça la prise de conscience de son propre trouble ou encore, l'insight, qui sera expliqué dans le chapitre suivant.

De plus, la dépendance peut induire un manque de motivation qui va pousser le patient à un arrêt du traitement ou de sa prise en charge. Les atteintes cérébrales causées par la consommation d'alcool peuvent être un frein dans le processus de guérison. Cependant, en fonction de la durée d'abstinence du patient, son âge, la quantité d'alcool ingérée dans les six mois et la sévérité de son tableau initial, il est possible d'obtenir une récupération potentielle

³ GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (2018) *Trajet de soins en alcoologie, c'est pour bientôt !* [consulté le 10/10/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.ghdc.be/sites/default/files/echopital_magazine/echopital5_2018_pole_sante_mentale.pdf

de ces atteintes cérébrales (Dor, B., 2019). De ce fait, le principe de démotivation ne doit pas être pris à la légère. Cette cassure dans la dynamique de vivre concerne généralement les personnes plus âgées qui prennent conscience que leur vie disparaît peu à peu. Le principe de désir ou plaisir de vivre diminue avec l'âge. « *Les motivations des jeunes ne sont pas celles des aînés. La motivation perdurera si ses champs d'investissement restent accessibles* » (Hazif-Thomas, C. et Thomas, P., 2014).

Un article écrit par le CHU de Charleroi (2000) mise sur l'importance d'être centré sur le patient et son stade de changement afin de l'accompagner à son rythme. En effet, « *brusquer* » le patient dans son processus de changement pourrait inciter ce dernier à renoncer à son traitement et être dans le déni total de son alcoolisme. On met l'accent alors sur l'importance de pouvoir situer le patient dans son stade de changement afin de maintenir le principe de motivation du patient et de sa prise de conscience de son problème.

Il est important de noter que l'efficacité d'un traitement dépend de la capacité du thérapeute à identifier le stade de changement du patient et sa motivation, afin d'adapter le traitement le plus efficacement possible (Vilela, F.A., Jungerman F.S., Laranjeira, R., Callaghan, R., 2009).

Une échelle d'évaluation de la motivation au changement a d'ailleurs été créée par McConaughy, Prochaska, DiClemente et Velicer (1989, cités par Psychocriminologie, 2018) : University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). L'échelle se compose de 32 questions et permet ainsi de situer le patient dans son stade du changement selon le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente. Elle comprend 4 sous-échelles, composées chacune de 8 questions, évaluables selon un score de Lickert allant de 1 à 5. Chacune d'elles renvoie à un stade : celui de précontemplation, de contemplation, d'action ou de maintien. Cette échelle a d'ailleurs été validée après échantillonnage auprès d'un groupe de fumeurs.

5. L'insight

Le concept d'insight voit le jour et est défini comme tel : « *the ability of the patient to understand the cause of meaning of a situation* » (Kapan and Sadock, 1989 cité par Kim, J.S., Kim, G.J., Lee, J.M., Lee, C.S., Oh, J.K., 1998).

Une étude de Kim et al (2007) s'est d'ailleurs penchée sur le lien entre insight et motivation. Les auteurs se sont inspirés des stades du changement de Prochaska et DiClemente (1982) pour répartir les patients selon les différents stades de pré-contemplation, de contemplation et d'action. L'insight des patients au stade de pré-contemplation est généralement plus faible que pour les autres stades. En effet, l'insight a tendance à augmenter dans le cas où le patient se situe dans le stade de l'action. Des études citées par Kim et al (2007) mettent en avant le fait que les patients alcoolodépendants, possédant un bon niveau d'insight, avaient tendance à maintenir une abstinence dans le futur, par rapport aux patients ayant un faible niveau d'insight.

D'autres études vont d'ailleurs dans le même sens. On retrouve également celle réalisée par De Sousa et al (2011) : « *la motivation est un facteur fondamental dans tout changement de comportements. De nombreux patients en demande de soins sont en réalité souvent ambivalents et résistants à l'idée d'aborder un changement dans leur consommation* ». D'ailleurs, l'efficacité de l'entretien motivationnel dans le cadre de la prise en charge des patients alcooliques a été étudiée. Ce dernier s'inspire de différents concepts, dont celui des stades du changement de Prochaska et DiClemente. Dès lors, l'importance de la motivation dans la prise en charge est en lien avec le niveau d'insight des patients.

Comme expliqué dans le point 2 de ce chapitre, le questionnaire AUDIT permet d'évaluer la consommation problématique d'alcool dont fait partie l'alcoolodépendance. Une étude réalisée par Yen et al (2008, cité par De Sousa et al, 2011), fait état du lien entre les réponses obtenues à ce questionnaire et le niveau d'insight. Si on en croit les auteurs, les patients qui ont un score élevé au questionnaire AUDIT possèdent un faible niveau d'insight.

Toutes ces études ont un élément commun : l'importance de la motivation et de la prise en compte du niveau d'insight afin de modifier les habitudes de consommation des patients qui s'inscrivent dans un processus de changement. Si l'échelle d'évaluation concernant la motivation au changement (McConaughy et al, 1989, cités par Psychocriminologie, 2018) a été créée, il semble judicieux en effet de pouvoir également mesurer le niveau d'insight des personnes entrant dans un processus de prise en charge thérapeutique.

C'est d'ailleurs ce qu'on fait des chercheurs (Kim et al, 1998), qui ont développé une échelle d'évaluation de l'insight destinée aux patients souffrant d'addictions. Et même si les premières études en la matière étaient principalement centrées sur les patients ayant des troubles

psychiatriques, l'étude qui a permis de valider l'outil s'est adressée aux patients alcooliques hospitalisés. C'est ainsi que l'« *Hanil Alcohol Insight Scale* » a vu le jour. Le concept de l'échelle était d'établir des catégories en fonction des cotations obtenues. On retrouvera ainsi 3 niveaux d'insight : faible, modéré et bon. L'outil méthodologique de l'échelle sera d'ailleurs détaillé dans le chapitre suivant. Le principe de l'échelle est cependant assez simple. On considère que quelqu'un qui possède un bon insight sera en mesure d'accepter qu'il est alcoolique pourra ainsi évoluer dans son stade du changement et dans sa prise en charge en lien avec son alcoolodépendance. En fonction du niveau obtenu pour chaque patient, le médecin devra dès lors adapter sa stratégie thérapeutique.

Cet outil est le seul connu et validé dans le cadre de l'insight et de la dépendance à l'alcool. Ayant été conçu en langue coréenne à la base, il était primordial de le traduire en français et de le faire valider par une culture occidentale et non confucéenne (Dandaba, M., Ebrahimighavam, S., Langbour, N., Chatard, A., Jaafara, N., 2020).

Grâce à ces études, on sait que « *la motivation et une bonne conscience du trouble sont nécessaires pour qu'un changement de comportement soit possible* » (De Sousa et al, 2011). Ces facteurs interviennent dans la compliance de la prise en charge thérapeutique. Ces facteurs sont un premier pas dont le patient a besoin pour se décider à entamer un processus de cure en lien avec son alcoolodépendance.

6. Prise en charge de l'alcoolodépendance en unité somatique

Quand le premier pas de demande d'aide est franchi, le patient alcoolodépendant va se retrouver devant un panel de possibilités de prises en charge. En effet, en fonction des besoins de la personne ayant une dépendance à l'alcool, différentes possibilités de prise en charge existent. La plus connue étant généralement l'hospitalisation en unité de psychiatrie afin d'effectuer une « *cure* » ou, comme on l'appelle plus communément, un sevrage alcoolique.

En Belgique, de plus en plus d'hôpitaux ont décidé de mettre en place des prises en charge pour sevrage alcoolique dans des unités de soins somatiques. C'est le cas du Grand Hôpital de Charleroi et des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Avant d'être pris en charge dans une de ces unités somatiques, la personne souhaitant bénéficier d'une aide suite à sa dépendance alcoolique est conviée à un entretien avec un psychiatre afin d'évaluer les besoins

de sa prise en charge. Dès lors, le psychiatre pourra juger si la personne doit aller en unité psychiatrique ou en unité somatique. La prise en charge en unité somatique permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'éviter la stigmatisation de l'hospitalisation en psychiatrie.

Le fait de déstigmatiser l'alcoolodépendance permet de créer un lien empathique entre le thérapeute et le patient et ainsi, d'augmenter sa motivation dans le cadre de sa sollicitation au changement des habitudes de consommation. En effet, seuls 15% des patients possédant un trouble d'usage de l'alcool avec dépendance sont diagnostiqués et seulement la moitié d'entre eux bénéficient d'une prise en charge adéquate (Dor, B. et al, 2019).

6.1. Unité intégrée d'hépatologie aux CUSL

Les Cliniques Universitaire Saint-Luc de Bruxelles ont créé l'unité intégrée d'hépatologie en octobre 2003 et collaborent avec l'unité 74 qui prend en charge des patients souffrant de pathologie ORL. Le service peut ainsi accueillir 8 patients chaque semaine et a pour but de permettre une réhabilitation sociale et personnelle suite à des problèmes de dépendance à l'alcool. Une préadmission sera réalisée avec le patient qui en aura fait la demande et ce dernier rencontrera un psychiatre, un psychologue ou un gastro-entérologue afin d'établir un premier contact et de mettre en place des pistes de réflexion et d'intervention. Les membres de l'équipe de soins de l'unité d'alcoolologie se rencontre ensuite afin de discuter du « *profil* » et s'assure ainsi que le patient a sa place dans le programme de soins proposé.

Lorsque le patient est accepté en unité d'alcoolologie, sa cure va se dérouler sur trois semaines. Un contrat (disponible en annexe III) devra être signé par le patient en début d'hospitalisation.

Lors de la première semaine, le patient sera hospitalisé dans l'unité somatique du lundi au lundi et aura pour but différents objectifs : réalisation du sevrage alcoolique ; réalisation d'un bilan de santé : ECG, fibroscan, gastroscopie, EEG, échographie abdominale ; participation à différents entretiens psychologiques et psychiatriques ; rencontre avec un kinésithérapeute pour sensibilisation et mobilisation ; réunion avec les AA en collaboration avec les CUSL.

Après cette 1^{ère} semaine, le patient rentrera chez lui pour une durée de 7 jours également et sera ainsi confronté au maintien de l'abstinence. Il pourra ainsi se remettre en question et être mis

face à ses habitudes de consommation qui seront alors discutées lors de la 3^{ème} semaine de prise en charge.

Pour cette 3^{ème} semaine, le patient est de nouveau hospitalisé du lundi au lundi. Quelques examens complémentaires pourront être réalisés au besoin afin d'être approfondis et il pourra alors, à l'aide du psychiatre et du psychologue, faire part des difficultés auxquelles il a dû faire face durant sa semaine de retour à domicile et mettre en avant des pistes de réflexion et d'action afin de maintenir son abstinence. Un suivi post-hospitalier pourra également lui être proposé, s'il en ressent le besoin.

6.2. Unité d'alcoologie l'« Étrier » au GHdC

Depuis janvier 2019, un trajet de soins en alcoologie a vu le jour au sein du GHdC. Le service de gastro-entérologie accueille, en collaboration avec un psychiatre et un éducateur spécialisé, des patients, au nombre de 4, dans le cadre d'un sevrage alcoolique en unité de soins somatiques. Ce trajet de soins est disponible pour toute personne présentant un problème lié à l'alcool et qui souhaite s'impliquer dans une prise en charge pluridisciplinaire et ce, en vue de changement de ses habitudes de consommation. Avant l'hospitalisation, une préadmission est réalisée lors d'un entretien entre la personne concernée par le problème et le psychiatre. C'est à l'issue de cet entretien que l'itinéraire de prise en charge va être décidé :

- le patient sera dirigé vers l'unité de soins ou l'hôpital de jour psychiatriques ;
- le patient sera dirigé vers l'unité d'alcoologie en gastro-entérologie.

Si l'hospitalisation en unité d'alcoologie est validée par le psychiatre, le patient sera ainsi hospitalisé pour 7 jours, du lundi au lundi. Le programme a pour but de réaliser une réflexion sur la place de l'alcool au quotidien et de mettre en avant des pistes d'action permettant une vie sans alcool après l'hospitalisation. Différents contrats (disponibles en annexe IV) devront être signés lors de leur entrée dans l'unité : un règlement d'ordre intérieur, un contrat de sevrage ainsi qu'un contrat de non-violence. Durant son séjour, il sera pris en charge par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Plusieurs entretiens individuels et groupes de parole seront également réalisés durant les 7 jours en vue de réaliser le sevrage : « *mise au point du diagnostic ; mise au point du traitement ;*

suivi médico-psycho social ; soutien individuel et/ou familial ; groupes thérapeutiques ; groupes de réflexion ; groupes d'informations » (GHdC, 2018).

Un bilan somatique est également réalisé le mercredi. Il comprend un fibroscan, une gastroscopie, une échographie abdominale ainsi qu'une épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR). Cette dernière n'a lieu que dans le cas où le patient est un fumeur. Il sera alors également pris en charge par un tabacologue durant son hospitalisation. Les résultats de ses examens sont alors communiqués par le gastro-entérologue et sont en lien avec les dangers de l'alcool sur la santé. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un patient découvre, après ces examens, une cirrhose du foie ou d'autres soucis de santé.

Après l'hospitalisation, un suivi vers l'hôpital de jour psychiatrique ou vers un centre de postcure peut être proposé pour les personnes dans le besoin.

6.3. Isolement social et soutien émotionnel dans la prise en charge

La prise en charge en unité d'alcoologie peut être bénéfique car elle implique que le patient soit prêt à changer ses habitudes de consommation et également ses habitudes de vie. L'alcoolodépendance a un effet généralement nocif sur la vie d'un patient : perte d'emploi, perte d'un travail, perte de ses amis et/ou de sa famille (Playoust, D., 2009). De ce fait, la personne alcoolodépendante a tendance à s'engouffrer dans un isolement social important ou, à l'inverse, aura tendance à s'entourer d'un groupe d'amis qui consomment également (Klingemann, H, 2001).

Dès lors, l'importance de prendre en compte le soutien émotionnel du patient durant sa prise en charge est primordiale. Dans ce sens, une étude coréenne (Lee, J. Y., An, J. S., & Suh, K. H., 2021) a identifié une relation entre la motivation au changement et l'enfermement social des patients alcooliques hospitalisés. Ces résultats ont mis en avant l'importance d'un soutien émotionnel de la part de la famille des patients alcooliques hospitalisés, afin que ces derniers développent une meilleure motivation au changement dans le cadre de leur prise en charge. Ces éléments mettent en lumière une donnée importante : l'isolement social n'est pas bénéfique au patient alcoolodépendant et réduit sa motivation à changer ses habitudes de consommation.

7. Les facteurs socio-démographiques

Comme l'explique De Sousa et al (2011), l'insight et la motivation ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte dans la prise en charge des addictions. Certains facteurs socio-démographiques peuvent être considérés comme des indicateurs à la contribution de la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Selon For a Healthy Belgium (2022), la Belgique fait partie des pays européens ayant une consommation européenne supérieure à la moyenne. En 2018, 7% de la population des 15 ans et plus sont considérés comme ayant une consommation problématique.

Une partie de la population possédant une consommation problématique est dépendante à l'alcool. La consommation problématique et la dépendance sont mesurées à travers l'échelle CAGE. L'alcoolodépendance ne fait donc pas exception à la règle : rappelons que seulement 15% des patients atteints de ce trouble sont diagnostiqués (Dor, B. et al, 2019).

Dès lors, les enquêtes de santé Belges comprennent globalement des chiffres sur la consommation problématique d'alcool et non pas sur l'alcoolodépendance en elle-même. Néanmoins, certains éléments concernant l'alcoolodépendance méritent notre attention.

7.1. L'alcoolodépendance, le sexe et l'âge

Un article de Michaud, P. & Lécallier, D. (2003) met en avant un désintérêt de la société par rapport à la consommation abusive d'alcool et la dépendance des personnes âgées, par rapport à une population plus jeune. En effet, cette consommation chez les plus âgés a des conséquences moins « *importantes* » pour la société : pas d'arrêt de travail, pas de souffrance de la famille (surtout si la personne est placée en maison de repos), peu ou pas de retrait de permis, etc. Pourtant, comme le disent Michaud & Lécallier (2003) : « *on boit après soixante ans, et cela n'est pas sans conséquence* ». Même chez les personnes alcoolodépendantes, les habitudes de consommation sont différentes d'une tranche d'âge à l'autre. Une population plus jeune aura tendance à consommer de grandes quantités d'alcool, essentiellement en fin de semaine, a contrario d'une population plus âgée qui aura tendance à consommer de l'alcool, quotidiennement, dans des quantités plus réduites et ce, surtout parmi les hommes.

Il faut également noter que « *la quantité d'alcool consommée moyenne est cependant en net reflux à partir de la cinquantaine. On peut penser toutefois que cette diminution de la consommation est aussi le produit d'autres phénomènes : tout d'abord, la réduction de l'espérance de vie chez les alcoolodépendants et plus généralement chez les consommateurs excessifs joue en faveur d'une réduction de la consommation moyenne chez les personnes âgées... les plus forts buveurs étant déjà morts; certains auteurs attribuent également aux sujets âgés une plus forte tendance à minimiser l'importance de leur consommation d'alcool* » (Michaud & Lécallier, 2003). D'ailleurs, les auteurs expliquent que les femmes plus âgées ont tendance à consommer plus que les hommes plus âgés également.

On peut ainsi retenir de ces données que l'âge et le sexe jouent un rôle dans la consommation d'alcool. Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes en ce qui concerne l'alcoolodépendance. Les femmes, autrefois beaucoup plus stigmatisées que les hommes si elles buvaient, sont égales aux hommes en terme d'alcoolisme, même si, comme dit plus haut, elles sont toutefois moins concernées que les hommes (Karila, L., 2018).

Après 50 ans, la quantité d'alcool consommée est en nette diminution par rapport aux personnes de moins de 50 ans. En plus de la minimisation de la consommation d'alcool chez les plus de 50 ans et de leur réduction d'espérance de vie, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour justifier la diminution de la consommation d'alcool dans la population vieillissante. Des problèmes médicaux, un isolement social et des difficultés financières peuvent également être la cause de cette diminution (Rigler, S.K., 2000).

Le vieillissement cause des modifications physiologiques qui mènent à une moins bonne tolérance à l'alcool (Castera et al, 2014). Un taux d'alcoolémie plus important pourra être décelé dans le sang malgré une consommation moindre par rapport à un sujet adulte. La prise en charge des personnes plus âgées par rapport aux jeunes et aux sujets adultes est plus compliquée en ce qui concerne un problème de dépendance à l'alcool.

En effet, les symptômes en lien avec un trouble d'usage de l'alcool et les symptômes causés par le vieillissement sont semblables : chute, démence, dénutrition, etc. Les plus faibles consommations d'alcool peuvent également faire en sorte que le médecin passe à côté d'une dépendance chez le sujet âgé. L'utilisation d'outils de dépistage d'un trouble de l'usage de

l'alcool tels que les critères du DSM-5 (tableau 1) est primordial pour le médecin en charge des personnes vieillissantes afin de déceler une dépendance.

7.2. L'alcoolodépendance et le niveau d'éducation

Très peu de chiffres mettent en lien l'influence du niveau d'éducation sur la consommation problématique d'alcool et, de ce fait, encore moins sur l'alcoolodépendance. Cependant, l'alcoolisme est un facteur de risque élevé associé à la mortalité due à l'alcool (Probst, C., Lange, S., Kilian, C., Saul, C., Rehm, J., 2021). En effet, les inégalités socio-économiques relatives à la mortalité sont presque deux fois plus élevées en ce qui concerne l'alcool que toutes les autres causes confondues. L'éducation, ainsi que le revenu et la profession, jouent un rôle dans les inégalités socio-économiques en lien avec la mortalité due à l'alcool : les personnes ayant un niveau d'éducation faible ont un risque de mortalité attribuable à l'alcool plus élevé que pour les personnes ayant un niveau d'éducation élevé.

De plus, l'alcoolodépendance peut avoir des effets néfastes sur la santé. C'est ce que montre une étude norvégienne (Skogen, J.C., Bøe, T., Thørrisen, M.M., Riper, H., Aas, R.W., 2019). Selon eux, ces conséquences néfastes sont en lien avec les statuts socio-économiques de la population tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'emploi à temps plein, le niveau professionnel, ou encore le revenu. Les sujets de l'étude ont été répartis en 3 classes, selon leur réponses au questionnaire d'AUDIT. Les participants de la classe 3, qui comprenaient les sujets ayant un niveau de consommation élevé et une forte probabilité de déclarer des conséquences néfastes sur leur santé liées à la consommation, étaient composés d'hommes, jeunes, avec un niveau d'instruction inférieur. En effet, un statut socio-économique inférieur a tendance à favoriser un milieu néfaste en ce qui concerne les mauvaises habitudes de vie telles que la consommation d'alcool.

8. Récapitulatif de la partie littérature scientifique

Avant de passer à la partie méthodologique et aux résultats de ce mémoire, je vais passer en revue les points importants de la partie littérature scientifique.

La consommation d'alcool fait partie intégrante de notre vie à tous et est souvent banalisée. Pourtant, elle représente 5,9% des décès dans le monde (Sciensano, 2018) et est la 4^{ème} cause

de mortalité en Belgique (CSS, 2018). Les politiques de santé misent sur des plans de prévention ainsi que des plans de sensibilisation à travers les médias ou autres panneaux publicitaires. On peut clairement parler de problème de santé publique majeur.

La consommation d'alcool peut également devenir problématique et être la cause de diverses maladies importantes. On retrouve donc divers profils à risque au sein de la population dont la consommation problématique d'alcool. Cette dernière est souvent sous-estimée et mène à des problèmes plus importants : l'alcoolodépendance.

Diverses méthodes diagnostiques telles que le questionnaire CAGE, le test AUDIT ou les critères du DSM-5 permettent de déceler les profils à risque ou les troubles d'usage d'alcool et ainsi, diagnostiquer la dépendance à l'alcool. L'alcoolodépendance fait partie de la part de la population qui a une consommation problématique d'alcool. Elle est cependant parfois difficile à découvrir. En effet, seulement 15% des patients alcoolodépendants sont diagnostiqués et seulement la moitié d'entre eux sont pris en charge.

L'alcoolodépendance représente l'incapacité physique et psychologique de maîtriser sa consommation d'alcool et ce, en dépit des ennuis de santé, des difficultés relationnelles et des problèmes légaux que cette consommation peut occasionner. Ces principes de dépendance physique et psychologique vont avoir une influence sur le corps : l'accoutumance à la boisson, le manque ou le « *craving* ».

D'autres facteurs génétiques et mécanismes neurobiologiques favorisent le développement d'une dépendance à l'alcool chez les individus. En effet, certaines variations génétiques peuvent avoir une influence sur la sévérité de l'alcoolodépendance, la survenue d'effets indésirables comme le délirium tremens en cas de sevrage ou encore, l'augmentation de l'intensité du « *craving* ». De plus, la dépendance peut amener des modifications cérébrales chez les personnes prédisposées et altérer la mémoire, la mobilité et la prise de décision. Ces éléments vont compliquer la prise en charge des patients alcoolodépendants.

C'est pourquoi, la création d'outil visant l'amélioration de la prise en charge des patients alcoolodépendants ont été développés. La prise en charge des patients va s'axer autour d'un processus clé : la motivation dans le changement des habitudes de consommation : la roue du changement de Prochaska et DiClemente (1982). Ce modèle transthéorique, préalablement créé

pour les fumeurs, suggère que les patients souffrant d'addiction passent par différents stades de changement durant leur prise en charge. C'est en identifiant le stade où se situe le patient que le psychiatre va pouvoir adapter son traitement.

L'importance de la motivation dans les différents stades de changement est en lien avec l'insight, ou la prise de conscience de son propre trouble. En effet, le déni fait partie intégrante du stade de précontemplation des patients souffrant d'alcoolisme. Au plus le patient prend conscience de son propre trouble, au plus le patient peut avancer dans son processus motivationnel de changement et ainsi, maintenir une abstinence dans le futur.

Le concept d'insight suggère l'importance de la prise de conscience dans le cadre d'une prise en charge chez le sujet alcoolodépendant. Plusieurs études sont d'ailleurs d'accord sur un point : la motivation au changement et l'insight sont liés. En effet, les personnes possédant un bon niveau d'insight et un bon niveau de motivation s'inscriront plus rapidement dans les étapes de changement et pourront ainsi, maintenir une meilleure abstinence dans le futur, par rapport aux personnes possédant un faible niveau d'insight.

Si une échelle d'évaluation de la motivation au changement a été créée (McConaughy et al, 1989, cités par Psychocriminologie, 2018), il en va de même pour mesurer l'insight (Kim et al, 1998) : l'Alcohol Insight Scale. Cette échelle a d'ailleurs été traduite et validée en français (Dandaba et al, 2020). Grâce à la motivation au changement et à l'insight, le patient fait un premier pas dans une démarche de demande d'aide en lien avec son alcoolodépendance.

Suite à cette démarche, il est important de prendre en charge la personne afin de l'aider à se sevrer. Différentes structures existent et s'occupent des patients venant de leur plein gré afin d'entamer un changement dans leurs habitudes de consommation. C'est le cas de plusieurs hôpitaux, qui se sont inscrits dans un trajet de soins où la prise en charge des sevrages alcooliques peut se faire en unité somatique. C'est le cas des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles et du Grand Hôpital de Charleroi.

Le soutien émotionnel est un élément à prendre en compte dans le cadre de la prise en charge. L'alcoolodépendance a tendance à engouffrer le patient dans un isolement social nocif. Ce dernier amène généralement une diminution de la motivation au changement.

Les facteurs socio-démographiques peuvent également jouer un rôle dans l'alcoolodépendance comme le fait de sous-estimer la dépendance des personnes plus âgées par rapport aux plus jeunes ou encore, l'influence du niveau d'éducation.

L'émergence d'une question de recherche autour de l'insight m'a paru être un élément utile dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études : « *quel est le niveau d'insight des patients fréquentant deux unités spécialisées d'alcoologie et quels sont les facteurs associés à ce niveau d'insight ?* »

III. MÉTHODOLOGIE

J'ai décidé d'axer ma méthodologie vers la complétion de 2 questionnaires auprès des différents patients hospitalisés en unités somatiques durant une période définie du 1^{er} février au 30 avril 2022. Les unités somatiques choisies étaient l'unité d'alcoologie l'Étrier du Grand Hôpital de Charleroi et l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

Les critères suivants ont été pris en compte dans la sélection de l'échantillon :

- Critères d'inclusion : tous les patients volontaires, hospitalisés en unité d'alcoologie entre le 1^{er} février 2022 et le 30 avril 2022 et capables d'exprimer leur volonté.
- Critères d'exclusion : patients mineurs, patients présentant des troubles cognitifs, patients dans l'incapacité d'exprimer leur volonté.

Mon projet de mémoire a été soumis au Comité d'éthique Local des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles ainsi qu'au Comité d'éthique Central du Grand Hôpital de Charleroi. J'ai reçu l'accord favorable pour débiter ma collecte de données en date du 8 février 2022 (avis favorable disponible en annexe I).

Compte tenu de la crise due à la covid-19, ma collecte de données a été réduite. En ce qui concerne le GHdC, aucun patient n'était présent dans l'unité durant mon 1^{er} mois de collecte et ce, pour différentes causes : absences et/ou congés du psychiatre ou de l'éducateur en lien avec l'unité somatique, patients positifs à la covid-19 qui n'ont donc pas pu être hospitalisés, « *cluster* » au sein du service de soins, ce qui a reporté de nouveau les entrées prévues durant cette période selon les règlementations et les directives médicales en lien avec la covid-19. En ce qui concerne les CUSL, je n'ai pu avoir accès à l'unité intégrée d'hépatologie qu'après autorisation des visites au sein du service, accès qui m'a été délivré en date du 3 mars 2022. Je n'ai donc eu que deux mois au lieu de trois pour réaliser ma collecte des données, estimée à la base à un échantillon d'environ 80 patients, toutes unités confondues.

En ce qui concerne mon questionnaire destiné au patient, je l'ai réalisé en 2 parties. La première concernait les facteurs socio-démographiques. Afin de le créer, je me suis aidée de questionnaires préexistants. D'une part, du Formulaire TDI, délivré par le psychiatre de l'unité d'alcoologie du GHdC et, d'autre part, du questionnaire AUDIT. Grâce à ces 2 documents et

en me basant sur les facteurs socio-démographiques de la littérature scientifique, j'ai pu créer la 1^{ère} partie de mon questionnaire que vous pouvez retrouver en annexe V.

La 1^{ère} partie était composée de 12 questions et reprenait les items suivants : l'unité d'alcoologie où le patient était hospitalisé ; l'âge ; le sexe ; l'état civil ; le lieu de résidence ; le niveau d'éducation ; la situation de travail principale ; le revenu ; l'orientation vers le traitement en unité d'alcoologie ; les antécédents de traitement (cure) ; la consommation journalière d'alcool ; les antécédents familiaux en ce qui concerne une consommation problématique d'alcool.

La 2^{ème} partie de mon questionnaire est composée de l'échelle « *Hanil Alcohol Insight Scale* » (Dandaba et al, 2020). Cette échelle a été d'abord créée par des chercheurs (Kim et al, 1998) et concernait principalement des patients ayant des troubles psychiatriques. La conception de l'échelle a été réalisée avec l'objectif d'évaluer des patients alcooliques hospitalisés en Centre de traitement. Durant cette étude, 58 hommes hospitalisés dans le cadre d'une dépendance à l'alcool diagnostiquée selon le DSM-IV se sont vus réaliser l'HAIS, quelques heures après leur entrée. Le questionnaire a ensuite été de nouveau distribué et complété par 29 patients, choisis au hasard, une semaine après la première complétion. L'HAIS est ainsi composée de 20 questions. Pour chaque question, il est demandé au patient d'indiquer s'il est d'accord, incertain ou en désaccord avec l'item proposé. Les questions 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18 et 20 représentent l'évaluation d'un bon insight et bénéficient de la cotation suivante : d'accord = 2 ; incertain = 1 ; en désaccord = 0. En ce qui concerne les questions 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17 et 19, elles évaluent un insight faible et la cotation est différente des premières questions : d'accord = -2 ; incertain = -1 ; en désaccord = 0.

L'étude de Dandaba et al (2020) établit ensuite des catégories en fonction des cotations de réponses obtenues. Un faible insight comprendra toutes les cotes totales inférieures ou égales à 3. Un insight modéré reprendra, quant à lui, les cotations totales entre 4 et 15. Pour terminer, un bon insight sera représenté par toutes les cotes globales supérieures ou égales à 16. On considère ainsi que quelqu'un qui possède un bon insight sera en mesure d'accepter le fait qu'il est alcoolique. En fonction du niveau obtenu pour chaque patient, le médecin devra dès lors adapter sa stratégie thérapeutique.

Cet outil est le seul connu et validé dans le cadre de l'insight et de la dépendance à l'alcool. Ayant été conçu en langue coréenne à la base, il était primordial de le traduire en français et de le faire valider par une culture occidentale et non confucéenne (Dandaba, M., Ebrahimighavam, S., Langbour, N., Chatard, A., Jaafara, N., 2020).

Afin de valider l'échelle en version française, une étude a été réalisée et publiée dans « *Psychotropes* » par Dandaba et al (2020). Elle met en avant le fait suivi : « *le niveau d'insight aurait une incidence sur l'issue du traitement de sevrage alcoolique* ». Pour le calcul de score, le principe est totalement identique à la version coréenne de 1998.

J'ai donc utilisé l'échelle validée en français de Dandaba et al (2020), qui se trouve également en annexe V de ce mémoire, comme outil de mesure de score d'insight des patients hospitalisés dans les unités d'alcoologie. L'échelle reprenait ainsi les 20 questions du test et le patient devait y répondre par les scores de Likert suivant : « *d'accord, incertain, en désaccord* ». La cotation en ce qui concerne le calcul du score d'insight se faisait comme indiqué dans l'échelle.

La distribution du questionnaire s'est faite en version papier, de manière anonyme et sur base volontaire. Un formulaire de consentement a également été distribué aux différents participants, en 2 exemplaires : un pour eux et un pour moi. Les formulaires de consentement étaient différents pour le GHdC et pour les CUSL selon les directives reçues des 2 comités d'éthique. La version du GHdC était distribuée aux patients de l'unité d'alcoologie l'Étrier et la version des CUSL était, quant à elle, distribuée aux patients de l'unité intégrée d'hépatologie.

Toutes les données recueillies à travers les questionnaires complétés par les patients des unités d'alcoologie ont été encodées dans le programme de statistiques IBM SPSS®, en format numérique, format réalisé grâce à un « *code-book* », disponible en annexe VI).

Dans un premier temps, une analyse descriptive de l'échantillon a été effectuée afin de vérifier les tendances en terme de statut socio-démographique et des réponses apportées au questionnaire d'insight. Pour les questions 3, 7, 8 et 9, c'est une analyse descriptive de l'échantillon simplifié qui a été effectuée, compte tenu du nombre réduit de questionnaires récoltés durant la période de collecte de données. Une analyse descriptive du niveau d'insight a également été traitée.

Dans un second temps, j'ai réalisé une analyse comparative des moyennes de l'insight (variable dépendante) avec les facteurs socio-démographiques (variables de regroupement) à l'aide d'un test T de Student pour échantillons indépendants, afin d'obtenir des moyennes d'insight par rapport aux caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon. Le lieu de résidence n'a pas été inclus dans l'analyse comparative car la quasi-totalité des participants possèdent un domicile fixe. Des tests d'ANOVA ont été effectués pour les variables qui possédaient plus de 2 groupes : pour le diplôme obtenu ainsi que pour l'orientation au traitement.

Ensuite, j'ai réalisé des analyses du score d'insight par rapport aux résultats significatifs obtenus à travers l'analyse de comparaison des moyennes. Ces analyses concernent l'état civil, l'âge, le niveau d'éducation, l'orientation au traitement et la consommation journalière d'alcool. Pour ce faire, j'ai utilisé des tests de corrélation de Pearson. Tout d'abord, entre le score d'insight et variables telles que l'état civil, l'âge et la consommation journalière. Ensuite, les tests de corrélation de Pearson ont été élargis aux facteurs socio-démographiques restants repris dans le cadre du questionnaire (excepté, de nouveau, pour le lieu de résidence) et corrélé au score d'insight.

IV. RÉSULTATS

Comme expliqué dans la partie méthodologie, les résultats recueillis par les questionnaires ont été encodés dans un logiciel statistiques IBM SPSS® au format numérique, selon un code-book défini en annexe VI.

1. Analyse descriptive de l'échantillon

Au total 43 participants ont complété les questionnaires sur les 49 patients présents dans les 2 unités d'alcoologie au moment de la collecte de données, qui s'est déroulée du 3 mars au 30 avril 2022. 6 patients ont refusé de répondre aux questionnaires pour des raisons qui leur étaient propres.

Tableau 2 : Analyse statistique descriptive de l'échantillon

Variables	Valeurs	Fréquences (%)
Q1 - Unité somatique	0 = GHDC	15(34,9)
	1 = CUSL	28(65,1)
Q2 – Sexe	0 = Homme	32(74,4)
	1 = Femme	11(25,6)
Q3 – État civil	1 = Vit seul	27(62,8)
	2 = Ne vit pas seul	16(37,2)
Q4 – Âge	Age → moyenne (écart type)	48,21(11,21)
Q5 – Lieu de résidence	1 = Domicile fixe	42(97,7)
	2 = Logement variable	1(2,3)
Q6 – Diplôme obtenu	2 = Enseignement primaire	4(9,3)
	3 = Enseignement secondaire	24(55,8)
	4 = Enseignement supérieur/universitaire	15(34,9)
Q7 – Situation de travail	1 = Travaille	21(48,8)
	2 = Ne travaille pas	22(51,2)
Q8 – Revenus	1 = A un revenu émanant du travail	21(48,8)
	2 = N'a pas un revenu émanant du travail	22(51,2)
Q9 – Orientation pour le traitement	1 = Orienté par moi-même	14(32,6)
	2 = Orienté par quelqu'un d'autre	16(37,2)
	3 = Orienté par moi-même et par quelqu'un d'autre	13(30,2)
Q10 – Antécédents de traitement liés à la consommation d'alcool	0 = oui	21(48,8)
	1 = non	22(51,2)
Q11 – Consommation journalière d'alcool	Unité standard journalière → moyenne (écart type)	15,44 (7,97)
Q12 – Problèmes liés à l'alcool dans l'entourage	0 = oui	35(81,4)
	1 = non	8(18,6)
Q13 – Score d'insight	Score insight → moyenne (écart type)	9,44 (4,777)

Dans un premier temps, une analyse descriptive de l'échantillon (tableau 2) a été effectuée afin d'obtenir une tendance. L'analyse a révélé les résultats suivants : durant la période de collecte de données, nous avons recruté 43 patients, 28 aux CUSL et 15 au GHdC. Dans l'ensemble, trois quart des patients étaient des hommes, même si nous constatons que la moitié des patients de Charleroi étaient des femmes. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 48 ans.

En ce qui concerne le profil de consommation d'alcool, la consommation moyenne journalière d'alcool de l'échantillon est de 15,44 verres standard. Le score moyen d'insight de l'échantillon étudié est de 9,44. Presque la moitié des participants ont déjà suivi un traitement en lien avec leur consommation d'alcool et plus des trois quarts ont, dans leur entourage, quelqu'un qui a également un problème en lien avec l'alcool.

Tableau 3 : Analyse descriptive du niveau d'insight

Variables	Fréquences (%)
1 = Faible (<4)	4 (9,3)
2 = Modéré (entre 4 et 15)	36 (83,7)
3 = Bon (>15)	3 (7)

Afin de réaliser des test par rapport au niveau d'insight, une analyse descriptive de ces variables a été traitée (tableau 3).

L'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme a été complétée par les participants à l'étude (n=43). Les tendances en terme de niveau d'insight suivent relativement les attentes espérées en terme de complétion et en lien avec la littérature relative à l'échelle. Seules les questions 6 et 8, relative à un faible niveau d'insight, ne suivent pas la tendance : on s'attend à ce que la plupart des patients aient coché la case « *en désaccord* », mais ne l'ont pas fait. On remarque ainsi qu'un petit nombre des répondants ne sont pas conscients de leur problème et que la moitié des participants pensent qu'une certaine modération dans leur consommation pourrait résoudre leur problème.

2. L'insight

Tableau 4 : Analyse comparative de l'insight et des facteurs socio-démographiques

Insight et facteurs socio-démographiques	Moyenne (écart type)	T	p-valeur	IC95%
Unité d'alcoologie - GHDC - CUSL	10,75 (3,679) 8,67 (5,233)	1,398	0,085	[-0,927 ; 5,093]
Sexe - Homme - Femme	9,19 (4,974) 10,18 (4,285)	-0,591	0,279	[-4,393 ; 2,404]
État civil - Vit seul - Ne vit pas seul	10,37 (3,824) 7,88 (5,864)	1,692	0,049	[-0,483 ; 5,474]
Âge - > 55 ans - ≤ 55 ans	7,75 (5,459) 10,44 (4,108)	-1,838	0,037	[-5,656 ; 0,267]
Diplôme (Anova) - Primaire - Secondaire - Supérieur / universitaire	5 (3,367) 9,96 (4,398) 9,80 (5,294)	2,003 (f)	0,148	/
- Primaire / Secondaire - Primaire / Supérieur-universitaire - Secondaire / Supérieur-universitaire		-2,139 -1,703 0,101	0,021 0,053 0,460	[-9,723 ; -1,194] [-10,746 ; 1,146] [-3,014 ; 3,331]
Travail - Travaille - Ne travaille pas	8,67 (5,598) 10,18 (3,825)	-1,041	0,152	[-4,436 ; 1,425]
Revenu - A un revenu émanant du travail - N'a pas un revenu émanant du travail	9,90 (5,078) 9 (4,546)	0,616	0,271	[-2,061 ; 9,870]
Orientation du traitement (Anova) - Orienté soi-même - Orienté par quelqu'un d'autre - Orienté par soi-même et par quelqu'un d'autre	8,5 (2,955) 9,25 (6,588) 10,69 (3,66)	0,721	0,0493	/
- Orienté soi-même / quelqu'un d'autre - Orienté quelqu'un d'autre / soi-même et quelqu'un d'autre - Orienté soi-même / soi-même et quelqu'un d'autre		-0,411 -0,704 -1,718	0,343 0,244 0,049	[-4,544 ; 3,044] [-5,643 ; 2,759] [-4,820 ; 0,435]
Antécédents de traitement - Oui - Non	8,76 (5,176) 10,09 (4,385)	-0,91	0,184	[-4,279 ; 1,621]
Antécédents dans l'entourage - Oui - Non	9,26 (5,187) 10,25 (2,315)	-0,526	0,301	[-4,807 ; 2,821]

Aucun test n'a été effectué en ce qui concerne le lieu de résidence étant donné que la quasi-totalité des participants possèdent un domicile fixe.

Par rapport au tableau 4, le test a mis en avant quelques résultats significatifs en ce qui concerne l'état civil, l'âge, le niveau d'éducation et l'orientation au traitement.

En effet, le score d'insight est statistiquement différent entre les personnes qui vivent seules et celles qui ne vivent pas seules ($p=0,049$). Nous retrouvons également une corrélation de Pearson significativement négative ($p=0,049$). Les personnes vivant seules ont un meilleur score d'insight que les personnes qui ne vivent pas seules.

Le score d'insight est également statistiquement différent entre les participants ayant plus de 55 ans et ceux ayant 55 ans et moins ($p=0,037$). Une différence de 2,694 du score moyen d'insight des personnes ayant 55 ans et moins par rapport aux personnes ayant plus de 55 ans apparaît avec un IC à 95% de $[-5,656 ; 0,267]$. Plus le patient est âgé, moins bon est son score d'insight. Nous retrouvons également une corrélation de Pearson significativement négative entre le niveau d'insight et l'âge ($p=0,012$) et qui est en lien avec le test de moyenne : plus les participants sont âgés, moins bon est leur niveau d'insight.

Une différence significative est mise en avant également par rapport au score d'insight et au niveau d'éducation, uniquement en ce qui concerne l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire. Le score moyen d'insight est statistiquement inférieur de 4,958 pour l'enseignement primaire par rapport à l'enseignement secondaire ($p=0,021$). Nous n'avons pas de différences significatives pour les autres niveaux d'études.

Toujours en faisant référence au tableau 4, le score d'insight est statistiquement différent entre les personnes qui ont été orientées uniquement par elles-mêmes pour le traitement comparé à celles qui ont été orientées par elles-mêmes et par quelqu'un d'autre ($p=0,049$). Le score d'insight moyen sera donc plus élevé de 2,192 pour ceux orientés par eux-mêmes et par quelqu'un d'autre que pour ceux qui ont été orientés uniquement par eux-mêmes avec un IC à 95% de $[-4,820 ; 0,435]$.

Un test de Pearson montre qu'une corrélation significativement positive apparaît entre le niveau d'insight et la consommation journalière d'alcool ($p=0,049$). On peut observer qu'il y a de plus grands consommateurs parmi ceux qui ont un insight plus élevé.

Tableau 5 : Analyse comparative des moyennes entre la consommation journalière d'alcool et l'âge, le sexe et l'unité d'alcoologie

Consommation journalière d'alcool et sexe	Moyenne	Ecart type	T	p-valeur	IC95%
0 = Homme	14,919	8,0448	-0,707	0,242	[-7,6807 ; 3,7012]
1 = Femme	16,909	7,9587			
Consommation journalière d'alcool et âge	Moyenne	Ecart type	T	p-valeur	IC95%
- ≥ 50 ans	12,119	6,8646	-2,940	0,003	[-11,2090 ; -2,0767]
- < 50 ans	18,762	7,7505			
Consommation journalière d'alcool et unité d'alcoologie	Moyenne	Ecart type	T	p-valeur	IC95%
0 = GHDC	16,750	8,9424	0,832	0,205	[-3,0249 ; 7,2557]
1 = CUSL	14,635	7,3845			

Une comparaison des moyennes entre la consommation journalière d'alcool et les tranches d'âge a été traitée (tableau 5). On peut ainsi mettre en avant que la consommation journalière d'alcool est significativement plus élevée en ce qui concerne les moins de 50 ans par rapport aux 50 ans et plus ($p=0,003$). Nous n'avons pas de résultats significatifs en ce qui concerne le sexe et l'unité d'alcoologie.

Aucun autre résultat significatif n'est apparu en ce qui concerne les autres facteurs socio-démographiques étudiés, que ce soit à travers un test de moyenne ou via les tests de corrélation.

V. DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

À travers ce mémoire, mon objectif était de mettre en avant une possible association entre le calcul du niveau d'insight d'une population et les facteurs socio-démographiques tels que l'âge, le sexe, l'état civil, etc. A travers mon échantillon (n=43), j'ai pu mettre en avant des tendances et des résultats significatifs. Voici une petite synthèse des résultats obtenus grâce aux analyses statistiques de descriptions d'échantillon, de comparaison des moyennes et de tests de corrélation.

L'analyse descriptive a pu mettre en avant certaines tendances. Nous sommes face à une population majoritairement masculine (74,4%) et principalement issue des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles (65,1%). La majorité des femmes échantillonnées étaient cependant hospitalisées au Grand Hôpital de Charleroi (53,33%). La moyenne d'âge de l'échantillon était de 48 ans. Plus de la moitié de l'échantillon possède un niveau d'éducation moyen, relatif à l'enseignement secondaire (55,5%). La consommation journalière moyenne d'alcool des participants était de 15,44. Le score moyen de l'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme est de 9,44, soit un insight modéré selon l'HAIS. Un peu plus de la moitié des participants réalisaient leur première cure de sevrage alcoolique durant l'étude (51,2%). Plus des trois quarts des participants ont, dans leur entourage, quelqu'un qui a également un problème avec l'alcool (81,4%).

En terme d'analyse statistique, nous avons plusieurs résultats significatifs, tout d'abord en ce qui concerne le score d'insight et ensuite, en ce qui concerne la consommation journalière d'alcool.

L'analyse comparative des moyennes a montré des résultats significatifs en ce qui concerne l'état civil ($p=0,049$). Les personnes qui vivent seules ont un meilleur score d'insight que celles qui ne vivent pas seules. Cette analyse est confirmée par une corrélation significativement négative au test de Pearson en ce qui concerne le score d'insight ($p=0,049$).

Nous retrouvons également une différence significative en ce qui concerne le score d'insight et l'âge des participants. Le score d'insight des personnes ayant plus de 55 ans est moins bon que

le score d'insight des personnes ayant 55 ans et moins ($p=0,037$). Cette analyse est également confirmée par une corrélation significativement négative entre le niveau d'insight et l'âge ($p=0,012$) : plus le patient est âgé, moins bon est son niveau d'insight.

L'analyse comparative des moyennes montre également des résultats significatifs en ce qui concerne le niveau d'éducation ($p=0,021$) : le score d'insight est inférieur pour les personnes ayant un niveau d'enseignement primaire par rapport à celles ayant un niveau d'enseignement secondaire. Il en va de même pour l'orientation au traitement ($p=0,049$) : le score d'insight est plus élevé pour ceux qui ont été orientés par eux-mêmes et par quelqu'un d'autre que pour ceux qui ont été orientés uniquement par eux-mêmes.

Une corrélation significativement positive entre le niveau d'insight et la consommation journalière a également été mise en avant ($p=0,049$). La consommation d'alcool augmente en même temps que le niveau d'insight.

Une comparaison de moyenne entre la consommation journalière d'alcool et l'âge montre que les personnes ayant 50 ans et moins ont une consommation journalière d'alcool inférieure à ceux ayant plus de 50 ans ($p=0,003$).

2. Interprétation des résultats

Après cette synthèse des résultats récoltés, je vais pouvoir les interpréter et les mettre en lien avec la recherche de littérature faite dans la première partie de ce mémoire. La difficulté d'une interprétation de qualité réside dans le faible échantillonnage récolté dans les deux unités somatiques ciblées. Cependant, ces résultats peuvent malgré tout être confrontés à la littérature recueillie sur le sujet.

Il est important de noter que peu de chiffres, en ce qui concerne les patients alcoolodépendants, sont disponibles pour la Belgique. Généralement, la part des patients alcoolodépendants est comprise dans les chiffres relatifs à la consommation problématique d'alcool. Cela réside dans le fait que le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool avec dépendance est parfois difficile à poser : seulement 15% des patients sont diagnostiqués et seulement la moitié d'entre eux sont traités (Dor, B. et al, 2019). La plupart des chiffres recueillis ci-dessous concernent

majoritairement une consommation problématique d'alcool, en particulier pour l'interprétation de l'analyse descriptive.

Le score d'insight a été comparé aux moyennes des différents facteurs socio-démographiques et a également été corrélé à ses derniers. Rappelons que le score d'insight a mis en avant des résultats significatifs par rapport à l'âge, l'état civil, le niveau d'éducation, l'orientation au traitement et la consommation journalière d'alcool.

Avant de développer ce point, je compte mettre l'accent sur les résultats de moyenne obtenus en terme de score d'insight. En effet, le score moyen des participants se situe aux alentours de 9, soit un score considéré comme modéré selon l'Hanil Alcohol Insight Scale. Qu'est-ce que cela veut dire ? Comme expliqué dans la partie littérature, le concept d'insight correspond à la prise de conscience de son propre trouble (Kapan & Sadock, 1989 cité par Kim et al, 1998). La nécessité d'une prise de conscience en terme de dépendance fait partie intégrante du modèle de changement de Prochaska et DiClemente et, de ce fait, l'insight est en lien avec la motivation au changement.

Des chercheurs (Kim et al, 2007), ont d'ailleurs mis en lien l'insight et la motivation tout en s'inspirant des stades du changement et répartir ainsi les patients selon leur niveau d'insight dans les différents stades identifiés. Un niveau d'insight faible, c'est-à-dire quelqu'un qui n'a pas pris conscience de son problème, peut être représenté dans le stade de précontemplation.

Un bon niveau d'insight se situerait, selon les chercheurs, dans un stade plus avancé tel que celui du maintien du changement et permettrait d'éviter la rechute. On peut ainsi considérer que les patients possédant un insight modéré se situeraient dans le stade de contemplation ou de détermination. Afin de valider cet élément, la complétion de l'échelle d'évaluation des stades du changement (URICA) aurait été bénéfique. Cette dernière aurait pu être combinée au niveau de l'échelle d'insight, afin de s'assurer de la présence des patients dans tel ou tel stade. Sans ça, nous ne pouvons affirmer sans aucune certitude le stade exact de chaque patient dans le processus de changement en lien avec l'insight.

Le simple fait de s'inscrire dans un processus de sevrage au sein d'une unité d'alcoologie est déjà un premier pas vers le changement. Les patients ne partent pas de zéro et ont déjà fait une première démarche motivationnelle à travers leur prise en charge. Cette démarche peut venir

du patient lui-même (ce qui représente 32,6% de l'échantillon), mais également d'ailleurs. Plus du tiers des participants (37,2%) ont été orientés par quelqu'un d'autre qu'eux-mêmes pour cette hospitalisation en unité d'alcoologie : par quelqu'un de la famille ou un ami, le médecin généraliste, un centre de post-cure ou un hôpital.

Le médecin généraliste est en première ligne en ce qui concerne les soins primaires du patient. Il est d'ailleurs de son devoir d'évaluer les risques en lien avec les potentiels symptômes qu'un patient peut présenter lors d'une simple visite de routine. L'utilisation de l'échelle de CAGE leur est d'une grande utilité. Il n'est cependant pas rare qu'il soit confronté à des patients dans le déni pouvant résulter d'un mécanisme de défense (Dor, B. et al, 2019). L'importance de la création d'un lien empathique, entre lui et le patient, dans le but d'obtenir une approche motivationnelle, est primordiale.

Le fait d'être orienté par quelqu'un de la famille ou un ami montre déjà un soutien émotionnel présent dans la vie de la personne alcoolodépendante et est nécessaire dans la prise en charge. L'isolement social est d'ailleurs un élément nocif dans la démarche motivationnelle de prise en charge. Les unités d'alcoologie font généralement appel aux membres de la famille ou aux amis afin de soutenir le patient dans sa démarche de changement de ses habitudes de vie et de consommation, à condition que ces personnes ne souffrent pas elles-mêmes d'une dépendance à l'alcool. Si le soutien émotionnel est important dans la prise en charge, il n'en est pas de même pour les amitiés centrées autour de la consommation (Klingermann, H., 2001). D'ailleurs, l'étude coréenne (Lee, J.Y. et al, 2021) va dans ce sens : l'isolement social n'est pas bénéfique au patient alcoolodépendant et réduit sa motivation au changement.

De ce fait, ceux qui ont été orientés par eux-mêmes et par quelqu'un d'autre devrait posséder une meilleure motivation au changement et donc s'inscrire plus rapidement dans leur processus de changement de leurs habitudes de consommation. En effet, nos analyses statistiques vont dans ce sens : le score d'insight moyen des personnes ayant été orientées par elles-mêmes et par quelqu'un d'autre est significativement différent de celles qui n'ont été orienté que par elles-mêmes. Encore une fois, l'utilisation de l'échelle URICA combinée à l'échelle d'insight aurait pu nous servir afin de situer concrètement le patient dans son stade de changement.

A contrario, les analyses ont révélé que le score d'insight est plus élevé chez les personnes qui vivent seules (célibataire, séparé ou divorcé) et est plus faible chez les personnes qui ne vivent

pas seules (marié, cohabitant légal), que ce soit pour la comparaison des moyennes ($p=0,049$) et la corrélation par rapport au score d'insight ($p=0,049$).

Compte tenu du fait qu'une partie de l'échantillon a, dans son entourage, des personnes ayant également un problème lié à l'alcool, on peut considérer qu'il peut être difficile de prendre conscience de son propre trouble si on vit avec quelqu'un qui possède ce même trouble ou si on s'entoure d'amitiés centrées sur la boisson, comme l'explique Klingermann, H. (2001).

Dans ce genre de situation, il semblerait logique de voir les deux personnes participer au sevrage, si on veut maximiser les chances de chacun d'arriver à maintenir une abstinence dans le futur. Comme le veut le sevrage, il ne suffit pas d'arrêter de boire pour se soigner, il faut également changer ses habitudes de vie et parfois, ses fréquentations, si l'on veut s'inscrire dans un trajet de soins réussi. Ces éléments rejoignent le principe d'isolement social et de soutien émotionnel. Toutefois, ces données vont à l'encontre de l'étude de Lee, J.Y. et al, (2021) selon laquelle l'isolement social est loin d'être bénéfique et réduit la motivation du sujet alcoolodépendant à se prendre en charge.

L'élément de réponse le plus plausible suite à ces résultats réside peut-être simplement dans le fait que les personnes ne vivant pas seules n'ont pas le « *bon* » soutien émotionnel nécessaire, de la part de leur entourage, pour faire face à un changement dans leurs habitudes de consommation et de vie.

De plus, l'âge peut avoir son importance en terme d'alcoolodépendance. Mais qu'en est-il de l'âge par rapport à l'insight ? Les analyses statistiques réalisées montrent en effet une différence significative entre les participants ayant plus de 55 ans et ceux ayant 55 ans et moins ($p=0,037$). Il en va de même en ce qui concerne la corrélation entre le niveau d'insight et l'âge ($p=0,012$) : plus les participants sont âgés, moins bon est leur niveau d'insight.

Même si la consommation d'alcool est problématique au sein de notre société, elle est cependant minimisée pour les personnes plus âgées. L'article de Michaud & Lécallier (2003) met en lumière un désintérêt de la société par rapport à la consommation abusive d'alcool et la dépendance des personnes âgées. En effet, une personne âgée aura tendance à consommer de l'alcool quotidiennement, mais en plus petite quantité qu'une personne plus jeune. Si les

personnes ayant 55 ans et plus ne se sentent pas concernés par la problématique liées à l'alcool, il est en effet normal que leur niveau d'insight soit plus faible que pour les plus jeunes.

De plus, la motivation joue son rôle en terme d'insight. La démotivation peut également influencer la prise en charge en terme de déni ainsi, le patient ne prend pas conscience de son propre trouble. Plus la personne est âgée, moins elle risque de s'investir dans un processus long et laborieux comme peut l'être le sevrage d'alcool. Le psychiatre va devoir redoubler d'effort et d'empathie pour motiver le patient à prendre conscience de son propre trouble et ainsi avoir envie de changer de comportement en terme de consommation.

Cependant, ce n'est pas tout : certains facteurs doivent être pris en compte dans une population vieillissante. Plus la personne est âgée, plus elle est susceptible de développer des problèmes de santé. Même si des atteintes cérébrales peuvent diminuer la motricité, la capacité de décision ou encore la mémoire épisodique des patients alcoolodépendants, ces problèmes peuvent arriver à tout âge et une population vieillissante n'est pas épargnée. Nos résultats montrent d'ailleurs que la consommation journalière d'alcool des participants est différente entre les personnes ayant 50 ans et plus et ceux ayant moins de 50 ans ($p=0,003$). En effet, plus le patient est âgé, plus sa consommation journalière d'alcool diminue.

En effet, Rigler, S.K. (2000) explique qu'après 50 ans, la quantité d'alcool consommée diminue par rapport aux tranches d'âge inférieures. Ces éléments peuvent être justifiés, comme expliqué plus haut, par des problèmes de santé, mais également par des difficultés financières ou un isolement social. Ce dernier permet de faire le lien entre motivation, insight et âge. Les personnes isolées socialement ont un moins bon niveau d'insight et donc une moins bonne motivation au changement.

Le vieillissement cause des modifications physiologiques qui mènent à une moins bonne tolérance à l'alcool (Castera et al, 2014) : un taux d'alcoolémie plus important pourra être décelé dans le sang malgré une consommation moindre par rapport à un sujet adulte. Ces éléments permettent de justifier nos résultats selon lesquels plus le sujet est âgé, moins importante est sa consommation journalière d'alcool. La prise en charge des personnes plus âgées par rapport aux jeunes et aux sujets adultes est plus compliquée en ce qui concerne un problème de dépendance à l'alcool. En effet, les symptômes en lien avec un trouble d'usage de l'alcool et les symptômes causés par le vieillissement sont semblables : chute, démence,

dénutrition, etc. Les plus faibles consommations d'alcool peuvent également faire en sorte que le médecin passe à côté d'une dépendance chez le sujet âgé. Il est donc important pour ce dernier d'utiliser les bons outils mis sa disposition tels que les questionnaires AUDIT et CAGE afin de diagnostiquer une dépendance à l'alcool.

L'analyse entre la consommation journalière d'alcool et le niveau d'insight montre une corrélation significativement positive étonnante : le niveau d'insight augmente au même titre que la consommation d'alcool. Même si je m'attendais plutôt à une corrélation négative m'indiquant que plus le niveau d'insight est bon, moins importante est la consommation, un élément de réponse peut justifier ce résultat.

Rappelons que plus le niveau d'insight est bon, plus le patient se situe dans un stade avancé en terme de changement. On peut considérer que la rechute faisant partie du processus, elle peut être connue du patient alcoolodépendant. De plus, l'alcoolodépendance ne se fait pas systématiquement par choix et il est parfois difficile de sortir de l'engrenage et des effets nocifs apportés par l'alcool sur le corps. En effet, l'alcoolodépendance expose le sujet à un risque élevé de rechute en lien avec la dépendance physique et psychologique qu'elle induit. Le sujet va, à force de consommer, avoir une accoutumance à la boisson, ce qui va considérablement augmenter sa consommation et ainsi, combler son « *craving* » et le manque (Pinto, E., 2019). À partir du moment où un patient s'inscrit dans un processus de cure, au fur et à mesure de son processus et avant le sevrage réel, il est possible que son insight augmente au même titre que sa consommation, afin de contrer les effets de manque et d'accoutumance à la boisson.

Une différence significative de moyenne montre que le score d'insight est moins bon pour les personnes possédant un niveau d'éducation faible (enseignement primaire) par rapport à ceux qui possèdent un niveau moyen (enseignement secondaire). Très peu de chiffres sont disponibles à ce sujet. Cependant, la prévalence en terme de consommation problématique d'alcool est en constante évolution entre les différents niveaux d'éducation (Gisle, L., 2018). Elle passe de 2,1% pour les personnes issues de l'enseignement primaire et monte à 9,8% pour les personnes issues de l'enseignement supérieur. Ces résultats sont également confirmés par l'enquête de santé For a Healthy Belgium (2022) mais ne relève pas de l'alcoolodépendance.

Toutefois, une étude norvégienne (Skogen, J.C., 2019) met en avant le fait que l'alcoolodépendance peut avoir un effet néfaste sur la santé et ce, à travers le statut socio-

économique : un niveau d'instruction inférieur favorise un milieu néfaste en ce qui concerne les mauvaises habitudes de vie en terme de consommation. Et si le changement des habitudes de consommation fait partie intégrante de la prise en charge des alcoolodépendants, le lien entre le score d'insight faible et le niveau d'éducation faible peut alors être justifié.

Ensuite, l'analyse descriptive de l'échantillon a mis en avant une dominance masculine en terme de consommation problématique d'alcool. En Belgique, 9,5% de la population masculine ont déjà déclaré avoir une consommation problématique d'alcool (For a Healthy Belgium). En ce qui concerne l'alcoolodépendance en Belgique, 6,3% des hommes sont concernés ainsi que 2,3% des femmes (Dor, B. et al, 2019).

Pendant de nombreuses années, les études sur l'alcool concernaient principalement les hommes. Cependant, l'évolution de la société a commencé à prendre en compte le genre. Comme expliqué par Beck, F., Legleye, S., De Peretti, G. (2006), les hommes consomment plus de boissons alcoolisées que les femmes et ce, en de plus grandes quantités également. Plusieurs éléments peuvent être mis en avant pour justifier cet écart de genre. Tout d'abord, notre société « *impose* » un comportement familier et naturel à l'homme. Il n'est d'ailleurs pas rare pour un homme de devoir consommer de l'alcool durant un dîner d'affaire afin d'obtenir un contrat, par exemple. On parle alors d'« *alcool mondain* ». L'homme va justifier sa consommation de normale, même si cette dernière est problématique ou a pu le mener à une dépendance. Il sera d'autant plus compliqué pour cette personne de se rendre compte de son propre trouble quand la consommation devient une norme sociétale.

Contrairement à l'homme, il est plus difficile pour une femme d'avouer qu'elle consomme. En effet, en terme de considération sociétale, la femme est représentée comme étant sobre et féminine (Beck et al, 2006). Ces éléments peuvent justifier l'écart de genre en terme de consommation problématique d'alcool et être corrélés avec les données recueillies au sein de notre échantillonnage mais également au sein des enquêtes de santé Belge sur la consommation d'alcool. Même si les femmes étaient plus vite stigmatisées que les hommes autrefois (Rigler, S.K., 2000), le tendance chance et l'industrie de l'alcool le prouve à travers la création de boissons alcoolisées plus sucrées et fruitées.

La moyenne d'âge de la population étudiée étant de 48 ans, on retrouve cependant une différence entre la moyenne d'âge des patients hommes (46 ans) et femmes (54 ans). Comme

l'explique l'enquête de santé Belge (For a Healthy Belgium, 2022), les femmes sont plus enclines à avoir une consommation problématique d'alcool dans la tranche des 55-64 ans. Les femmes ont une consommation problématique au début de leur vie (15-24 ans). Cette consommation diminue dans les tranches d'âge suivantes et remonte progressivement pour atteindre son maximum à 55-64 ans. Ces éléments peuvent être justifiés par la découverte de la boisson dès le plus jeune âge, que ce soit à travers des fêtes, à l'université, des sorties entre amies, etc. Dans les tranches d'âge suivantes, la femme est susceptible de devenir mère et de s'occuper de ses enfants, même si cela paraît très stéréotypé. Divers organismes tels que l'OMS, le SPF Santé Publique ou encore les hôpitaux mettent en place des campagnes de prévention afin de prévenir des risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement. Ces campagnes peuvent réduire les risques en terme de consommation problématique d'alcool chez la femme, contrairement à la consommation de l'homme qui est la plus élevée dans ces tranches d'âge.

Les spécificités régionales peuvent jouer un rôle mais ces données doivent être traitées avec prudence. Tout d'abord, parce que la collecte des données a été perturbée suite à la crise de la covid-19. En effet, je n'ai pas eu accès aux Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles durant mon premier mois de collecte. Ensuite, aucun patient n'a été hospitalisé durant plusieurs semaines au Grand Hôpital de Charleroi, suite à l'absence du psychiatre et/ou de l'éducateur spécialisé, patients ayant contracté la covid-19 ou cluster au sein de l'unité de soins. De plus, il est important de noter que la prise en charge dans les deux unités somatiques n'est pas tout à fait la même et ce, en terme de personnel soignant. L'équipe médicale et pluridisciplinaire de Saint-Luc est beaucoup plus importante comparée à l'équipe du Grand Hôpital de Charleroi où seul un psychiatre s'occupe de l'unité, avec l'aide d'un éducateur spécialisé. Si un de ces derniers est absent, aucun patient ne peut être admis durant la semaine, contrairement aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. En effet, si un des psychiatres est absent, un second prend le relais afin d'avoir continuellement des patients hospitalisés en unité d'alcoologie.

Il en va de même pour le pourcentage de femmes hospitalisées au sein du GHDC (53,33%) contrairement aux CUSL (10,72%). L'enquête de santé (Gisle, L., 2018) mettait en avant une prédominance féminine à Bruxelles par rapport à la Wallonie. Cependant, je pense qu'il faut également prendre en compte les résultats que j'ai obtenu avec prudence.

Les réponses aux questionnaires m'ont permis d'identifier la consommation journalière d'alcool des participants : cette dernière est d'environ 15 verres standard d'alcool par jour (16,9

pour les femmes et 14,9 pour les hommes). On peut dans ce cas clairement identifier une consommation problématique d'alcool, confirmée par la présence des patients en unité d'alcoologie et donc, souffrant d'alcoolodépendance.

Cette consommation, légèrement dominante chez les femmes, peut être mise en parallèle de l'article de Michaud & Lécallier (2003) : les femmes plus âgées ont tendance à surconsommer par rapport aux hommes. En effet, je rappelle que la moyenne d'âge des femmes était de 54 ans et cette dernière confirme la tendance. De plus, Kalika, L. (2018) explique la tendance des femmes à être plus libres par rapport à l'alcool grâce à une déstigmatisation de la société : les femmes deviennent égales aux hommes en terme d'alcoolisme. Encore une fois, les sociétés de boissons alcoolisées s'adaptent en créant des boissons plus sucrées et fruitées destinées aux femmes.

Dans le cadre de mon questionnaire, j'ai posé la question afin de savoir si les participants avaient déjà participé à une cure ou un traitement en lien avec leur problématique d'alcool. Un peu plus de la moitié des participants (51,2%) effectuait leur premier sevrage alcoolique. Pour les autres, une ou plusieurs cures avaient déjà été effectuées et parfois, abandonnées. Selon Prochaska et DiClemente, créateurs du modèle transthéorique du changement, un patient alcoolodépendant passe par différentes phases dans le cadre de son processus de cure. Ces stades, en lien avec la motivation au changement, passe par la précontemplation (méconnaissance du problème), la contemplation (prise de conscience du problème), la détermination (préparation au changement), l'action (réalisation du changement) et le maintien du changement. Après le stade de maintien, deux possibilités s'offrent au patient : soit il arrive dans un stade de résolution de son problème, soit il passe par un stade de rechute. Il est donc important de prendre en compte que la rechute fait partie intégrante du processus, tout au long des différents stades, et est en lien avec la prise en charge effectuée dans le cadre d'un sevrage alcoolique en unité somatique. Il n'est donc pas rare de voir des patients revenir après une rechute ou qui ont déjà participé à un programme de cure dans le cadre d'une consommation problématique d'alcool.

Une attention particulière peut toutefois être portée à l'analyse descriptive de la complétion de l'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme. Comme expliqué dans la synthèse des résultats, l'analyse descriptive de l'échelle suit relativement la tendance en lien avec les attentes de la complétion de l'échelle en terme de bon insight et de faible insight, excepté pour les

questions 6 – « *je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un buveur à problème* » et 8 - « *je ne peux pas me passer d'alcool* ». Ces questions, qui permettent de mesurer un faible niveau d'insight, tendraient à ce que les participants répondent « *en désaccord* ». Compte tenu du fait que les participants sont dans leur première semaine de cure et donc de sevrage, il semble en effet logique qu'ils ne puissent pas encore se passer d'alcool.

J'ai cependant été interpellée par à la question 7 – « *je suis alcoolique* ». Le score d'insight de la seule personne ayant répondu qu'elle était en désaccord avec l'affirmation était de 7, c'est-à-dire un niveau d'insight modéré. Selon son niveau d'insight, on peut considérer que le patient se situe dans un stade déjà avancé de son changement et pourrait se situer dans le stade de contemplation ou de détermination de la roue du changement. Ce stade et le niveau d'insight voudraient que le patient ait pris conscience de son problème et soit prêt à le changer. Cependant, ne pas considérer qu'on est alcoolique en entrant dans une prise en charge de sevrage montre une mauvaise prise de conscience du problème. On pourrait supposer que le patient n'a pas répondu de manière objective aux questions de l'échelle mais a plutôt répondu de manière à obtenir des résultats « *attendus* », montrant ainsi une bonne volonté dans son traitement. C'est un élément que je compte en effet développer dans le point suivant, les limites de ce mémoire.

3. Limites et perspectives d'avenir

Qui dit mémoire, dit indéniablement limites. En effet, la première réside dans la difficulté d'interprétation des résultats en lien avec le faible échantillonnage obtenu. Il n'est pas évident d'obtenir des résultats probants sur une collecte des données si réduite et surtout, qui s'est déroulée dans un temps imparti également très serré. Malgré tout, je ne suis pas sans rien et j'ai pu, avec l'aide de mon promoteur, réaliser les tests nécessaires à l'obtention de résultats significatifs.

La réalisation d'un mémoire ne donne malheureusement pas le temps ni les moyens nécessaires à une plus grande collecte de données. Afin d'obtenir de meilleurs résultats, il aurait été plus judicieux pour moi d'élargir ma collecte des données à la Belgique et dans d'autres unités d'alcoologie que les deux sélectionnées au préalable. De plus, une durée beaucoup plus longue de collecte aurait été fructueuse. Ces éléments m'auraient permis d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population belge.

Dans le cadre de ma recherche scientifique, j'ai également mis en avant l'URICA, échelle de mesure de la motivation dans les stades du changement. Afin d'appuyer mes résultats de score d'insight et de pouvoir identifier le stade où se situe le patient dans sa prise en charge, il aurait été intéressant de l'inclure dans mon questionnaire destiné aux patients. En effet, ce mémoire m'a permis de savoir que motivation, insight et stade de changement vont ensemble et qu'il est vital de les inclure dans la prise en charge des patients se présentant pour un sevrage alcoolique au sein des unités somatiques.

De plus, je m'attendais à une meilleure distribution de l'insight auprès des patients. Or, j'ai finalement obtenu un pourcentage majoritaire d'insight modéré (83,7%) comparé à un insight faible (9,3%) et bon (7%). Mon but principal était de réaliser mes analyses statistiques sur le niveau d'insight et non pas sur le score d'insight, comme j'ai dû finalement le faire, faute de moyens.

Il aurait également été intéressant de réaliser une étude longitudinale afin de tester le niveau d'insight des participants après la cure. C'était d'ailleurs ma première idée de mémoire, mais le timing et l'insécurité au niveau de la crise covid m'ont obligée à changer mes plans en terme de recherche. Cependant, je pense que le sujet reste malgré tout très intéressant et que l'application de l'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme, au sein des unités de soins somatiques, en début de cure et après un certain laps de temps, pourrait permettre une meilleure adaptation du traitement au sein de ces mêmes unités. Comme expliqué dans la partie littérature, la prise en charge médicale des patients est primordiale et les stratégies d'action vont dépendre du patient et de sa motivation au changement ainsi que de sa prise de conscience de son problème. L'importance de mesurer le niveau d'insight pendant et après la cure ne peut qu'être bénéfique, autant pour le soignant que pour le soigné.

La crise de la covid-19 a clairement été une limite à la réalisation de mon mémoire. J'ai été confrontée à une incertitude totale durant plusieurs semaines quant à la possibilité de réaliser ma collecte des données. D'une part, via le Grand Hôpital de Charleroi. En effet, chaque semaine, les patients qui devaient être hospitalisés étaient reportés : cluster, positif à la covid, absence du personnel. Ce n'est qu'à partir du 2 mars 2022 que j'ai pu commencer ma collecte. D'autre part, via les Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles. Les visites aux patients étant interdites, il me fallait une autorisation pour accéder à l'unité de soins, autorisation que

j'ai finalement obtenue en date du 3 mars 2022. Heureusement, les choses ont pu se débloquer début mars mais ma collecte de données a été impactée d'un mois.

Le choix de réaliser des questionnaires m'a paru intéressant afin de réaliser une étude quantitative dans le cadre de mon mémoire. J'ai également fait le choix de ne pas utiliser de questionnaire « informatisé ». Même si, à l'ère du numérique, presque tout le monde possède un smartphone, je pense que privilégier le papier permet de mettre tout le monde sur un même pied d'égalité. L'utilisation d'internet ou du smartphone est parfois difficile pour certains et pas seulement pour les plus âgés.

Cependant, il est évident que la complétion du questionnaire par le patient peut impacter la compréhension des questions par rapport à des interviews. En effet, la manière de répondre d'une personne n'est pas identique à celle d'une autre personne. Même si, en ce qui concerne le questionnaire sur les facteurs socio-démographiques, les questions étaient claires, courtes, précises et étaient issues d'autres questionnaires validés, il n'en demeure pas moins que tous les participants n'ont potentiellement pas la même faculté de compréhension.

Ce constat se fait également en ce qui concerne la complétion de l'échelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme. Une interprétation différente des questions par les participants peut fausser les résultats, même si, compte tenu d'une validation scientifique de l'outil, il y ait peu de chance que cela se produise. On peut par exemple prendre le cas de la question 10 – « *je déteste la personne qui m'a hospitalisé* ». Un bon nombre des participants m'ont affirmé, après complétion et réception du questionnaire, que cette question n'avait pas de sens car il n'allait pas se détester eux-mêmes. Leur remarque m'interroge donc et je me dis : « *si quelqu'un les avait fait hospitaliser, le détesterait-il ?* ». J'aurais pu donc ajouter une partie qualitative à ma réflexion en interrogeant les patients sur la manière dont ils ont abordé les questions de l'échelle. C'est quelque chose qui n'était pas mesuré à travers le questionnaire.

Le constat concernant les items de l'échelle m'a également interpellé pour la question 7 – « *je suis alcoolique* ». Tous patients hospitalisés pour sevrage alcoolique est alcoolique. Je m'attendais à 100% de réponses allant dans ce sens et je me suis trompée. Ce constat confirme l'importance de la prise de conscience de son propre trouble dans le cadre de la prise en charge des patients. On peut se poser les mêmes questions pour l'item 11 – « *je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool* ». De nouveau, il n'y a pas de prise de conscience

du trouble liée à la consommation d'alcool et l'intérêt de connaître le niveau d'insight et de pouvoir ainsi se situer dans la prise en charge des patients peut être bénéfique autant pour le patient que pour le psychiatre.

Le choix d'associer les facteurs socio-démographiques des participants à leur niveau d'insight n'a pas non plus été évident en terme d'échantillonnage. Même si j'ai pu par la suite simplifier les variables de mon questionnaire à l'aide d'IBM SPSS®, il aurait peut-être été mieux, dès le départ, de réduire le nombre de réponses possibles aux questions. Cela m'aurait fait gagner un temps précieux en terme d'analyse statistique.

Il est également important de noter que les associations statistiques que j'ai réalisées sont trop faibles pour être probantes, malgré leur significativité. Comme on nous l'a si souvent expliqué au cours de statistiques, plus l'échantillon est grand, plus il est représentatif de la population et plus il peut être analysé en tant que tel. Les résultats obtenus pour mon mémoire sont comparés à la littérature scientifique mais ne sont pas représentatifs de la population belge.

VI. CONCLUSION

L'alcoolodépendance est reconnue en terme de problème de santé publique en Belgique et elle n'est pourtant pas suffisamment diagnostiquée. La prise de conscience de cette addiction est primordiale dans la prise en charge des patients. Cette consommation d'alcool, souvent anodine dans notre quotidien, peut cependant causer de graves problèmes de santé.

La prise en charge des patients alcoolodépendants est axée autour de la motivation au changement et de la prise de conscience du trouble de l'usage de l'alcool. Ces éléments sont nécessaires pour inscrire le patient dans un processus de changement et le mener vers une nouvelle vie d'abstinent. Cette prise en charge n'est pas toujours facile. En effet, l'alcoolodépendance est une maladie chronique, caractérisée par une dépendance physique et psychologique, pouvant causer des problèmes de santé altérant par exemple la prise de décision et pouvant avoir une causalité génétique. La prise en charge est d'autant plus importante, c'est pourquoi des unités d'alcoologie sont créées afin de soigner les patients alcoolodépendants.

A travers mon mémoire, mon objectif était de calculer le niveau d'insight, ou la prise de conscience d'un trouble des patients alcoolodépendants et de voir si certains facteurs socio-démographiques pouvaient y être associés. L'étude multicentrique prospective interventionnelle réalisée au sein des unités d'alcoologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc de Bruxelles et du Grand Hôpital de Charleroi n'a pas eu un échantillon suffisamment significatif pour obtenir de nombreux résultats probants mais des tendances significatives se sont dessinées par rapport à l'état civil, l'âge, l'orientation au traitement, la consommation journalière d'alcool et le niveau d'éducation.

Je pense cependant que le sujet reste intéressant à approfondir. Et si c'était à refaire ? Je pense qu'un meilleur échantillonnage ainsi qu'une collecte de données à plus large échelle permettraient peut-être d'avoir des résultats probants à avancer sur le sujet. L'URICA pourrait également être ajouté à mon questionnaire afin de situer le patient dans son stade motivationnel et ainsi pouvoir faire le lien être insight et motivation au changement.

VII. BIBLIOGRAPHIE

ADÈS, J. La place de l'alcoolisme parmi les addictions. [Version électronique]. *Le Carnet PSY*, Le Carnet PSY, 2001, 61 (1), p. 14 à 15. <https://doi.org/10.3917/lcp.061.0014>

AIDE ALCOOL (2012). *Les verres standard* [Consulté le 10/01/2022]. Disponible à l'adresse <https://aide-alcool.be/verres-standard>

AUTOMESURE (2021). Questionnaire AUDIT (dépendance à l'alcool). [Consulté le 19/12/2021] Disponible à l'adresse : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html.

BECK, F., LEGLEYE, S., DE PERETTI, G. L'alcool donne-t-il un genre ? [Version électronique]. *Travail, genre et sociétés*. 2006, 15 : 141-160. doi : <https://doi.org/10.3917/tgs.015.0141>

CASTERA, P. ET AL. Personnes âgées et consommation d'alcool [Version électronique]. *Alcoologie et addictologie*. 2014, 36(1) : 61-72.

C.H.U. DE CHARLEROI. Le déni: un symptôme de l'alcoolisme [Version électronique]. *Revue de la Médecine Générale N*, 2000, 170, 58.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. *Risques liés à la consommation d'alcool*. Bruxelles, 2018. [Consulté le 17/08/2021] Avis n°9438. Disponible sur le site du Conseil Supérieur de la Santé : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf

DANDABA, M., EBRAHIMIGHAVAM, S., LANGBOUR, N., CHATARD, A., JAAFARI, N. Echelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme : validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) [Version électronique]. *Psychotropes*, De Boeck Supérieur, 2020, 26 (4), 87-113.

DE SOUSA, C., ROMO, L., EXCOFFIER, A., GUICHARD, J.P. Lien entre motivation et insight dans la prise en charge des addictions [Version électronique]. *Psychotropes*, De Boeck Supérieur, 2011, 17 (3-4), 145-161.

DOR, B., PAQUET, E., ORBAN, T., DUBOIS A.F., SCHMETS, A., PITCHOT, W. Prise en charge du mésusage de l'alcool avec dépendance par le médecin généraliste. *Rev Med Liège* (2019) ; 74(5-6) : 287-293.

FOR A HEALTHY BELGIUM (2022). *Determinants of health : Alcohol use*. [Consulté le 13/02/2022]. Disponible à l'adresse <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/alcohol-use>

GISLE, L. *Consommation d'alcool : enquête de santé 2018*. Bruxelles, 2018. [Consulté le 17/08/2021]. Disponible sur le site de Sciensano : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AL_FR_2018.pdf

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI (2015). *Formulaire TDI : Registre belge de l'indicateur des demandes de traitements en matière de drogue ou d'alcool (Version hôpitaux 3.0)*, GHDC 2692 (22/12/2015), p. 1 à 5.

GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (2018) *Trajet de soins en alcoologie, c'est pour bientôt !* [consulté le 10/10/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.ghdc.be/sites/default/files/echopital_magazine/echopital5_2018_pole_sante_mentale.pdf

GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (2018) *Unité d'alcoologie*. 2018 [consulté le 17/08/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ghdc.be/centres-specialises/unite-dalcoologie>.

HAZIF-THOMAS, C. ET THOMAS, P. La démotivation de la personne âgée [Version électronique]. *Soins gérontologie*. 2014, 109(19) : 9-12. doi : 10.1016/j.sger.2014.06.004

Karila, L. Les hommes et les femmes sont égaux devant l'alcool. [Version électronique]. *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool: Comprendre et sortir de la dépendance*. 2018, Paris: Le Cavalier Bleu, pp. 39-46.

KIM, J.S., KIM, G.J., LEE, J.M., LEE, C.S., OH, J.K. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism [Version électronique]. *J Stud Alcohol*. 1998, 59(1) : 52-5. doi: 10.15288/jsa.1998.59.52.

KIM, K.M., KIM, J.S., KIM, G.J., KIM, S.S., JUNG, J.G., KIM, S.M., PACK, H.J., LEE, D.H. The Readiness to Change and Insight in Alcohol dependent Patients [Version électronique].

Journal of Korean Medical Science 2007; 22(3): 453-458. doi:

<https://doi.org/10.3346/jkms.2007.22.3.453>

KLINGENMANN, H. (2001). L'alcool et ses conséquences sociales : la dimension oubliée.

[Consulté le 23/06/2022]. Disponible à l'adresse :

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/239444/E76239.pdf

LANÇON, C. (2013). 5. Les stades du changement [Version électronique]. *Conduites addictives et processus de changement*. Montrouge: John Libbey Eurotext. p. 35-40

Lee, J. Y., An, J. S., & Suh, K. H. The Double Mediating Effect of Social Isolation and Emotional Support on Feelings of Entrapment and Motivation for Recovery among Korean Alcoholic Inpatients. *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18(9), 4710. doi : <https://doi.org/10.3390/ijerph18094710>

MICHAUD, P. & LÉCALLIER, D. (2003). Risque alcool chez les plus âgés : Difficultés liées au repérage. *Gérontologie et société*, 26(105), 89-99. doi :<https://doi.org/10.3917/gs.105.0089>

MISTIAEN P. ET AL. (2015) *KCE Report 258B : Synthèse : Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool ?* [Consulté le 17/08/2021].

Disponible sur le site du KCE :

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_258B_consommation_problematique_alcool_Synthese%20%281%29.pdf

MISTIAEN P. ET AL. (2014) *Traitement médicamenteux ambulatoire de la dépendance à l'alcool chez l'adulte* [Consulté le 20/06/2022]. Disponible à l'adresse :

<https://kce.fgov.be/fr/traitement-medicamenteux-ambulatoire-de-la-dependance-a-lalcool-chez-les->

[adultes#:~:text=Consommation%20abusiv%20d'alcool&text=d%C3%A9clarent%20qu'en%20Belgique%2C%201,de%20morbidity%20et%20de%20mortality%20A9](https://kce.fgov.be/fr/traitement-medicamenteux-ambulatoire-de-la-dependance-a-lalcool-chez-les-adultes#:~:text=Consommation%20abusiv%20d'alcool&text=d%C3%A9clarent%20qu'en%20Belgique%2C%201,de%20morbidity%20et%20de%20mortality%20A9)

PAILLOT, C.M., INGRAND, P., JAAFARI, N. Pertinence clinique du calcul d'un score global à l'échelle de Conscience des Troubles Mentaux (SUMD) [Version électronique]. *Annales Médico-Psychologies, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (7), pp.459. 10.1016/j.amp.2011.06.015. hal-00789288

PINTO, E. L'alcool-dépendance : Une prise en charge efficace est réellement possible. *Rev Med Liège* (2019) ; 74(5-6) : 294-299.

PINTO, E. Mécanisme neurobiologiques de l'alcool-dépendance. *Rev Med Liège*, 2019, 74(5-6), p. 274-280.

PLAYOUST, D. Un darwinisme social : l'alcool et les inégalités. *Après-demain*, 2009, 10(NF), p. 10-13. <https://doi.org/10.3917/apdem.010.0010>

PROBST, C., LANGE, S., KILIAN, C., SAUL, C., REHM, J. The dose-response relationship between socioeconomic deprivation and alcohol-attributable mortality risk—a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* (2021) 19 : 268. doi : <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02132-z>

PSYCHOCRIMINOLOGIE (2018) *URICA : Échelle d'évaluation de la motivation au changement* [Consulté le 15/06/2022]. Disponible à l'adresse <http://psychocriminologie.free.fr/?p=4663>

PSYCHOMEDIA (2018) *Critères diagnostiques du « trouble de l'utilisation de l'alcool » (abus et dépendance, DSM-5)* [Consulté le 04/03/2022]. Disponible à l'adresse <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2018-01-07/criteres-diagnostiques-trouble-d-utilisation-de-l-alcool>

RIGLER, S.K. Alcoholism in the elderly. *Am Fam Physician*, 2000, 61(6) : p. 1710-1716. PMID: 10750878.

SCHEEN, A.J. L'alcool, problème de santé publique : De la consommation hédonique à la déchéance physique et psychologique. *Rev Med Liège* (2019) ; 74(5-6) : 237-240.

SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL (2022). *Santé : Risque de l'alcool* [Consulté le 20/06/2022].

Disponible à l'adresse :

https://www.belgium.be/fr/sante/vie_saine/drogues_et_dependances/alcool

SKOGEN, J.C., BØE, T., THØRRISEN, M.M., RIPER, H., AAS, R.W. Sociodemographic characteristics associated with alcohol consumption and alcohol-related consequences, a latent class analysis of The Norwegian WIRUS screening study [Version électronique]. *BMC Public Health* (2019) 19:1364. doi : <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7648-6>

SPF SANTÉ PUBLIQUE (2016). *Alcool*. 2016[Consulté le 10/01/2022]. Disponible à l'adresse <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/alcool-et-tabac/alcool>

STREEL, S ET AL. La consommation d'alcool : De l'épidémiologie à la prévention. *Rev Med Liège* (2019) ; 74(5-6) : 241-247.

TOUSSEUL, S. La psychothérapie des addictions. [Version électronique]. *Psychothérapies, Médecine & Hygiène*, 2020, 40 (4), p. 247 à 258. <https://doi.org/10.3917/psys.204.0247>

VERS UNE BELGIQUE EN BONNE SANTÉ (2022) *État de santé : Inégalités dans les déterminants de santé* [Consulté le 31/05/2022]. Disponible à l'adresse

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante/inequalities-hd-fr>

VILELA, F.A., JUNGERMAN, F.S., LARANJEIRA, R., CALLAGHAN, R. The transtheoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects. *Braz J Psychiatry*. 2009 Dec;31(4):362-8. doi: 10.1590/s1516-44462009005000010

VIII. ANNEXES

Annexe I : Accord du Comité d'éthique Central



Soumission TFE_Avis

CETH-DO-022

Version 04
Approuvée le 27-06-2021
Page 1 sur 3

Comité d'Ethique 010

Sites :

- CPJ Albert Frère
- IMTR
- Notre Dame
- Reine Fabiola
- Sainte-Thérèse
- Saint-Joseph

Adresse du Comité d'Ethique :

Rue Marguerite Depasse 6
6060 GILLY

e-mail :

comite.ethique@ghdc.be

Téléphone :

071/10.52.56

Membres :

Dr Gillard L. (présidente)

Dr Cambier E.
Dr Druet P.
Mme Dujardin L.
Mme Lecocq M.
Dr Pencu E.
Mme Pendeville D.
Dr Petit J.
M. Swartenbroeckx V.
Dr Van De Vyvere A.
Me Van Gysegem J-M

Membres invités:

Mme Camberlin E.
Mme Demaret I.
Mme Genette A.
Dr Kock S.

www.ghdc.be

GRAND HÔPITAL de CHARLEROI

Siège social :
rue Marguerite Depasse 6
6060 Gilly

SAINT-JOSEPH
Rue M. Depasse 6
6060 Gilly

NOTRE DAME
Grand Rue 5
6000 Charleroi

SAINTE-THERÈSE
Rue Thieu Kaisin 134
6061 Montignies/Sambre

REINE FABIOLA
Av. du Centenaire 73
6061 Montignies/Sambre

IMTR
Rue de Villiers 1
6280 Loverval

CPJ C.-A. FRÈRE
Rue de Nalinnes 650
6301 Marcinelle

Avis du Comité d'Ethique

!! Ce document doit être complété et fourni en version numérique uniquement (WORD) !!

A compléter par le Comité d'Ethique	
Référence interne GHdC	G1-2021-TFE010
Numéro Unique Belge (NUB)	B0102021000010

A compléter par l'étudiant / investigateur	
Référence de l'étude (Ex : TFE kiné NOM PRENOM)	TFE Bamps Gwenaëlle
Titre de l'étude	Le niveau d'insight dans la prise en charge des patients alcoolodépendants
ETUDIANT(E)	
Nom et prénom	Bamps Gwenaëlle
Adresse	Rue de la Briqueterie, 1B/4, 6280 Gerpinnes
Numéro de téléphone	0474/21.07.26
E-mail	gwenaellebamps@hotmail.com gwenaelle.bamps@ghdc.be gwenaelle.bamps@student.uclouvain.be
PROMOTEUR	
Nom et prénom	Nicaise Pablo
Fonction	Chargé de cours invité, chercheur qualifié
Numéro de téléphone	02 764 32 68
E-mail	Pablo.nicaise@uclouvain.be
REFERENT GHdC	
Nom et prénom	Joly Laurent
Fonction et service	Psychiatre – JA2
Numéro de téléphone	071/10.99.54.
E-mail	Laurent.joly@ghdc.be

Liste complète des documents soumis au Comité d'Ethique		
A compléter par l'étudiant / investigateur		
Document	Version	Date
TFE_Bamps Gwenaelle_Questionnaire Type GHDC	03	27/06/2021
TFE_Bamps Gwenaelle_Protocol	/	22/12/2021
TFE_Bamps Gwenaelle_Modèle DIC étude interventionnelle	02	29/01/2019
TFE_Bamps Gwenaelle_Attestation Couverture Assurance	/	06/12/2021
TFE_Bamps Gwenaelle_Questionnaire Patients	/	22/12/2021
TFE_Bamps Gwenaelle_Avis du Comité d'éthique	04	27/06/2021
TFE_Bamps Gwenaelle_Accusé de Réception	03	26/06/2021

+ Modifications reçues le 02/02/2022 suite à l'avis temporaire

L'avis du Comité d'Ethique n'engage pas sa responsabilité.

La responsabilité de l'investigateur reste entière. Il incombe aux chercheurs d'informer le Comité d'Ethique du suivi des études entreprises (arrêt, publications, SUSAR, ...).


Aucun participant ne peut être inclus dans une expérimentation avant que le Comité d'Ethique n'ait donné son avis favorable écrit au projet.

Le Comité d'Ethique déclare qu'il est composé et exerce ses activités d'une manière conforme aux bonnes pratiques de la recherche et selon la législation en vigueur. La Composition du Comité d'Ethique et la liste des membres ayant participé à la délibération concernant cette étude se trouve ci-dessous.

Dans le cadre de sa mission de rendre des avis sur les protocoles d'expérimentation humaine qui lui sont soumis, le Comité d'Ethique veille au respect de la confidentialité et de la sécurité des données des patients concernés conformément au Règlement européen 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel et la ou les lois nationales applicables. A cette fin, le Comité d'Ethique sollicite l'aide et l'avis du Délégué à la Protection des Données (DPO – Data Protection Officer) de l'Institution hospitalière concernée.

Le Comité d'Ethique déclare qu'aucun membre n'ayant un intérêt dans l'étude ou un lien privé ou personnel avec l'investigateur n'a participé à la délibération concernant cette étude.

Comités d'Ethique concernés
Les comités suivants ont été interrogés concernant les aspects 4,6 et 7 et ont donné leur réponse dans le délai légal prévu :
1/ Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire UCLouvain

A compléter par le Comité d'Ethique
Décision du Comité d'Ethique rendant l'avis <input checked="" type="checkbox"/> UNIQUE / <input type="checkbox"/> LOCAL
Date de l'avis : 08/02/2022
<input checked="" type="checkbox"/> Le Comité d'Ethique a émis un avis favorable.
<input type="checkbox"/> Le Comité d'Ethique a émis un avis favorable sous les réserves suivantes :
<input type="checkbox"/> Le Comité d'Ethique a émis un avis temporaire. Les remarques ci-dessous doivent être prises en compte pour l'obtention d'un avis favorable.
<input type="checkbox"/> Cette étude n'est pas recevable d'un point de vue éthique.
Signature du/de la Président(e) ou délégué(e) :
 COMITE D'ETHIQUE HOSPITALIER Présidente Dr. L. GILLARD Vice-présidente Dr. F. HUBERT Agrégation : D10 ³ Contact secrétariat Grand Hôpital de Charleroi 6, rue Marguerite Depasse 6060 GILLY Tél.: 071/10.52.56 - Fax : 071/10.43.31 comite.ethique@ghdc.be

Annexe II : Les verres standard

AIDE ALCOOL (2012). *Les verres standard* [Consulté le 10/01/2022]. Disponible à l'adresse <https://aide-alcool.be/verres-standard>

Les verres standard

La plupart des boissons alcoolisées et des mélanges de boissons alcoolisées ont leur propre verre standard.

- Ainsi, un verre standard de bière, de vin ou de spiritueux contient la même quantité d'alcool pur, soit environ 10 grammes.
- Lorsqu'ils sont servis de manière professionnelle, il en est de même pour les apéritifs (sherry / porto), pour les cocktails et les mélanges de boisson (par exemple rum-coca).



Autres teneurs en alcool

Cependant, d'autres quantités sont servies avec des teneurs en alcool différentes. Il est donc difficile d'évaluer avec précision la quantité d'alcool absorbée. Voici quelques estimations :





bière spéciale
33cl
6,5%



bière spéciale
33cl
8%



bière spéciale
33cl
10%



alcopop
par ex. Smirnoff Ice
33cl
5%



blaster
par ex. Wodka Redbull
20cl
10%



shooter
0,20cl
20%



mélange de boissons
par ex. breezer
27,5cl
5,6%




Bouteille de vin
75cl
12%



spiritueux
100cl
35%

Annexe III : Convention d'hospitalisation dans l'unité intégrée d'hépatologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc

 Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES	UIH_convention d'hospitalisation patient	93
		Date d'application : 18/02/2019
PSYCHIA- FORM-002	2.0	

CONVENTION D'HOSPITALISATION DANS L'UNITE INTEGREE D'HEPATOLOGIE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT LUC

Cette unité a pour fonction une évaluation générale et interdisciplinaire de la problématique alcoolique : les circonstances de la consommation et ses répercussions sur le corps.

L'hospitalisation est conçue comme une succession de deux séjours d'une semaine, séparés d'une semaine de retour à domicile et de ré exposition aux conditions de vie habituelle.

Les hospitalisations ont lieu du lundi au lundi.

Un bilan internistique et neurologique est réalisé lors de la **première semaine d'hospitalisation**, ainsi qu'une première rencontre avec le psychologue et le psychiatre et, éventuellement, un membre de l'entourage. Un sevrage sera également réalisé pendant cette première semaine, si nécessaire. S'il le souhaite, le patient peut également demander le passage d'une assistance sociale.

La **semaine de retour à domicile** a pour fonction de permettre au patient d'être confronté à nouveau aux circonstances dans lesquelles il consomme, et d'en prendre note pour pouvoir en rediscuter lors de la deuxième semaine d'hospitalisation.

Au cours de la **deuxième semaine d'hospitalisation**, quelques examens complémentaires seront peut-être nécessaires pour achever le bilan internistique, neurologique ou neuropsychologique. Cette deuxième semaine sera cependant essentiellement consacrée à la rencontre des psychologue et psychiatre avec qui sera discutée l'instauration d'une stratégie de maintien de l'abstinence.

Les conclusions générales du bilan seront également communiquées lors de cette deuxième semaine d'hospitalisation.

REGLEMENT

Durant tout votre séjour, il vous est demandé avec insistance de respecter strictement les points suivants :

- A l'entrée, le patient doit remettre à l'équipe soignante tout médicament, drogue ou produit toxique en sa possession.
- Pas de violence vis-à-vis des autres patients ou du personnel.
- Pas d'introduction ou d'utilisation d'alcool, de médicament ou de substances illicites durant l'hospitalisation.
- Par respect pour les autres patients, il n'est pas permis de fumer dans les chambres. Cependant, vous ne pouvez quitter l'unité de manière prolongée (maximum une demi-heure) et vous devez impérativement prévenir une infirmière de votre départ. Il est interdit de quitter l'unité entre 23h et 8h00.
- Le soir, les médicaments doivent être pris devant les infirmières à 22h00.

En cas de non-respect d'un de ces points, une discussion avec le médecin, un membre de l'équipe et le patient aura lieu afin de déterminer si la poursuite du séjour est possible. Si ce n'est pas le cas, le patient devra quitter le service dès que possible. Un délai, à convenir lors de la sortie, devra s'écouler entre une interruption de séjour et une éventuelle réadmission.

Tout patient peut exiger l'interruption du séjour et sa sortie. Il s'engage néanmoins à ne pas quitter le service lors d'un week-end (du vendredi soir au lundi matin) et à annoncer au moins 12 heures à l'avance son intention d'interrompre l'hospitalisation afin de permettre un entretien avec le médecin responsable.

D'autre part, il vous est demandé de rester le plus souvent possible dans votre chambre pour avoir l'occasion de rencontrer les membres de l'équipe. Les sorties à l'extérieur de Saint Luc ne sont pas permises pour des raisons d'assurance et de cohérence du projet d'abstinence. Enfin, l'hospitalisation est destinée à remettre en question les habitudes de boisson. Il vous sera donc demandé de limiter le contact avec l'extérieur durant les séjours hospitaliers pour permettre cette réflexion. Par ailleurs il peut être imposé par l'équipe infirmière, à tout moment de l'hospitalisation, un test permettant de mesurer le dosage en éthanol.

Cette convention d'hospitalisation porte sur une durée de deux semaines.

Première semaine	Deuxième semaine
Duau.....	Du.....au.....

Au cours de votre séjour, nous vous demandons :

- de vous habiller en civil pendant la journée ;
- de prendre vos repas aux heures de distribution des plateaux, et de débarrasser vos plateaux dans le chariot repas ;
- de faire votre lit tous les matins et de garder un ordre correct dans votre chambre ;
- le lundi de votre sortie, votre chambre devra être libérée pour 10 heures au plus tard afin de permettre son nettoyage pour les hospitalisations du jour.

Fait à Bruxelles en double exemplaire, le

Le patient,

Pour l'équipe

Recherche

Dans le cadre de l'Université, notre but est également de poursuivre des recherches dont la fonction est d'améliorer les connaissances de la problématique alcoolique. On vous proposera peut-être de participer à une recherche. Vous êtes libre de refuser, sans que cela ait la moindre conséquence sur la manière dont vous serez soigné.

Annexe IV : Contrats de l'unité d'alcoologie intégrée « L'ÉTRIER » au GHdC



Vignette patient

GHdC 3499 (29/01/19)

Unité d'Alcoologie Intégrée « L'ÉTRIER »

REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR

1. La prise en charge est personnelle et strictement individualisée tenant compte de la situation particulière de chaque patient.
2. Le patient hospitalisé respecte le présent R.O.I.. Il doit participer au programme thérapeutique dans lequel il s'est inscrit.
3. Il est strictement interdit, de consommer ou de conserver de l'alcool, des boissons énergisantes, des médicaments autres que le traitement prescrit et toutes autres substances jugées illicites au sein de l'établissement.
4. Il est strictement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments.
5. Le patient s'engage à avoir un comportement adéquat durant son séjour. L'équipe se réserve le droit de qualifier d'adéquats ou non ces comportements.
6. Visites :
 - les visites se font tous les jours de 14 à 19h.
 - le programme dans lequel s'est inscrit le patient étant obligatoire, il lui est demandé de prévenir ses visiteurs de son planning. Les visites ne seront pas autorisées lors des groupes ou ateliers prévus dans ledit programme.
 - les visites peuvent être interdites ou interrompues par l'équipe lors de comportements inadéquats de la part du visiteur (imprégnation, agressivité, introduction de substances jugées illicites, incitation à la consommation,...)



7. Projet d'hospitalisation :

En intégrant ce programme d'hospitalisation spécifique, le patient a pris conscience lors de son entretien de pré-admission du rôle actif qui lui est demandé durant son séjour. Cette implication peut être soumise à évaluation en fonction de laquelle la durée de l'hospitalisation pourra être revue.

8. Chambres :

Il est interdit au patient de se rendre dans une chambre autre que la sienne durant toute la durée de son séjour et ce quel qu'en soit le prétexte. Le patient sera le seul garant de la tenue de sa chambre. Il lui est demandé de la gérer de façon responsable et respectueuse. La détention de produits alimentaires périssables doit se faire en bon père de famille sans quoi elle pourra être strictement interdite par l'équipe soignante.

9. La conduite automobile :

Elle est fortement déconseillée durant la toute durée de l'hospitalisation. L'institution, le corps médical et l'équipe soignante se déchargent de toute responsabilité en cas d'accident de la route lors du séjour hospitalier.

10. Usage de matériel multimédia.

Leur utilisation devra se faire en bon père de famille et dans le respect du fonctionnement du service ainsi que des autres patients. De façon systématique, leur utilisation sera interdite lors des groupes ou ateliers prévus dans le programme. En cas de non respect du cadre, l'équipe pourra alors mettre ledit matériel sous clef jusqu'à la fin de l'hospitalisation. Il est strictement interdit de prendre des photos/des vidéos durant le séjour, que ce soit des patients, du personnel ou des bâtiments.

11. Chacun veillera au respect et à l'intégrité d'autrui

Tout manquement à ces conditions peut donner lieu à une fin immédiate de l'hospitalisation après concertation de l'équipe.

Le service se décharge de toute responsabilité en cas de vol, de perte, de dégradation, de prêt, ou d'échange d'argent ou de matériel (quel qu'il soit).

Fait à Charleroi, le

Le patient

Pour l'équipe



Vignette patient

GHdC 3498 (29/01/19)

Charleroi, le.....

CONTRAT DE SEVRAGE

Afin de réduire au minimum l'inconfort provoqué par ce sevrage, il sera fait usage d'accompagnement et de soutien de type médicamenteux et autres.

Tout patient peut, sauf contordre médical, exiger l'interruption du contrat et sa sortie en signant sa décharge.

Dans la mesure du possible, le patient s'engage toutefois à prévenir l'équipe de son intention de quitter le programme et rompre son contrat dès que possible de façon à pouvoir garantir une bonne organisation du service. Les sorties exigées seront d'emblée reportées si la demande est faite la nuit ou la week-end.

Du coté de l'hôpital, le contrat pourra être résilié en cas de :

- violence vis-à-vis de toute personne se trouvant dans l'enceinte de l'institution
- introduction ou utilisation d'alcool, de drogues ou de médicaments dans le service
(en cas de suspicion, l'équipe se réserve le droit d'objectiver la présence ou non de substances jugées illicites dans les effets personnels du patient en sa présence)
- incitation à la consommation (discours, attitudes,...)
- non respect du cadre hospitalier propre au programme spécifique dans lequel le patient s'est engagé.

Pendant le séjour, des dosages sanguins et urinaires pourront être réalisés. Un délai d'un mois devra s'écouler entre une interruption de contrat et une éventuelle réadmission.

Le patient

Pour l'équipe

Nom :

Prénom :



Vignette patient

GHdC 3497 (29/01/19)

CONTRAT DE NON VIOLENCE

Charleroi, le.....

Le patient s'engage sur l'honneur et pendant toute la durée de son hospitalisation à ne pas provoquer et/ou poser d'actes de violences tant verbales que gestuelles :

- vis-à-vis de lui-même
- vis-à-vis des membres du personnel
- vis-à-vis de toute personne se trouvant dans l'enceinte de l'institution

Une sortie définitive et immédiate peut être d'application en cas de non respect de ce contrat.

Le patient

Pour l'équipe

Nom :

Prénom :

Annexe V : Questionnaire sur les facteurs socio-démographiques et calcul du niveau d'insight destinés aux patients hospitalisés en unité d'alcoologie

Partie I : facteurs socio-démographiques

Veillez répondre aux questions suivantes (une seule réponse possible par question sauf contre-indication).

1. *Dans quelle unité somatique êtes-vous hospitalisé(e) ?*
 - Unité d'alcoologie l'Étrier au Grand Hôpital de Charleroi
 - Unité intégrée d'hépatologie aux Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles

2. *Sexe*
 - Homme
 - Femme
 - Inconnu

3. *Quel est votre état civil ?*
 - Célibataire
 - Marié(e)
 - Divorcé(e)
 - Veuf/veuve
 - Séparé(e)
 - Cohabitant(e) légal(e)

4. *Quel âge avez-vous ?*
 - _____ ans

5. *Au cours de ces 30 derniers jours, où résidez-vous la plupart du temps ?*
 - Dans un domicile fixe
 - Dans des logements variables
 - Dans la rue
 - En institution
 - En prison
 - Dans un autre type d'endroit : _____
 - Inconnu

6. *Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?*
 - Aucun
 - Enseignement primaire
 - Enseignement secondaire
 - Enseignement supérieur/Université
 - Autre : _____
 - Inconnu

7. *Au cours de ces 30 derniers jours, quelle a été votre situation de travail principale ?*

- Emploi régulier
- Emploi occasionnel
- Au chômage
- Écolier/étudiant/en formation
- Incapacité de travail
- Homme/femme au foyer
- Pensionné/prépensionné
- Autre : _____
- Inconnu

8. *Au cours de ces 30 derniers jours, quelle a été votre source de revenus principale ?*

- Salaire/revenus du travail
- Allocation de chômage
- Bourse d'études
- Indemnité maladie ou d'invalidité
- Revenu minimum ou aide du CPAS
- Allocation familiale (liée au enfants)
- Pension de retraite ou de survie
- Aucun revenu propre
- Autre : _____
- Inconnu

9. *Quelle est la personne ou l'institution qui vous a orienté pour suivre ce traitement-ci ?*

- Moi-même
- Quelqu'un de ma famille
- Un ami
- Un médecin généraliste
- Un centre pour toxicomanes (ambulante ou résidentiel)
- Un hôpital (général ou psychiatrique)
- Un autre service médical ou psychosocial
- La police / la justice / le tribunal d'application des peines
- Autres : _____
- Inconnu

10. *Avez-vous déjà suivi auparavant un traitement pour des problèmes liés à votre consommation d'alcool ?*

- Oui
- Non

11. *Combien de verre contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?*

- _____

12. *Avez-vous, dans votre entourage, des personnes qui ont eu un problème lié à une consommation abusive d'alcool ?*

- Oui, le(s)quel(s) : _____
- Non

Bibliographie :

AUTOMESURE (2021). Questionnaire AUDIT (dépendance à l'alcool). [Consulté le 19/12/2021]
Disponible à l'adresse : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html.

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI (2015). Formulaire TDI : Registre belge de l'indicateur des demandes de traitements en matière de drogue ou d'alcool (Version hôpitaux 3.0), GHDC 2692 (22/12/2015), p. 1 à 5.

Partie II : Echelle Hanil d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme (HAIS)

Instructions : Veuillez lire les questions suivantes attentivement puis choisir la réponse qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Incertain	En désaccord
1. Ma consommation d'alcool me cause beaucoup de problèmes.			
2. Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.			
3. Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de boire.			
4. Ma consommation d'alcool ne pose pas de problème aux membres de ma famille.			
5. J'ai été hospitalisé à cause d'une consommation excessive.			
6. Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un buveur à problème.			
7. Je suis alcoolique.			
8. Je ne peux pas me passer d'alcool.			
9. Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.			
10. Je déteste la personne qui m'a hospitalisé.			
11. Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool.			
12. Lorsque je commence à boire, je ne peux plus m'arrêter.			
13. J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de boire.			
14. Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation d'alcool.			
15. Ma seule consommation d'alcool ne devrait pas justifier mon hospitalisation.			
16. La consommation d'alcool m'a enlevé des choses importantes.			
17. Me traiter d'alcoolique n'a pas de sens.			
18. Vivre sans alcool est le seul moyen de me sauver de ce désastre.			
19. Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduits à boire.			
20. J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.			

Bibliographie :

DANDABA M., EBRAHIMIGHAVAM S., LANGBOUR N., CHATARD A., JAAFARI N. Echelle d'évaluation de l'insight dans l'alcoolisme : validation de la version française du questionnaire Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) [Version électronique]. *Psychotropes*, De Boeck Supérieur, 2020, 26 (4), 87-113.

Annexe VI : « Code-book »

Tableau partie I du questionnaire : facteurs socio-démographiques

Nom des variables	Libellé	Code
ID	Code identification patient	/
Q1	Unité somatique	0 = GHDC ; 1 = CUSL
Q2	Sexe	0 = Homme ; 1 = Femme
Q3	État civil	1 = Célibataire ; 2 = Marié ; 3 = Divorcé ; 4 = Veuf ; 5 = Séparé ; 6 = Cohabitant légal
Q3_simp	État civil – simplifié	1 = Vit seul (célibataire, divorcé, veuf, séparé) ; 2 = Ne vit pas seul (marié, cohabitant légal)
Q4	Âge	/
Q5	Résidence	1 = Domicile fixe ; 2 = Logement variable ; 3 = Dans la rue ; 4 = En institution ; 5 = En prison ; 6 = Autre
Q6	Diplôme obtenu	1 = Aucun ; 2 = Enseignement primaire ; 3 = Enseignement secondaire ; 4 = Enseignement supérieur/universitaire ; 5 = Autre
Q7	Situation de travail	1 = Emploi régulier ; 2 = Emploi occasionnel ; 3 = Au chômage ; 4 = Écolier/étudiant/en formation ; 5 = Incapacité de travail ; 6 = Homme/femme au foyer ; 7 = Pensionné/pré-pensionné ; 8 = Autre
Q7_simp	Situation de travail – simplifiée	1 = Travaille (emploi régulier, emploi occasionnel) ; 2 = Ne travaille pas (au chômage, en incapacité de travail, pensionné/pré-pensionné)
Q8	Revenus	1 = Salaire/revenus du travail ; 2 = Allocation de chômage ; 3 = Bourse d'études ; 4 = Indemnité maladie ou d'invalidité ; 5 = Revenu minimum ou aide du CPAS ; 6 = Allocations familiales (liées aux enfants) ; 7 = Pension de retraite ou de survie ; 8 = Aucun revenu propre ; 9 = Autre
Q8_simp	Revenus – simplifiés	1 = A un revenu émanant du travail (salaire/revenu du travail) ; 2 = N'a pas de revenu émanant du travail (indemnité maladie ou invalidité, allocation de chômage, pension de retraite ou de survie, aucun revenu propre)
Q9_simp	Orientation pour le traitement	1 = Orienté par moi-même ; 2 = Orienté par quelqu'un d'autre (famille, ami, médecin généraliste, centre, hôpital, autre service)

		médical ou psycho-social, police/justice/tribunal) ; 3 = Orienté par moi-même et par quelqu'un d'autre (moi-même, famille, ami, médecin généraliste, centre, hôpital, autre service médical ou psycho-social, police/justice/tribunal)
Q10	Antécédents de traitement liés à la consommation d'alcool	0 = oui ; 1 = non
Q11	Consommation journalière type	/
Q12	Problèmes liés à l'alcool dans l'entourage	0 = oui ; 1 = non
Q13_Inight score	Score d'insight	/
Q13	Niveau d'insight	1 = faible (<4) ; 2 = modéré (entre 4 et 15) ; 3 = bon (>15)

Tableau partie II du questionnaire : échelle de l'insight dans l'alcoolisme

Nom des variables	Libellé	Code
Q1	Ma consommation d'alcool me cause beaucoup de problèmes.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q2	Je peux contrôler ma consommation à n'importe quel moment si j'en ai envie.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q3	Tous mes problèmes seraient résolus si j'arrêtais de boire.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q4	Ma consommation d'alcool ne pose pas de problème aux membres de ma famille.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q5	J'ai été hospitalisé à cause d'une consommation excessive.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q6	Je ne me sens pas bien quand les gens me considèrent comme un buveur à problème.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q7	Je suis alcoolique.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q8	Je ne peux pas me passer d'alcool.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q9	Je suis vraiment désolé pour la souffrance que j'ai pu infliger aux autres à cause de ma consommation.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q10	Je déteste la personne qui m'a hospitalisé.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q11	Je ne vois pas où est le problème dans ma consommation d'alcool.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q12	Lorsque je commence à boire, je ne peux plus m'arrêter.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q13	J'ai juste besoin d'une certaine modération plutôt qu'on m'empêche de boire.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q14	Beaucoup de gens autour de moi souffrent de ma consommation d'alcool.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q15	Ma seule consommation d'alcool ne devrait pas justifier mon hospitalisation.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q16	La consommation d'alcool m'a enlevé des choses importantes.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q17	Me traiter d'alcoolique n'a pas de sens.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q18	Vivre sans alcool est le seul moyen de me sauver de ce désastre.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q19	Je déteste tous les gens et l'environnement qui m'ont conduits à boire.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord
Q20	J'ai de la chance de pouvoir être hospitalisé pour bénéficier d'un traitement.	1 = D'accord ; 2 = Incertain ; 3 = En désaccord

IX. RÉSUMÉ

Nom et prénom : Bamps Gwenaëlle.

Titre du mémoire : L'insight dans la prise en charge des patients alcoolodépendants

Promoteur : Professeur Nicaise Pablo

Contexte : La consommation d'alcool fait partie intégrante de notre vie à tous et est souvent banalisée. Pourtant, elle représente 5,9% des décès dans le monde (Sciensano, 2018) et est la 4^{ème} cause de mortalité en Belgique (CSS, 2018). Seulement 15% des patients alcoolodépendants sont diagnostiqués et la moitié d'entre eux sont traités (Dor, B. et al, 2019). La prise en charge de l'alcoolodépendance s'inscrit dans un processus motivationnel axé sur les stades du changement (Prochaska & DiClemente, 1982) et est en lien avec l'insight, c'est-à-dire la prise de conscience de son propre trouble. Depuis quelques années, les hôpitaux ont décidé de prendre en charge les patients alcoolodépendants dans un trajet de soins en unité somatique. Dès lors, l'objectif du mémoire est de calculer le score d'insight des patients alcoolodépendants dans des unités somatiques et vérifier à quels facteurs il peut être associé.

Méthode : Un questionnaire papier a été créé en 2 parties. La première reprend 12 questions relatives aux facteurs socio-démographiques. La seconde se compose des 20 items de l'Hanil Alcohol Insight Scale, mesurant le score d'insight. Ces questionnaires ont été transmis aux patients hospitalisés dans 2 unités somatiques différentes. Les résultats ont ensuite été introduits dans le logiciel statistique IBM SPSS® pour analyse.

Résultats : Nous sommes face à un échantillon (n=43) principalement masculin et provenant de Bruxelles. La plupart vivent seuls, ont un niveau d'éducation moyen. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 48 ans, avec une consommation journalière d'alcool d'environ 15 verres standard et un score moyen d'insight à 9, étant considéré comme modéré. Les analyses ont pu mettre en avant des résultats significatifs quant à l'âge, l'état civil, le niveau d'éducation, l'orientation au traitement et la consommation journalière d'alcool par rapport au score d'insight.

Mots-clés : insight, sevrage alcoolique, hanil alcohol scale, alcohol use, sociodemographic characteristics, alcohol dependence, Prochaska.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp