

RECHERCHE

Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie

Lan Tien NGUYEN^{1,*}, Gomard Annick¹, Occhipinti Catherine¹, Griffet Magali¹, Cleaut Coline¹, Cohendoz Sandra¹, Clautrier Catherine¹, Bonjean Camille¹, Perriot Jean²

¹ Unité Addictologie, CH Vichy, BP 27 57, 03207 VICHY Cedex

² Dispensaire Emile Roux, 63100 Clermont-Ferrand

* Correspondance : Lan Tien NGUYEN, PH, Unité Addictologie, CH Vichy, BP 27 57, 03207 VICHY Cedex
lantien.nguyen@ch-vichy.fr

Résumé : Contexte : Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) sévères requièrent des soins pluridisciplinaires coordonnés permettant l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé et d'engager le patient dans une réadaptation médico-psycho-sociale. L'hôpital de jour addictologie (HJA), en adoptant la stratégie de réduction de risques et le respect des liens environnementaux du patient, s'inscrit dans une offre de soins graduée et un rapport médico-économique favorable. Méthode : Ce travail rapporte les résultats observés entre janvier 2018 et octobre 2019 de l'HJA du Centre Hospitalier de Vichy (France) dans la prise en charge de 33 patients en TUA sévères, évalués sur l'évolution de paramètres médico-psycho-sociaux après un programme pluridisciplinaire de 12 semaines. Résultats : Parmi les patients 79% étaient en situation de précarité. A l'issue de l'intervention, 49% étaient abstinents et 39% avaient une consommation contrôlée, 43% des fumeurs avaient arrêté le tabac, une prise de poids et une diminution de la tension artérielle diastolique étaient notées. Les tests psychométriques attestaient d'un meilleur fonctionnement sur les dimensions « dépression », « fonctions cognitives » et « affirmation de soi ». Discussion : une discussion sur les liens précarité-alcool, du sevrage tabagique conjoint et de l'intérêt de la réadaptation psycho-sociale dans la réduction de risque, est menée.

Mots-clés : Hôpital de jour addictologie, troubles d'usage d'alcool, précarité, sevrage tabagique, réadaptation psycho-sociale

Abstract : Context: Severe Alcohol Use Disorders (AUD) require coordinated multidisciplinary care that allows for the development of an individualized therapeutic project and the involvement of the patient in medical-psycho-social rehabilitation. By adopting a risk reduction strategy and respecting the patient's environmental ties, the Addictology Day Hospital (ADH) is part of a graduated care offer and a favourable medico-economic ratio. Method: This study reports the results of the ADH between January 2018 and October 2019, of the Vichy Hospital (France) in the management of 33 patients with severe AUD, evaluated on the evolution of medical-psycho-social parameters after a 12-week multidisciplinary programme. Results: Among the patients, 79% were in a deprivation condition. At the end of the intervention, 49% were abstinent and 39% had controlled consumption, 43% of smokers had stopped smoking, weight gain and a reduction in diastolic blood pressure were noted. Psychometric tests showed improved functioning on the dimensions of "depression", "cognitive function" and "assertiveness". Discussion : A discussion on deprivation condition and alcohol relationship, concurrent smoking cessation and the benefits of psycho-social rehabilitation in risk reduction strategy was conducted.

Key-words : Addiction day hospital, alcohol use disorders, deprivation, smoking cessation, psycho-social rehabilitation



1. INTRODUCTION

La dépendance à l'alcool est une maladie chronique affectant le système nerveux central du circuit de la récompense, de la motivation, de la mémoire et des connexions qui leur sont reliées (1). Les troubles de l'usage d'alcool (TUA) sévères sont à l'origine de multiples conséquences dommageables somatiques, psychiques et sociales.

Si l'arrêt complet et définitif de la consommation d'alcool est la façon idéale de réduire les risques induits par les TUA, l'approche des soins sous l'angle de la chronicité intègre les rechutes comme des événements inéluctables dans l'histoire naturelle de la maladie. Ainsi, la stratégie de réduction des risques et des dommages, introduisant la notion de consommation régulée, permet-elle au patient de tester « sa liberté » en le rendant acteur de son soin (2).

L'hospitalisation de jour addictologie (HJA) s'inscrit dans une offre de soins graduée qui s'insère entre l'hospitalisation complète et les consultations externes en addictologie (3). Elle s'adresse à des patients qui présentent une dépendance ou des complications sévères ; elle permet l'évaluation pluridisciplinaire ainsi que l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés dans un accompagnement addictologique adapté, qui renforce le lien environnemental et familial. L'hospitalisation complète en addictologie assure en urgence ou de façon programmée, un sevrage physique, une évaluation ; elle est utile lors de complications ou de comorbidités somatiques et psychiatriques. Les services de soins de suite et de réadaptation addictologie (SSRA) favorisent pour leur part la réadaptation fonctionnelle, physique, cognitive, psychologique et sociale des patients (4).

L'hospitalisation de jour en addictologie permettrait de conjuguer la double nécessité d'évaluations et de soins pluridisciplinaires pour des patients sévères au sein d'une structure appropriée et d'un accompagnement au plus près des liens environnementaux et familiaux, sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable. Son avantage socio-économique s'inscrit dans le virage ambulatoire entrepris à l'hôpital (5).

Notre travail rapporte une expérience de soins complexes en HJA au Centre Hospitalier de Vichy et discute les points significatifs des résultats observés concernant les liens entre précarité, alcool et comportement de santé, l'intérêt d'une aide au sevrage tabagique concomitante et l'évolution du fonctionnement cognitivo-psycho-social évalué en tests psychométriques.

Objectif principal : Décrire en condition écologique, des soins complexes en addictologie en hospitalisation de jour chez des patients non nécessairement « sevrés » de leurs addictions au préalable.

Objectifs secondaires : Décrire la population des patients pris en charge selon leurs caractéristiques bio-psycho-sociales définis ci-après et comparer l'évolution de ces paramètres à l'issue de la prise en charge.

2. METHODOLOGIE

2.1. Population

En consultation externe d'admission à l'HJA, un dépliant expliquant les modalités de fonctionnement de l'HJA, la durée de prise en charge et le contenu des séances est remis au patient. Ce dernier donne son accord oral, confirmé par la rédaction avant admission, d'une lettre de motivation. En début de programme un livret d'accueil est remis et complété par le patient, précisant les identités et coordonnées

professionnelles des soignants qui l'accompagneront durant le programme, les objectifs personnalisés de soins et qui servira de livret de liaison entre le patient et les soignants au cours du programme.

La première séance débute par un accueil de l'ensemble des patients par toute l'équipe de l'HJA pour une présentation mutuelle de tous les intervenants et participants ; elle permet d'explicitier les modalités de fonctionnement, le contenu, les règles de respect et confidentialité des ateliers.

2.2. Méthode

L'HJA du CH de Vichy est ouverte du lundi au vendredi ; elle dispose de 5 places. Le programme proposé aux patients s'étale sur 12 semaines, il débute et se termine par une semaine d'évaluation pluridisciplinaire (médecin addictologue, infirmière, psychologue et assistante sociale). Cette prise en charge globale individualisée est associée à des ateliers fonctionnant en groupes fermés à raison de 3 séances par semaine et une séance hebdomadaire d'entretiens individuels. Les soins sont coordonnés par une réunion de concertation multidisciplinaire hebdomadaire.

Des paramètres sont systématiquement recueillis : antécédents médico-psycho-sociaux, traitements, histoire des addictions, indications et motivations au stage, résultats de tests destinés à l'évaluation des dépendances [FACE (6), AUDIT (7), FTCD (8), Test de Richmond (9)], ou de l'état de précarité (EPICES, 10). Les objectifs de soins sont initialement définis en entretien avec chaque patient. En début et fin de stage sont colligés fréquence cardiaque (FC), tension artérielle (TA) ainsi que poids et index de masse corporelle (IMC). Ont été évaluées les fonctions cognitives (MoCA, 11), anxiété-dépression (HAD, 12), (BDI, 13), affirmation de soi (échelle de Chalvin, 14), phobie sociale (échelle de Liebowitz, 15), alexithymie (TAS 20, 16). Les paramètres biologiques : ASAT, ALAT, GGT, CDT, CO dans l'air expiré (COE) ont été mesurés.

Des ateliers conduits sur un mode participatif, selon les techniques de thérapie comportementale et cognitive (TCC) et animés en binôme, intégraient :

- Education thérapeutique du patient : connaissance des risques liés aux addictions, les mécanismes de la dépendance et les soins appropriés, physiologie du système digestif et respiratoire.
- Rythme de vie : connaissance et mise en pratique d'un rythme de vie favorable à la santé en alimentation, sommeil et activité physique
- Remédiation cognitive : acquisition de compétences dans les fonctions cognitives essentielles à la vie quotidienne (exécutives, attentionnelles, gestion d'un emploi du temps...)
- Prévention de la rechute et affirmation de soi : identification et gestion des émotions, des situations à risques de consommation, du « craving », méditation pleine conscience...
- Art-thérapie : expression émotionnelle et stimulation créative sur un mode pictural
- Education sociale : sur les thèmes des aides sociales, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et mesures de protection
- Aide au sevrage tabagique : recueil du nombre de cigarettes fumées, motivations, freins au sevrage, COE, actions décidées jusqu'au prochain atelier...
- Groupes de parole coanimés avec les associations Vie Libre et Alcooliques Anonymes.

2.3. Méthodes d'analyse statistique

Les résultats quantitatifs sont exprimés en moyenne \pm écart type standard (EXCEL). Les tests non paramétriques des rangs signés de Wilcoxon ont été utilisés pour la comparaison de séries appariées et la recherche de corrélation par le coefficient de Spearman ; le seuil de significativité a été fixé avec $p \leq 0,05$ (BiostaTGV).

3. RESULTATS

Trente-trois patients (6 femmes, 27 hommes), âgés de $51,3 \pm 0,7$ ans, avec des scores FACE= $15,2 \pm 3,5$ et AUDIT= $24 \pm 3,5$, ont bénéficié de 1539 séances entre janvier 2018 et octobre 2019. Les principales données sont les suivantes :

Mode d'entrée : 21 patients venaient du domicile (64%), 4 d'un service de soin somatique et 3 de service de psychiatrie, 5 avaient bénéficié d'un stage résidentiel pour TUA dans l'année.

Répartition des produits consommés : trente et un présentaient un TUA (94%), 21 étaient fumeurs de tabac (64%), 5 de cannabis, 4 mésusaient des benzodiazépines (BZD), 2 s'adonnaient régulièrement à la pratique de jeux d'argent et 2 étaient poly-consommateurs (dont héroïne, cocaïne).

Précarité : Vingt-six patients (79%) étaient en situation de précarité, caractérisée par un score EPICES au 4^e quintile ≥ 30 chez 18 patients et au 5^e quintile ≥ 50 pour 8 d'entre eux.

Alcool : A l'issue du programme, 16 patients (49%) étaient abstinents, 13 (39%) avaient une consommation contrôlée, 4 (12%) étaient en rechute ou n'avaient pas réduit leur consommation.

Neuf patients ont poursuivi le séjour au-delà de 12 semaines. Trois patients ont consolidé leur abstinence après des faux pas. Deux, en consommation contrôlée, avaient rechuté ; quatre ont été hospitalisés via les urgences pour alcoolisations aiguës. Deux patients abstinents, ont été hospitalisés en service de soins somatiques : un pour accident vasculaire cérébral (AVC) sans séquelle, a repris le programme au décours de l'AVC et une patiente est décédée de cirrhose hépatique en hospitalisation.

Tabagisme : la dépendance au tabac mesurée par le FTCD était moyenne ($5,3 \pm 3,2$), de même que la motivation à l'arrêt (Richmond : $6,2 \pm 3$). Neuf des 21 patients fumeurs (43%) étaient abstinents en fin de séjour. La mesure du COE a diminué à l'issue du programme de 7 ppm en moyenne ($p=0,004$).

Autres : un patient sur 5 a stoppé le cannabis, un sur 4 les BZD, un sur 2 les jeux d'argent, les 2 patients poly-consommateurs avaient réduit momentanément leurs consommations. Les traitements médicamenteux prescrits selon l'AMM, ne sont pas détaillés ici.

Les paramètres cliniques sont présentés sur dans le tableau 1. Une prise de poids significative de 1 kg en moyenne a été constatée ($p=0,04$). La FC et TA ont diminué et de façon significative pour la TA diastolique ($p=0,04$). Les paramètres biologiques sont présentés sur dans le tableau 2. Les dosages sanguins des enzymes hépatiques et du CDT n'ont pas significativement varié.

	M \pm ET, semaine 1	M \pm ET, semaine 12	p
Poids (kg)	82 \pm 18	83 \pm 18	0,04
IMC (kg/m ²)	27,4 \pm 5,5	27,8 \pm 5,4	0,04
FC (battements/min)	87,8 \pm 13,4	83,4 \pm 15,7	0,1
TA systolique (mmHg)	129,7 \pm 16,9	126,5 \pm 16,7	0,2
TA diastolique (mmHg)	79,7 \pm 12,9	73,9 \pm 12,2	0,04

Tableau 1 : Paramètres cliniques ; Moyenne \pm écart-type (M \pm ET).

	M±ET, semaine 1	M±ET, semaine 12	p
COE (ppm)	15,3 ± 8,8	8,5 ± 6,4	0,004
ASAT (UI/l)	34,8 ± 24,1	35,4 ± 24,6	0,8
ALAT (UI/l)	32,4 ± 23,8	32,5 ± 21,5	0,8
GGT (UI/l)	97,9 ± 84,9	131,9 ± 192,5	0,5
CDT (%)	3 ± 5,9	1,4 ± 1	0,3

Tableau 2 : Paramètres biologiques ; Moyenne ± écart-type (M±ET).

	M±ET, semaine 1	M±ET, semaine 12	p
HAD Anxiété (0-21)	9,2 ± 3,9	8 ± 3	1
HAD Dépression (0-21)	7,8 ± 3,3	4,9 ± 2,3	0,004
BDI (0-63)	13 ± 7,3	8,3 ± 6,5	0,0004
MoCA (0-30)	24,5 ± 3,4	25,7 ± 2,4	0,001
Chalvin « inhibition » (0-15)	10 ± 3	9,2 ± 3,3	0,05
Chalvin « agressivité » (0-15)	5,4 ± 2,6	5,8 ± 2,4	0,4
Chalvin « manipulation » (0-15)	6,5 ± 2,4	6,4 ± 2,4	0,4
Chalvin « affirmation de soi » (0-15)	9,7 ± 3,1	11,5 ± 3,1	0,004
Liebowitz (0-144)	54,5 ± 24,9	50,2 ± 26	0,08
TAS20 (0-100)	63,1 ± 7,8	58,4 ± 7,8	0,7

Tableau 3 : Paramètres psychométriques ; Moyenne ± écart-type (M±ET).

Les résultats de tests psychométriques sont présentés dans le tableau. Le score « dépression » a significativement diminué aux tests HAD D ($p=0,004$) et BDI ($p=0,0004$), sans évolution significative de la dimension anxiété. Le score MoCA des troubles cognitifs a significativement progressé ($p=0,001$), approchant le seuil de normalité de 26/30. Parallèlement, le test de Chalvin a montré une diminution de la dimension « passivité » ($p=0,05$) et une amélioration du comportement « affirmation de soi », ($p=0,004$). Les dimensions « agressivité » et « manipulation » n'ont pas significativement varié, ni les scores des échelles de phobie sociale de Liebowitz et alexithymie du TAS 20.

Aucune corrélation significative entre les différents paramètres n'a été trouvée.

4. DISCUSSION

Le service HJA a été mis en fonction selon l'instruction DGOS relative à l'hospitalisation de jour en addictologie (17), pour des soins complexes s'adressant à des patients souffrant de TUA sévères et de co-addictions, notamment tabagique. Ce modèle ambulatoire comparativement au mode résidentiel est conditionné par le non-prérequis de sevrage préalable et par une durée de prise en charge plus longue. La motivation du patient et la qualité de l'alliance thérapeutique sont indispensables. Le maintien du lien à l'environnement socio-familial, apprécié des patients, offre l'avantage d'un travail de réadaptation psychosociale au plus près des situations de vie. Excepté les cas d'hospitalisation pour complication aiguë, aucun patient n'a abandonné le programme en cours ce qui témoigne de sa bonne acceptabilité.

Peu de comparaison entre les 2 modalités de soins ambulatoire ou résidentiel ont été rapportées dans la littérature. Le taux d'abstinence de 50 % à 6 mois et un an (49% à 12 semaines dans notre expérience) était dans les 2 cas comparable et corrélé à l'alliance thérapeutique et l'adhésion à la démarche de soins (18).

Près de 8 patients sur 10 étaient en situation de précarité selon le score EPICES, indicateur individuel et multidimensionnel de précarité qui traduit le comportement et les inégalités de santé associés (19, 20). Le lien précarité-dépendance à l'alcool est connu : la précarité multiplie par 3 le risque d'alcoolisation chez les



personnes sans emploi ou en situation de mal logement, et paraît manifeste dès l'adolescence. Toutefois, il ne présage pas en soi, une causalité dans un sens ou dans l'autre entre les deux facteurs (21, 22). Le score EPICES a démontré des liens aux indicateurs de santé que sont tabagisme, sédentarité, prise de psychotropes et absence de suivi médical, dentaire et gynécologique (19). Aucune étude, à notre connaissance, n'a été rapportée entre le score EPICES et les TUA. Bihan et al. (23) ont mis en évidence une corrélation entre le score EPICES, l'hémoglobine glyquée et les complications diabétiques, soulevant les hypothèses d'un moindre accès aux soins, d'obstacles financiers et des comportements peu favorables à la santé chez les patients diabétiques en situation de précarité. La forte prévalence de précarité chez les patients à TUA pourrait être associée à des inégalités de santé du même ordre.

Deux tiers des patients de notre population étaient dépendants au tabac, 43% ont arrêté de fumer au décours du stage. Tabagisme et TUA sont fortement corrélés (24, 25). L'usage d'alcool est souvent associé à l'initiation au tabac (26). Une fois la double dépendance installée, les « cravings » induits par la prise de tabac et d'alcool sont corrélés (27-29) tandis que la prise d'alcool et de tabac s'accroît simultanément avec renforcement du niveau de dépendance de chaque produit (28-31).

Le sevrage tabagique est réputé plus difficile chez les fumeurs anciens alcooliques, les taux d'abstinence paraissent plus faibles et leurs tentatives d'arrêt s'accompagnent de manifestations d'irritabilité, d'anxiété, de difficultés de concentration et de sensation d'inconfort plus fréquentes que chez les fumeurs sans passé alcoolique (32), laissant alors craindre une reprise de l'alcoolisation. Le discours « j'ai arrêté de boire, je ne peux pas tout arrêter » est récurrent chez les patients. Néanmoins, des études ont montré tout à la fois une abstinence d'alcool deux fois plus longue chez les patients sevrés du tabac (33) et l'absence de lien de causalité entre sevrage tabagique et rechute à l'alcool à court ou long terme, qu'elle soit réalisée conjointement ou de façon rapprochée après le sevrage alcool (34, 35).

La proposition d'aide au sevrage tabagique doit être systématiquement intégrée à tout programme de soins des TUA (36) et les résultats de notre travail nous renforcent dans cette idée.

Toutefois, les patients poly-consommateurs (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis, BZD, tabac) étaient plus en difficulté pour changer de comportement. Malgré une réduction observée des consommations en cours de stage et une relative bonne assiduité aux séances, les troubles de l'attention souvent plus marqués, pourraient renforcer le « craving », l'impulsivité et/ou freiner l'acquisition des compétences au cours des ateliers thérapeutiques (37, 38).

Malgré un meilleur rythme et équilibre des repas travaillés en atelier d'éducation thérapeutique, la prise de poids était significative à l'issue du stage. Indépendamment de la réduction de la consommation ou de l'arrêt du tabac pour certains patients, celle-ci pourrait être liée à une forte appétence pour des boissons sucrées de type soda, constatée chez la plupart des patients sevrés d'alcool dans ce travail et habituellement notée dans notre pratique clinique en addictologie. En effet, l'addiction aux substances psycho-actives et « au sucre » pourraient partager des voies neurobiologiques communes au niveau des régions hédoniques cérébrales (39). Alarcon et al. (40) ont rapporté une corrélation significative entre stockage de produits sucrés en chambre, « craving » pour le sucre et prise de poids chez des patients sevrés d'alcool.

D'autre part, la relation obésité-précarité est souvent observée. C. Loddo (41) a montré dans sa thèse que les patients obèses (IMC moyen 42 kg/m²) avaient un IMC significativement corrélé au score EPICES. L'obésité était plus élevée et plus sévère chez les patients en situation de précarité (selon le score EPICES) que les patients obèses non précaires. Dans notre étude, l'IMC moyen initial était de 27,4 kg/m², soit des

patients en surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m²), non obèses. Nous n'avons pas identifié de corrélation entre IMC et score EPICES.

La TA diastolique a significativement diminué chez nos patients. Alcool, tabac et surpoids représentent des co-facteurs associés de risque cardiovasculaire. La TA augmente avec une consommation régulière d'alcool de façon dose dépendante, tout comme une réduction importante de la TA peut être attendue dès un mois d'abstinence (42). Dans notre travail, bien que ne relevant pas de l'hypertension artérielle (HTA), la TA systolique n'a pas significativement diminué en parallèle à la TA diastolique. Nous postulons que la TA diastolique varie plus sensiblement que la TA systolique dans notre population relativement jeune (âge moyen 51,3 ans). En effet, dans la population âgée, le risque cardiovasculaire attribué à l'HTA est mieux corrélé à la pression artérielle systolique, alors que l'HTA diastolique isolée est associée à un risque d'évènement cardiovasculaire, particulièrement dans la population jeune (<50 ans ; 43).

Les tests psychométriques auto-administrés ont mis en évidence un meilleur fonctionnement cognitif, psychique et social des patients à l'issue du programme, animés selon les techniques de TCC. D'après A. Viswam et al. (44) 81% d'une population de 54 patients avaient un score MoCA <26 au décours du sevrage alcool ; Rupp et al. (45) ont montré qu'un programme de remédiation cognitive a permis d'améliorer les performances cognitives et le bien être psychique. Une revue de la littérature sur 63 études de Charlet et Heinz (46) portant sur des interventions visant à réduire ou arrêter l'alcool, a rapporté des bénéfices sur l'anxiété-dépression, la confiance en soi, la qualité de vie, la réduction du stress psychosocial et enfin un meilleur fonctionnement social.

Ce travail est limité par l'absence de contrôle méthodologique des paramètres comparés, mais il s'agit d'une expérience en « vraie vie ». Si les patients étaient sévères sur leur score de dépendance et de précarité, l'état clinique stable initial explique probablement une faible altération des tests biologiques hépatiques. La rechute de certains patients au cours de la progression dans le stage pourrait expliquer la tendance à l'augmentation des gamma-GT en fin de séjour. Ainsi, les tests biologiques nous semblent être un marqueur du « temps court », directement en lien avec le niveau de consommation. En revanche, ils apprécient mal les compétences cognitivo-psycho-sociales, dont l'évolution relève à l'inverse du « temps long », qui préside aux apprentissages soutenant le changement comportemental. Leur évaluation par tests psychométriques ne disposant pas des qualités d'objectivité des tests biologiques, peuvent être soumis à des biais de validité et fiabilité (47, 48). Néanmoins, les résultats obtenus sont en faveur d'une anxiété-dépression et alexithymie légères, d'une absence de phobie sociale, écartant à priori des comorbidités somatiques et psychiatriques aiguës sévères associées.

Les activités physiques, absentes de notre programme, ont démontré leur bénéfice dans le contrôle du « craving » et pour limiter la prise de poids (49, 50), devront être intégrées dans nos ateliers thérapeutiques.

5. CONCLUSION

Cette étude nous paraît mettre en évidence que l'hospitalisation de jour dans l'accompagnement de patients alcool-tabac dépendants en situation de précarité, peut se positionner comme un complément de l'offre de soins en addictologie. Dans les cas d'absence de comorbidités somatiques ou psychiatriques aiguës sévères, elle représente une alternative prometteuse aux soins résidentiels, qui offre l'avantage médico-économique des soins ambulatoires.

La dimension comportementale des TUA s'inscrit dans un temps long, au cours duquel un accompagnement par la stratégie de réduction des risques et des dommages, dont l'objectif d'abstinence en relève, en souligne la pertinence.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt

Citation de l'article : Soins complexes en hospitalisation de jour en addictologie, Lan Tien N, Gomard A, Occhipinti C, Griffet M, Cleaut C, Cohendoz S, Clautrier C, Bonjean C, Perriot J, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(3) : 50-58.

6. REFERENCES

1. Benyamina A, Reynaud M. Management of alcohol use disorders in ambulatory care : Which follow-up and for how long? *Encephale* 2016 ; 42(1) : 67-73.
2. Topor K. Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie. https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2016/11/Intervention_Docteur_Kiritz%C3%A9_Topor.pdf
3. Menecier P, Plattier S, Rotheval L, Orosco C, Lefranc D, Rezard R. L'hôpital de jour en addictologie. Outil d'aide au maintien de l'abstinence ou étape vers le sevrage. *Le courrier des addictions* 2017 ; 19(7) : 23-5.
4. Le dispositif de soins en addictologie MILDECA <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>
5. Boyer C. COPAAH groupe de travail hôpital de jour addictologique. Proposition de référentiel de prise en charge des patients 2011. <http://copaah.e-monsite.com/pages/les-groupes-de-travail-du-copaah/hopital-de-jour-en-addictologie-referentiel.html>
6. <http://test-addicto.fr/tests/alcool/questionnaire-face.html>
7. <http://test-addicto.fr/tests/alcool/audit.html>
8. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf
9. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q4_B_Richmond.pdf
10. <http://medicalcul.free.fr/epices.html>
11. http://test-addicto.fr/tests_pdf/Test-MoCA.pdf
12. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf
13. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-la-dc3a9pression.pdf>
14. https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/17438_114853.pdf
15. <https://www.healthsadvisor.com/fr/guest/qs/echelle-d-anxiete-sociale-de-liebowitz/>
16. <https://www.antidouleur59.fr/douleursquestionnaires20.pdf>
17. Instruction n° DGOS/R4/R1/2016/350 du 24 novembre 2016 relative à l'hospitalisation de jour en addictologie
18. Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D, Charles Moore. Day hospital and residential addiction treatment : randomized and nonrandomized managed care clients. *J Consult Clin Psychol* 2007 ; 75(6) : 947-59.
19. Cetaf. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Etienne, 2005.
20. Sass C, Moulin JJ, Labbé E, Chatain C, Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Prat Organ Soins* 2007 ; 38(2) : 139-146.
21. OFDT Dommages sociaux : Précarité. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
22. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008 Tendances 2009 ; n° 66 : 6 p.
23. Bihan H, Laurent S, Sass C et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. *Diabetes Care* 2005 ; 28 : 2680-2685.
24. Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *Am J Public Health* 1996 ; 86 : 985-990.
25. Gulliver SB, Kalman D, Rohsenow DJ, Colby SM, Eaton CA, Monti PM. Smoking and drinking among alcoholics in treatment : cross-sectional and longitudinal relationships. *J Stud Alcohol* 2000 ; 61 : 157-163.
26. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addict Behav* 2007 ; 32 : 449-464.
27. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction* 1997 ; 92 : 15-26.
28. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Alcohol and tobacco cessation in alcohol dependent smokers : analysis of real-time reports. *Psychol Addict Behav* 2007 ; 21 : 277-286.
29. Hillemecher T, Bayerlein K, Wilhelm J, Frieling H, Thürauf N, Ziegenbein M, et al. Nicotine dependence is associated with compulsive alcohol craving. *Addiction* 2006 ; 101 : 892-897.
30. Barrett SP, Tichauer M, Leyton M, Pihl, RO. Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug Alcohol Dep* 2006 ; 81, 197-204.
31. Daepfen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnbergern JI et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. *Alcohol Alcohol* 2000 ; 35 : 171-175.
32. Hughes J R. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *J Treat Subst Abuse Treat* 1993 ; 10(2) : 181-7.

33. Stuyt EB. Recovery rates after treatment for alcohol/drug dependence. Tobacco users vs. non-tobacco users. *Am J Addict* 1997 ; 6(2) : 159-67.
34. Joseph AM, Nichol KL, Anderson H. Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes. *Addict Behav* 1993 ; 18(6) : 635-44.
35. Kalman D, Hayes K, Colby SM, Eaton CA, Rohsenow DJ, Monti PM. Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery : a pilot study- *J Subst Abuse Treat* 2001 ; 20(3) : 233-8.
36. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment : what you need to know. *J Subst Abuse Treat* 2009 ; 36 : 205-219.
37. Flaudias V, Maurage P, Izaute M, de Chazeron I, Brousse G, Chakroun-Baggioni N. Craving mediates the relation between impulsivity and alcohol consumption among university students. *Am J Addict* 2019 ; 28(6) : 489-496.
38. Flaudias V, Zerhouni O, Chakroun-Baggioni N, Pires S, Schmitt A, de Chazeron I, Llorca PM, Brousse G. Reducing attentional bias in individual with alcohol use disorders with a tablet application. A randomized controlled trial pilot study. *Alcohol Alcohol* 2020 ; 55(1) : 51-56.
39. Fortuna JL. Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence : shared neural pathways and genes. *J Psychoactive Drugs* 2010 ; 42(2): 147-51.
40. Alarcon R, Tiberghien M, Trouillet R, Pelletier S, Luquiens A, Ahmed SH, Nalpas B, Alaux-Cantin S, Naassila M, Perney P. Sugar intake and craving during alcohol withdrawal in alcohol use disorder inpatients. *Addict Biol* 2020 ; First published: 19 April 2020 <https://doi.org/10.1111/adb.12907>
41. C. Loddò. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, discipline : Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques. Université de Bordeaux. U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES 2015 ; n° 3148. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01245746/document>
42. Day E, Rudd JHF. Alcohol use disorders and the heart. *Addiction* 2019 ; 114 :1670-1678.
43. Berney M, Burnier M, Wuerzner G. Hypertension artérielle diastolique isolée : faut-il encore s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse* 2018 ; 14 : 1607-10. <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-618/Hypertension-arterielle-diastolique-isolee-faut-il-encore-s-en-preoccuper>
44. Viswam A, Nagarajan P, Kuppili PP, Bharadwaj B. Cognitive functions among recently detoxified patients with alcohol dependence and their association with motivational state to quit. *Indian J Psychol Med* 2018 ; 40(4) : 310-314.
45. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs* 2012 ; 73 : 625-34.
46. Charlet K, Heinz A. Harm reduction - a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addict Biol* 2017 ; 22(5) : 1119-1159.
47. Barry AE, Chaney B, Piazza-Gardner AK, Chavarria EA. Validity and reliability reporting practices in the field of health education and behavior : a review of seven journals. *Health Educ Behav* 2014 ; 41(1) : 12-8.
48. Pickett AC, Valdez D, Barry AE. Psychometrics matter in health behavior : a long-term reliability generalization study. *Am J Health Behav* 2017 ; 41(5) : 544-552.
49. Vanderheyden JE, Perazzoli P, Hellemans JP, De Witte P. "Utilité du sport chez l'alcoolique." *Alcoologie et addictologie* 2003 ; 25(1) : 25-32.
50. Bernard P. Bénéfices de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique. *Le Courrier des addictions*. 2014 ; 16 (1) : 14-15.