

PRATIQUE CLINIQUE

Mise en place d'un atelier d'éducation thérapeutique de prévention de la reconsommation d'alcool après transplantation hépatique

Hélène Barraud^{1,*}, Sandra De Jesus¹, Ephrem Salamé¹, Paul Brunault^{2,3}

¹ CHRU de Tours, Service de Chirurgie digestive et de Transplantation hépatique, Hôpital Trousseau, Tours, France.

² CHRU de Tours, Département d'Addictologie, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, Tours, France.

³ Université de Tours, INSERM, Imaging Brain & Neuropsychiatry, iBrain U1253, 37022 Tours, France.

* Correspondance : Dr Hélène BARRAUD, Service de Chirurgie et de Transplantation hépatique, Hôpital Trousseau, CHRU de Tours, Avenue de la République, 37170 Chambray-lès-Tours, France. Email : h.barraud@chu-tours.fr

Résumé :

La cirrhose liée à l'alcool constitue la principale indication de transplantation hépatique (TH), avec des résultats de survie satisfaisants, mais avec un risque significatif de reconsommation d'alcool en post-greffe. Cette reconsommation, observée chez 10 à 50 % des patients, dont environ 14 % sous forme sévère, représente un facteur majeur de morbi-mortalité, en favorisant la récurrence de la maladie hépatique, le rejet du greffon et les complications systémiques. Les facteurs de risque identifiés incluent notamment les comorbidités psychiatriques, une durée d'abstinence pré-transplantation insuffisante, une dépendance alcoolique sévère, un faible soutien social et le tabagisme. Toutefois, les outils prédictifs disponibles restent d'efficacité limitée. La détection précoce de la reconsommation repose sur une approche combinant interrogatoire, questionnaires validés et biomarqueurs spécifiques. Une prise en charge multidisciplinaire incluant l'addictologie apparaît essentielle pour réduire les rechutes. Dans ce contexte, un atelier d'éducation thérapeutique (ETP) collectif a été mis en place au CHU de Tours afin de prévenir la rechute alcoolique post-TH. Cet atelier vise à sensibiliser les patients au risque de reconsommation, identifier les situations à risque, travailler sur les émotions associées et développer des stratégies d'adaptation personnalisées, notamment via un « plan d'urgence ». Une étude pilote incluant 12 patients montre une forte acceptabilité, une satisfaction élevée et une bonne capacité des participants à identifier leurs facteurs de vulnérabilité et à élaborer des stratégies de prévention. En conclusion, l'intégration d'un programme structuré d'ETP dans le suivi des transplantés hépatiques semble prometteuse pour améliorer la prévention des rechutes. Une prise en charge globale et prolongée, incluant un suivi addictologique systématique, apparaît indispensable pour optimiser le pronostic et la qualité de vie des patients.

Mots clés : transplantation hépatique, trouble lié à l'usage d'alcool, cirrhose liée à l'alcool, reconsommation d'alcool

Abstract:

Alcohol-related cirrhosis remains the leading indication for liver transplantation (LT), with satisfactory survival outcomes but a substantial risk of post-transplant alcohol relapse. Alcohol use recurrence is reported in 10–50% of recipients, with approximately 14% experiencing severe relapse, which significantly impacts morbidity and mortality by promoting graft injury, disease recurrence, and systemic complications.

Identified risk factors include psychiatric comorbidities, short pre-transplant abstinence, severe alcohol dependence, limited social support, and tobacco use. However, currently available predictive tools remain imperfect. Early detection of relapse relies on a multimodal approach combining clinical interviews, validated screening tools, and specific biomarkers. Multidisciplinary management, particularly with the involvement of addiction specialists, appears essential for reducing relapse rates.

In this context, a group-based therapeutic education program (TEP) was implemented at Tours University Hospital to prevent post-LT alcohol relapse. The program aims to enhance patient awareness of relapse risk, identify high-risk situations, explore associated emotional triggers, and develop personalized coping strategies, including an individualized “emergency plan.” A pilot study involving 12 patients demonstrated high acceptability, strong patient satisfaction, and an improved ability to recognize vulnerability factors and implement preventive strategies.

In conclusion, integrating structured therapeutic education into post-transplant care appears promising for relapse prevention. A comprehensive, long-term, multidisciplinary approach, including systematic addiction follow-up, is crucial to improving patient outcomes and quality of life after liver transplantation.

Keywords : liver transplant, alcohol-related disorder, alcohol-related cirrhosis, relapse into alcohol consumption

1. LES STEATOHEPATITES - TRANSPLANTATION HEPATIQUE POUR CIRRHOSE

La cirrhose liée à l'alcool est l'indication la plus courante de transplantation hépatique (TH) en Europe et en Amérique du Nord, avec des taux de survie comparables à ceux de la TH pour d'autres maladies hépatiques (1-4). En France, en 2024, 1439 patients ont été transplantés du foie, dont plus de 40% étaient liées à l'alcool. Cependant, en raison de la pénurie de greffons par rapport au nombre d'indications de greffe, la cirrhose alcoolique représente toujours une indication implicitement controversée tant pour la population générale que pour certains soignants, bien qu'une abstinence de plusieurs mois soit requise. La raison principale est la perception qu'il s'agirait d'une maladie « auto-infligée » avec un risque de retour à la consommation d'alcool après la TH et donc un impact négatif sur le greffon (5). Malgré les excellents résultats de la TH, les professionnels de santé restent réticents à référer ces patients pour une évaluation pré transplantation, qui n'est finalement effectuée que chez une minorité d'entre eux (6). Les tensions au sujet du trouble de l'usage d'alcool se cristallisent autour de la TH pour hépatite alcoolique aigue (HAA) résistante au traitement habituel par corticoïdes en semi-urgence. Dans cette situation très spécifique, en raison de la mortalité élevée à court terme, il n'y pas de longue période de sevrage préalable, théoriquement requise dans l'objectif d'une amélioration de la fonction hépatique secondaire à l'abstinence. Bien que des résultats très encourageants aient été démontrés en Europe et aux États-Unis, des hétérogénéités persistent pour cette indication dans le monde entier, non seulement entre différents pays, mais aussi entre différents centres dans le même pays (7).

« Avant transplantation hépatique pour cirrhose liée à l'alcool, une abstinence prolongée, habituellement de 3 à 6 mois, est requise afin d'évaluer l'amélioration de la fonction hépatique et d'éviter de greffer des patients par excès. »

Du point de vue strictement médical, si l'amélioration des techniques chirurgicales et de la réanimation péri-opératoire et la gestion fine de l'immunosuppression a permis le développement avec succès de la TH, les complications au long cours persistent et sont responsables chez le transplanté hépatique, quelle que soit sa maladie initiale, d'un déclin de la survie dès la première année après la greffe. En effet si la survie à 1 an est proche des 90%, elle n'est que de 75% à 5 ans, et chute à près de 62% à 10 ans. Les complications liées au greffon (rejet, récurrence de la maladie initiale, dont le trouble de l'usage d'alcool, thrombose vasculaire), les complications tumorales (cancer de novo ou récurrence), cardiovasculaires, infectieuses et rénales sont les principales causes de décès après la TH (8-10). Une mauvaise adhésion aux traitements immunosuppresseurs est souvent également incriminée dans ces complications (11). Le non-respect des consignes hygiéno-diététiques et la survenue de complications métaboliques liées aux traitements anti-rejets limitent l'espérance de vie du patient et du greffon, ainsi que la qualité de vie du patient. Ainsi 50 % des patients greffés présentent un syndrome métabolique, qui associe hypertension artérielle, surcharge pondérale, dyslipidémie, diabète (12). Une meilleure gestion des facteurs de risque cardio-vasculaire, la prise en charge précoce de la rechute de la maladie initiale, y compris celle de l'alcool, et une surveillance étroite de l'observance au traitement peut sans aucun doute avoir une incidence sur la mortalité à long terme. Parmi les troubles addictifs, d'autres troubles de l'usage de substance que l'alcool, en particulier le tabac, peuvent fortement impacter la mortalité et le pronostic à moyen et long terme. La prévention, le diagnostic et la prise en charge de ces complications sont primordiaux pour maintenir un greffon fonctionnel chez un patient bien portant, et restent un véritable défi pour tout clinicien prenant en charge ces patients. Il apparaît donc essentiel que le suivi de ces patients fasse appel à des compétences médicales, (hépatologues, addictologues), paramédicales (infirmières, psychologues et diététicien), et des pharmaciens, immédiatement après la greffe et s'organise dans une véritable consultation multidisciplinaire.

« Les complications liées au greffon : rejet, récurrence de la maladie initiale dont le trouble de l'usage d'alcool, thrombose vasculaire d'une part et les complications tumorales, cardiovasculaires, infectieuses et rénales d'autre part sont les principales causes de décès après la TH. »

Nous avons souhaité nous focaliser plus spécifiquement sur le risque de rechute en alcool après TH, ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre afin de limiter ce risque auprès de ces patients. Ce travail s'intègre dans le cadre d'un projet institutionnel mis en place depuis fin 2023, à savoir la création d'une consultation de suivi multidisciplinaire annuel après la TH.

Dans une 1ère partie, nous nous intéresserons aux données de la littérature sur le risque de rechute en alcool chez le patient transplanté hépatique (prévalence, facteurs associés, impact sur le pronostic et la qualité de vie). Dans une 2ème partie, nous décrirons l'organisation et les modalités pratiques de l'atelier d'éducation thérapeutique centré sur la rechute de l'alcool que nous avons créé depuis avril 2025 au CHU de Tours. Ceci nous permettra enfin de discuter de ses bénéfices et des perspectives d'évolution dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles.

2. MESUSAGE D'ALCOOL APRES TRANSPLANTATION HEPATIQUE POUR CIRRHOSE LIEE A L'ALCOOL : DONNEES DE LA LITTERATURE

2.1. Fréquence de la consommation d'alcool après greffe du foie pour cirrhose liée à l'alcool

Actuellement, la TH est le seul traitement curatif de la cirrhose et bien qu'étant un événement majeur dans la vie des patients, elle ne guérit pas le trouble de l'usage de l'alcool. Par conséquent, l'équipe de transplantation doit être attentive à une éventuelle rechute après la TH. Elle est signalée chez 10 à 50 % des greffés hépatiques pour cirrhose liée à l'alcool (13-17). Cette grande variation des taux de prévalence déclarés est probablement due aux différentes définitions utilisées, certaines études définissant le retour à la consommation d'alcool comme toute consommation d'alcool, tandis que d'autres n'incluent que la consommation s'intégrant dans le cadre d'une rechute du trouble de l'usage (18). La consommation d'alcool excessive, régulière (>2 verres standard par jour), associée à une perte de contrôle, semble être unanimement reconnue comme critère de rechute sévère. La méta-analyse de toutes les études publiées jusqu'en 2018, a démontré que toute rechute d'alcool et les taux de rechute sévère d'alcool étaient respectivement de 22 % et 14 % pendant un temps de suivi moyen de $48,4 \pm 24,7$ mois (19). Dew et collaborateurs ont rapporté que le taux moyen de rechute d'alcool après TH était de 5,6 cas pour 100 patients par an pour toute rechute d'alcool (ce qui comprend les reconsommations occasionnelles ou « slip »), et de 2,5 cas pour 100 patients par an pour une rechute sévère (trouble de l'usage de l'alcool) (20). A 5 ans, la rechute sévère est estimée pour certains entre 15 et 25% et occasionne une diminution significative de la survie, alors qu'une consommation occasionnelle ou modérée a peu d'impact sur la fonction du greffon ou la survie du patient (21-24). Enfin, dans le cas particulier des patients greffés pour hépatite alcoolique aiguë cortico-résistante, les taux de retour à la consommation d'alcool après la TH varient entre 12,5 % et 34 % (25-26). Louvet et collaborateurs ont montré que la proportion de patients ayant eu une rechute alcoolique après la transplantation pour HAA cortico-résistante était de 34 % dans le groupe de transplantation précoce, contre 25 % dans le groupe de transplantation standard c'est-à-dire après un sevrage de plusieurs mois (27). Ils ont confirmé le bénéfice de survie lié à la TH, sans différence dans les taux de survie à 2 ans entre le groupe HAA et les patients atteints de cirrhose liée à l'alcool.

« Après transplantation hépatique, la consommation d'alcool régulière de plus de 2 verres standard par jour associée à une perte de contrôle, semble être unanimement reconnue comme critère de rechute sévère. Elle est constatée dans environ 15% des cas à 4 ans. »

2.2. Conséquences de la consommation d'alcool après greffe du foie pour cirrhose liée à l'alcool

La rechute de la consommation d'alcool après une TH pour cirrhose alcoolique est problématique à plusieurs niveaux : 1) elle a un impact sur la qualité de vie des patients et sur le pronostic post greffe, 2) elle met en grande difficulté les équipes médicales qui la jugent comme inacceptable moralement et 3) elle provoque des réticences vis-à-vis du don d'organe dans la population générale. Les rechutes sévères du trouble de l'usage d'alcool se produisent généralement dans les premières années après la TH et sont responsables de lésions sévères du greffon en quelques années avec un risque cumulatif de cirrhose de 15 % à 3 ans, 32 % à 5 ans et 54 % à 10 ans après une rechute alcoolique sévère (28-29). De plus, la récurrence de la cirrhose liée à l'alcool est associée à un risque élevé de décompensation hépatique et à un mauvais pronostic, avec un taux de survie de 37,8 % 5 ans après le diagnostic de cirrhose (30). Les patients qui reçoivent une TH pour cirrhose alcoolique ont de plus un risque accru de mauvaise observance au traitement immunosuppresseur, source de rejets de l'organe. Les principales causes de décès à long terme sont les cancers et les maladies cardiovasculaires (31-32). Une surveillance attentive doit donc être réalisée pour dépister l'athérosclérose et la cardiopathie ischémique et contrôler le syndrome métabolique. Le tabagisme est quasi systématiquement associé à la rechute sévère et la durée de l'association immunosuppression/tabac augmente le risque de cancer en post-greffe. Chez les patients transplantés pour cirrhose alcoolique, l'incidence des tumeurs de novo comme cause de décès après la TH a été

signalée comme étant au moins deux fois plus élevée par rapport aux autres indications (33). Une étude prospective de 208 patients greffés pour cirrhose éthylique suivis pendant une période allant jusqu'à 9 ans a révélé que 54 % n'avaient pas rechuté (34). Parmi ceux qui avaient rechuté, quatre habitudes de consommation d'alcool ont été identifiées : 1) la majorité (28%) consommaient de petites quantités peu fréquemment ; 2) d'autres (6,4 %) ont commencé par boire des quantités modérées au début, mais ont réduit leur consommation au fil du temps ; 3) certains (7,9 %) ont commencé à boire plus tard et en quantités croissantes ; et 4) une minorité (5,8 %) a recommencé à boire peu de temps après la TH et en quantités croissantes. Les patients des groupes 2 et 4 (qui ont commencé à boire tôt) étaient plus susceptibles de présenter une stéatohépatite à la biopsie hépatique et un rejet du greffon et tous ceux qui sont décédés d'une récurrence de leur maladie étaient dans ces groupes.

« Les rechutes sévères du trouble de l'usage d'alcool se produisent généralement dans les premières années après la TH et sont responsables de lésions sévères du greffon en quelques années. »

2.3. Comment éviter un mésusage d'alcool après TH ?

2.3.1. Identifier des facteurs de risque avant TH

Les facteurs de risque les plus importants de rechute qui ont été identifiés sont 1) la présence de comorbidités psychiatriques sévères (anxiété, schizophrénie et troubles de la personnalité), 2) une durée d'abstinence en alcool de moins de 6 mois avant la transplantation, 3) une dépendance à l'alcool, 4) le célibat, 5) le jeune âge, 6) le genre féminin, 7) l'absence d'enfant, 8) l'absence d'un bon soutien social, 6) le tabagisme actif et 7) les antécédents familiaux d'abus d'alcool ou de dépendance (13,19).

Le questionnaire SALT (*Sustained Alcohol Use Post-Liver Transplantation*) a été développé, sur la base de quatre variables associées à une consommation élevée d'alcool après la transplantation : 1) consommation de plus de 10 verres/jour à l'hospitalisation, 2) plus d'1 tentatives de réhabilitation infructueuse, 3) antécédent de problèmes juridiques liés à l'alcool et 4) antécédents d'abus de substances illicites autres que le cannabis. Un score SALT < 5 est associé à une valeur prédictive négative de 95 % (IC à 95 % : 89 % à 98 %) pour la consommation soutenue d'alcool après TH, tandis qu'un score SALT ≥ 5 est associé à une valeur prédictive positive (VPP) de 25 % (IC à 95 % : 10 % à 47 %) (35). La même équipe a récemment publié des données préliminaires sur l'utilisation de l'intelligence artificielle pour prédire la consommation nocive d'alcool post-LT chez les patients qui subissent une TH pour maladie hépatique liée à l'alcool (AA). Le modèle identifie les variables spécifiques liées au soutien social et à la consommation de substances comme étant très importantes pour prédire la consommation nocive d'alcool post-TH, avec une VPP de 0,891 (IC à 95 % 0,620-1 000) dans la population de l'étude et une VPP de 0,82 (IC à 95 % 0,625 à 1 000) dans la cohorte de validation externe (36).

Le SIPAT (*Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant*) est un outil d'évaluation psychosociale validé et complet pour les transplantés, conçus pour identifier les patients qui peuvent être à risque de problèmes psychosociaux post greffe (36). Des scores SIPAT élevés ont été montrés associés à des hospitalisations plus fréquentes en post-TH, au rejet d'organe, à l'échec d'un soutien social et à la rechute de l'alcool. Bien que ces questionnaires soient des instruments utiles pour évaluer la consommation d'alcool avant la TH, il n'a pas été prouvé qu'ils étaient associés au retour à la consommation d'alcool après la TH (38).

« Actuellement, aucun questionnaire n'est validé pour prédire le risque de rechute du mésusage d'alcool après greffe. »

2.3.2. Comment dépister après la TH ?

Dans le suivi habituel après greffe, l'hépatologue devrait dépister la reconsommation précocement et idéalement en commençant par des questionnaires de dépistage validés. L'utilisation d'auto-questionnaires comme l'*Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) validé en population générale, semble le plus pertinent dans l'identification des sujets ayant une consommation excessive d'alcool avec une sensibilité variant de 51 à 97 % et une spécificité comprise entre 78 et 96 %. Toutefois, l'interrogatoire du patient sous-estime souvent la consommation réelle d'alcool. Les patients peuvent être gênés et percevoir la stigmatisation avec le diagnostic de maladie hépatique liée à l'alcool. Cette perception est souvent associée à des sentiments de honte, de culpabilité, d'inutilité, de dépression, à l'isolement social et à moins de recherche de soins et de compliance dans le suivi (39). Pour ces raisons, les cliniciens doivent aborder les préoccupations concernant la consommation d'alcool d'une manière non jugeante, non critique, et gagner la confiance du patient.

Une étude récente a permis de trouver une différence quantitative et qualitative en ce qui concerne la perception de la consommation d'alcool en post-greffe entre le médecin transplantateur et le médecin addictologue (40). Ce dernier repère plus fréquemment les consommations d'alcool en post-greffe que le médecin de l'équipe de transplantation. De plus, les quantités absorbées sont souvent sous-estimées lorsqu'elles sont rapportées par ce dernier. Ceci s'explique par l'utilisation d'outils de repérage différents et par la relation bien particulière du patient avec son médecin de l'équipe de greffe. L'objectif idéal serait d'avoir des équipes de transplantation médico-chirurgicale dans laquelle l'addictologue est membre à part entière (41-42). Addolorato et collaborateurs soulignent l'importance des addictologues au sein des centres de TH (43). Une étude rétrospective multicentrique française publiée en 2022 a inclus 616 patients transplantés entre 2000 et 2015 pour maladie du foie liée à l'alcool (44). Dans ce travail, un suivi addictologique des patients était associé à une diminution significative des rechutes sévères de la consommation d'alcool : 6.5% dans le groupe avec suivi versus 15.5% dans le groupe sans suivi (HR=0.33 ; p=0.0033). De plus, la survenue d'événements cardiovasculaires sévères étaient moindres dans le groupe suivi 10% versus 20% dans le groupe sans suivi (OR=0.39 ; p=0.0086). De nombreuses études ont confirmé l'impact positif de la participation d'un spécialiste en addictologie dans la réduction de la rechute alcoolique même chez les patients après une TH précoce, car les troubles liés à l'usage de l'alcool sont considérés comme une maladie chronique avec des déterminants neurobiologiques (altération du circuit de la récompense) et nécessitent une approche multidisciplinaire comprenant un traitement médicamenteux et des interventions comportementales et psychothérapeutiques (45).

« L'idéal serait d'avoir des équipes de transplantation médico-chirurgicale dans laquelle l'addictologue est membre à part entière. »

2.3.3. Les tests biochimiques

Les tests hépatiques usuels sont utiles, mais nécessitent une consommation intensive et soutenue (> 60g d'alcool/j) pour provoquer des élévations significatives. Il a été démontré que les marqueurs biologiques de la consommation d'alcool et, en particulier, les biomarqueurs directs du métabolisme de l'alcool tels que l'éthylglucuronide (EtG), et le phosphatidyléthanol (Peth), augmentent la sensibilité à la détection de l'alcool. L'EtG est détectable dans l'urine avec une fenêtre de détection d'alcool d'environ 4 à 5 jours, avec une sensibilité déclarée de 62 % à 89 % et une spécificité de 93 % à 99 % (46-47). Ces métabolites de l'alcool peuvent être trouvés dans les urines ou les cheveux, ce qui est un marqueur très spécifique de la consommation d'alcool à long terme (48). La présence de Peth dans les échantillons de sang indique une consommation d'alcool au cours des 28 derniers jours, avec une sensibilité et une spécificité élevées.

2.4. Comment améliorer la prise en charge de ces patients ?

Une consommation d'alcool après la TH pour cirrhose alcoolique n'est donc pas exceptionnelle. Pourtant une abstinence totale après la transplantation devrait toujours être l'objectif de ces patients transplantés. Pour l'obtenir, toutes les techniques médico-psychosociales sont utiles. Ces observations renforcent la nécessité d'une évaluation adéquate et multidisciplinaire chez les patients après la TH, avec des interventions spécifiques et régulières de l'addictologue, pour identifier les patients à risque de rechute, renforcer l'abstinence et prévenir les dommages sur le greffon. La prise en charge du trouble de l'usage du tabac ne doit pas être négligée et elle doit être abordée lors de toutes les consultations de greffe. Une aide à la réduction, puis à l'arrêt, du tabac doit être proposée et soutenue. En définitive, beaucoup d'efforts sont mis à ce jour sur l'amélioration de la sélection du candidat à la greffe, mais beaucoup devraient également être entrepris dans la réduction du taux de rechute post-TH par un suivi multidisciplinaire efficace en post TH.

3. L'ATELIER D'ETP « J'ANTICIPE DES FOIES QUE »

3.1. Contexte

Au CHRU de Tours, 104 greffes hépatiques ont été réalisées en 2024 et 53% des patients avaient une cirrhose avec une composante alcool, avec ou sans cancer primitif du foie. Une consultation de suivi multidisciplinaire annuel après la TH est mise en place depuis fin 2023 dans le cadre d'un projet institutionnel. Afin de diminuer le risque de reconsommation dangereuse pour le greffon et donc pour le patient, après échanges entre l'équipe de greffe et de l'ELSA, la construction d'un atelier collectif d'éducation thérapeutique de prévention de la rechute en alcool nous a semblé pertinente.

Nous présentons ici l'organisation et les modalités pratiques de l'atelier d'éducation thérapeutique centré sur la rechute de l'alcool que nous avons créé spécifiquement depuis avril 2025.

3.2. Objectifs

Les principaux objectifs de l'atelier d'ETP sont pour le patient de considérer l'alcool comme pouvant être encore un problème, d'échanger librement sur une éventuelle consommation d'alcool, sur le craving, sur le risque bien réel de rechute de la maladie alcoolique, les situations à risque de rechute et les stratégies d'adaptation éventuelles pour faire face à ces situations dans la vie quotidienne. Les objectifs secondaires de cet atelier sont d'exprimer son ressenti, ses émotions, son vécu et de les partager, d'expliquer comment résister à l'influence de l'environnement social/familial/professionnel, d'identifier ses ressources et les freins pour préserver sa santé, d'affirmer ses choix. L'élaboration d'une carte « plan d'urgence » personnelle et applicable immédiatement, modifiable dans le temps, pourrait également être une finalité.

3.3. Patients et méthodes

Nous avons inclus tous les patients transplantés hépatiques pour une cirrhose d'origine alcoolique et/ ou d'origine mixte, c'est-à-dire métabolique associée à une maladie alcoolique, ayant accepté de participer à un suivi multidisciplinaire mensuel pendant un an et favorables à participer à un atelier collectif sur la réduction du risque de la récurrence de la maladie hépatique. Les patients pouvaient venir accompagnés d'un proche. L'atelier était animé par un binôme formé à l'ETP comprenant une infirmière et un médecin, hépatologue, ayant le diplôme universitaire (DU) « Trouble de l'usage de l'alcool ». L'atelier avait lieu un mercredi par mois dans la salle d'attente de la consultation dédiée à la greffe hépatique, à l'hôpital Trousseau, CHU de Tours, une salle conviviale et aérée. L'atelier se déroulait en matinée de 10h30 à 12h, à la suite d'un atelier collectif dédié à l'alimentation du transplanté hépatique. Les outils utilisés étaient les cartes Comète (émotions, situations du quotidien et stratégies d'adaptation), un tableau paperboard, des marqueurs, des feutres, des post-it. L'accès aux compte rendus des consultations addictologiques et des consultations avec les psychologues était possible pour rechercher d'éventuelles co-addictions et comorbidités psychiatriques. Le déroulement précis de l'atelier est rapporté dans l'annexe 1.

3.4. Résultats

3.4.1. Population

Entre avril 2025 et mai 2026, 10 ateliers ont été réalisés incluant 31 participants : 6 femmes et 25 hommes, d'âge moyen de 55 ans (39-69 ans). Tous étaient transplantés pour une maladie hépatique liée à l'alcool, et 7 patients avaient un cancer primitif sur leur foie natif. Le diagnostic de cirrhose avait été posé entre 1 et 36 mois avant la TH. Le sevrage alcoolique avant la greffe variait de 3 semaines à 60 mois : 4 patients avaient en effet été transplantés pour HAA cortico-résistante. Un tiers des patients avait bénéficié d'un suivi addictologique en pré-TH, avec parfois réalisation d'une cure de sevrage en SSR. Tous avaient bénéficié d'une évaluation addictologique avant la greffe ; et aucun n'avait d'antécédent de trouble psychiatrique comorbide auto-rapporté ou diagnostiqué lors de l'entretien addictologique pré- TH. Seulement 16% des patients avaient revu un addictologue après la greffe (4 patients une fois, 1 autre deux fois) et 5 patients avaient un rendez-vous d'addictologie post-TH annulé ou non honoré. Pour les autres, aucun rendez-vous de suivi n'apparaissait dans les agendas, et les courriers médicaux indiquaient parfois que les patients n'en souhaitaient pas. 48% des patients étaient fumeurs avant la greffe, mais 80% étaient non-fumeurs après la greffe. La moitié des participants vivait avec un conjoint, 75% avaient des enfants. Tous bénéficiaient d'un entourage soutenant. Quatre patients sont venus accompagnés de leur compagne à l'atelier d'ETP.

3.4.2. Troubles de l'usage de l'alcool : craving, situations à risque et stratégies alternatives

En début de séance, tous décrivent une abstinence maintenue facilement, sans craving ni tentations. Tous considèrent que l'alcool n'est plus une difficulté pour eux et sont surpris d'apprendre la fréquence des rechutes en post-TH. Ils décrivent cependant aisément les situations qui pourraient les amener à consommer.

Voici des exemples de leurs verbatims : « faire les courses au supermarché, la lente traversée du rayon alcool », « rencontrer un vieil ami », « passer devant un bar anciennement fréquenté », « tomber sur une publicité avec une bouteille d'alcool », « un reportage sur les vignes en Touraine », « une fête de famille », « un coup de spleen », « la solitude », « l'ennui », « une mauvaise nouvelle », « et toujours des soucis... oublier les problèmes », « se donner du courage avant d'aller voir quelqu'un de malade », « le stress », « un moment convivial avec les copains, l'apéro », « le départ des enfants », « je suis invité »... Chacun exprimait avec ses mots, des émotions associées à ces événements. Pour l'un, il s'agissait d'indifférence, par complet détachement de son ancien mode de vie. Pour un autre, il s'agissait de fierté, en réalisant qu'il pensait avoir dépassé ces situations (« je suis passé à autre chose ») mais aussi de colère envers les publicistes menaçant sa sobriété : « je suis plus fort que ça, il m'en faudra davantage pour craquer ». Pour d'autres encore il s'agissait de culpabilité, en songeant aux conséquences négatives de leur consommation passée « la réanimation, la peur » et de remords « le foie donné ». Le mot angoisse survenait finalement, en réalisant que l'alcool n'était plus une option à envisager « l'appréhension d'un problème » et la tristesse à l'idée d'une possible perte de contrôle, mais venait également « la résignation ». Des questions se sont posées autour des réactions possibles à ces situations : la fuite « chacun son chemin, moi je contourne le quartier », « je vais pas à la fête », l'évitement « les courses en ligne », « je reste seul, c'est mieux que mal accompagné », l'appel à un ami « à l'aide ! recherche personne de confiance », le saut en avant (« même pas peur, je rentre dans le bar, je m'assieds au comptoir, je demande un café, et je montre ma cicatrice », l'entourage « pas tout seul ! », « on a fait le tri : il y a les vrais amis et les piliers du bar, ceux qui vous tentent », la gestion personnelle de son angoisse : la marche, « je repromène le chien ». La construction d'une carte personnelle « plan d'urgence » était facile et homogène : tous y voyaient en majorité la photographie d'un proche (enfants, petites enfants, épouse), le numéro de téléphone d'un fils, la photographie de l'hôpital Trousseau, plus rarement une image correspondant à un projet lié à l'abstinence (un voyage, un achat onéreux).

Un seul patient a semblé avoir un comportement un peu différent des autres ; trop confiant, il a exprimé le sentiment qu'il avait complètement surmonté sa dépendance. Il minimisait les difficultés, il conservait des bouteilles d'alcool chez lui et n'a pas dissimulé consommer de façon régulière de la bière et du vin sans alcool. Il continuait à fréquenter son bar préféré. Il disait n'avoir pas eu besoin de modifier son mode de vie. Il semblait très sociable, calme et attentif aux autres, mais pourtant parfois mal à l'aise.

Concernant la satisfaction des patients, 95% étaient très satisfaits du contenu de l'atelier et 5% satisfaits. Tous avaient trouvé que l'ambiance du groupe était bonne et avaient eu le sentiment de pouvoir exprimer librement ressentis et émotions. En revanche, aucun ne souhaitait de suivi addictologique individuel à l'issue de l'atelier.

3.5. Discussion

La rechute alcoolique est un événement fréquent en post-TH et relativement difficile à prédire, avec un impact certain sur les résultats après la greffe. Beaucoup concentrent leurs efforts sur une meilleure sélection des candidats avant la TH, avec des résultats mitigés, mais très peu de travaux s'intéressent à la réduction des risques de rechute après la TH. Il s'agissait ici d'intégrer à la consultation multidisciplinaire de suivi des transplantés pour maladie hépatique liée à l'alcool, un atelier d'éducation thérapeutique sur la réduction du risque de rechute, pour accentuer la vigilance et rendre le suivi global. A notre connaissance, aucun autre centre de greffe français ne réalise ce type d'atelier de groupe en post-TH ; aucune consultation addictologique n'est systématique en post-TH, y compris chez les patients greffés pour HAA. Tous les centres interrogés (Paris, Strasbourg, Lille, Montpellier, Rennes) peinent, comme nous, à assurer un suivi addictologique à ces patients après la greffe, et leur proposent uniquement des consultations avec un médecin addictologue, auquel ils ne souhaitent pas toujours se rendre, avec un taux de perdu de vue élevé. Ainsi dans notre étude, s'ils voient tous un addictologue avant le greffe, 84% de notre effectif n'est pas suivi pour son addiction après la greffe. Pourtant quatre patients ont été greffés pour HAA et n'étaient sevrés que depuis un mois. Pourquoi s'étonner de la fréquence des rechutes alcooliques si les hépatologues sont si peu convaincant sur la nécessité d'un suivi coordonné précoce avec l'addictologue ? Tous ceux interrogés dans les différents centres sont persuadés de la pertinence de ce suivi, mais aucun n'a reçu de formation à l'addictologie et à des techniques d'entretien, telles que l'entretien motivationnel.

L'atelier est mis en place précocement dans le suivi du transplanté pour tenter de considérer le problème au plus vite, rompre l'isolement et tenter d'apporter des solutions alternatives. La 1^{ère} année est la période où la reprise de l'alcool est jugée comme la plus à risque de conduire à des conséquences dramatiques pour le patient et le greffon. Cependant des recherches récentes ont montré que la plupart des patients commencent à reconsommer plus de 2 ans après la greffe et que le taux de retour à la consommation augmente avec le temps. L'intérêt d'un atelier de réduction du risque de rechute alcoolique à distance de la greffe pourrait être aussi à considérer, lorsque les consultations du suivi de TH vont en principe s'espacer.

« Tous les hépatologues de centres de transplantation hépatiques interrogés sont persuadés de la pertinence du suivi addictologique après greffe, mais aucun n'a reçu de formation en addictologie ni même à des techniques d'entretien, telles que l'entretien motivationnel. »

Aucun patient n'a refusé de participer à notre atelier d'ETP de réduction des risques de rechute à l'alcool, mais il est vrai que le titre de l'atelier ne mentionne pas clairement qu'il est en lien avec l'alcool. La mention atelier « de groupe » pourrait les effrayer, mais l'atelier se déroule à la suite d'un atelier de groupe sur la diététique, ce qui facilite la participation à l'atelier. Lors des consultations multidisciplinaires, tous refusaient les échanges sur l'addiction à l'alcool, quel que soit l'intervenant, et réagissaient comme s'il n'est pas un problème. Dans notre expérience, l'AUDITc s'est ainsi révélé un mauvais test de dépistage et c'est finalement davantage l'interrogatoire, qui retrouvait des éléments de vulnérabilité comme l'isolement social, les problèmes financiers ou familiaux... et alertaient les soignants. Pourtant lors de l'atelier, quand il s'agit d'énumérer des situations à haut risque de rechute, elles ont vite été identifiées, communes à tous pour la plupart. On notait une discordance entre l'expression que l'alcool n'était plus considéré comme un problème et l'intensité des émotions décrites lors des situations à risque. Au début de l'atelier, les patients semblaient peu affectés, distants, comme s'ils étaient parvenus à dépasser les événements, mais au fur et à mesure les émotions s'enchaînaient et l'on comprend que l'alcool est associé à des souvenirs positifs (des moments de plaisir et de convivialité) et négatifs (avec des conséquences néfastes, notamment l'hospitalisation...). C'est en fait une combinaison d'émotions variables selon la situation, l'entourage, le moment qu'ils parvenaient à nous décrire facilement : culpabilité, honte, peur, résignation, anxiété, mais aussi fierté, vigilance. Ils avaient déjà mis en place beaucoup de stratégies alternatives à ces situations à risque comme : pratiquer des activités qui détendent, ne pas s'isoler, se concentrer sur les aspects positifs, appliquer les conseils d'une personne de confiance, découvrir de nouvelles activités sociales, établir un réseau de soutien solide, modifier son mode de vie... Les cartes Comète ont été un support à l'atelier mais finalement peu utiles, tant pour les émotions que pour les comportements, car les patients s'exprimaient avec enthousiasme et échangeaient leurs idées et leurs stratégies pour faire face aux facteurs de stress émotionnels et aux déclencheurs associés à la consommation d'alcool.

Ainsi parler de l'alcool est devenu une possibilité, avec des soignants sans blouse et manifestant bienveillance, respect et non-jugement. Ceux-ci ont d'ailleurs le sentiment à la fin de l'atelier d'avoir brisé un peu la glace et gagné la confiance de leurs patients. Ils ont rapporté que les éduquer sur les risques associés à la rechute alcoolique et les impliquer dans leurs soins est très motivant. Lorsque les patients ont compris les conséquences potentielles d'une rechute, ils sont plus susceptibles de rester engagés dans leur parcours et l'abstinence. L'approche collaborative de la consultation multidisciplinaire va dans ce sens ; elle favorise certainement le sens des responsabilités et l'autodétermination. L'atelier sur la rechute alcoolique s'intègre dans cette démarche holistique, pour améliorer la qualité des soins, favoriser l'intégration de la greffe dans la vie du patient, et créer une base solide pour une sobriété durable.

« Pendant l'atelier, parler de l'alcool est devenu une possibilité, avec des soignants manifestant bienveillance, respect et non-jugement. »

Enfin, la participation de l'entourage à l'atelier a créé un environnement favorable au patient ; ils ont participé en manifestant soutien et compréhension aux patients. Ils se sont reconnus dans les situations à risque identifiées, s'exprimaient volontiers et semblaient satisfaits du contenu de l'atelier.

3.6. Conclusion et perspectives

Il s'agit d'une étude préliminaire concernant peu de patients transplantés mais ces premiers résultats semblent encourageants. L'atelier de réduction du risque de rechute de l'alcool a certainement sa place dans le

programme d'éducation thérapeutique post-TH. Il s'intègre dans une approche holistique du patient transplanté qui prend en compte non seulement les aspects médicaux mais aussi le bien être psychologique des patients, dans l'objectif de réduire le taux de rechute et d'améliorer la qualité de vie. Un changement dans la relation médecin-patient remarquée à la fin de l'atelier peut favoriser le développement d'une alliance thérapeutique plus solide, qui mettra peut-être le patient plus en confiance pour amorcer un dialogue en cas de rechute. L'atelier d'ETP permettra peut-être au patient de réduire honte, préjugés ou jugement négatif, associés au fait de demander de l'aide médicale ou psychologique en cas de trouble de l'usage de l'alcool. Du côté soignant, le fait de reconnaître ou de mettre en lumière ce risque de rechute bien réel amène à le prendre au sérieux. L'atelier d'ETP pour la réduction du risque alcool peut aider au repérage des patients dont la surveillance devra être plus attentive avec une orientation systématique vers nos médecins addictologues. L'idée est d'essayer de faire suivre les patients qui en ont le plus besoin, en raison de la pénurie de temps addictologique. Le suivi de ces patients à plus long terme nous permettra d'évaluer si la consultation avec l'addictologue est plus fréquemment demandée, acceptée, réalisée et si le taux de rechutes sévères et de complications liées à l'alcool, notamment hépatiques et cardio-vasculaires, est moindre. Enfin, les médicaments d'aide au maintien de l'abstinence (acamprosate et naltrexone) et anti-craving (baclofène) en post-TH devraient faire l'objet d'études pour aider à la prise en charge des patients qui expriment des craintes de reconsommation ou un craving.

« Un changement dans la relation médecin-patient remarquée à la fin de l'atelier peut favoriser le développement d'une alliance thérapeutique plus solide, qui mettra peut-être le patient plus en confiance pour amorcer un dialogue en cas de rechute. »

4. CONCLUSION et PERSPECTIVES

Bien que la greffe soit un évènement majeur dans la vie du patient, le risque de rechute du mésusage d'alcool après TH est réel avec des conséquences importantes pour le greffon et le patient. De nombreuses études cherchent à améliorer la sélection des candidats à la greffe, oubliant la nécessité de poursuivre une prise en charge addictologique en raison du caractère chronique du trouble lié à l'usage d'alcool avec des poussées et des rémissions. Un suivi multidisciplinaire devrait être proposé après TH avec probablement un suivi addictologique systématique. La création de postes d'addictologues dans les services de greffe hépatique et la formation des hépatologues impliqués dans la prise en charge de ces patients pourraient améliorer la qualité de vie et réduire les complications avec un bénéfice du point de vue individuel et du point de vue de la santé publique.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Remerciements : au Dre Camille BARRAULT pour la relecture et la correction de l'article

Sources de financements : pas de financement.

Liens et/ou conflits d'intérêts : aucun

5. REFERENCES

1. Neuberger J. Follow-up of liver transplant recipients. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2020 Jun-Aug; 46-47: 101682.
2. Cholanteril G et al. Temporal trends associated with the rise in alcoholic liver disease related liver transplantation in the United States. Transplantation 2019 Jan; 103 (1) :131-39.
3. Adam R et al. Evolution of indications and results of liver transplantation in Europe. A report from RLTR (European Liver Transplant Registry). J Hepatol 2012 Sep; 57 (3): 675-688.
4. Burra P et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR. Am J Transplant 2010 Jan; 10 (1): 138-48.
5. Schomerus G et al. The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. J Hepatol 2022 Aug ; 77 (2) : 516-24.
6. Lee MR et al. Management of alcohol use disorder in patients requiring liver transplant. Am J Psychiatry 2015 Dec ; 172 (12) : 1182-9.
7. Thursz M et al. Liver transplantation for alcoholic hepatitis : a survey of liver transplant centers. Liver Transpl 2018 Jun ; 24 (6) : 733-34.

8. Daniel KE et al. Why do patients die after a liver transplantation? Clin Transplant 2017 Mar; 31 (3): 1-7.
9. Dopazo C. et al. Analysis of adult 20-year survivors after transplantation. Hepatol Int 2015 Jul ; 9 (3): 461-70.
10. Chak E et al. Risk factors and incidence of de novo malignancy in liver transplant recipients : a systematic review. Liver Int 2010 Oct ; 30 (9) : 1247- 58.
11. O'Carroll RE, et al. Adherence to medication after liver transplantation in Scotland: a pilot study. Liver Transpl 2006 Dec; 12 (12):1862-68.
12. Han M et al. De novo and recurrence of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease after liver transplantation. World J Hepatol 2021 Dec; 13 (12): 1991-2004.
13. DiMartini A et al. Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease. Liver Transpl 2006 May ;12 (5) : 813-20.
14. De Gottardi A et al. A simple score for predicting alcohol relapse after liver transplantation: results from 387 patients over 15 years. Arch Intern Med 2007 Jun 11; 167 (11): 1183-88.
15. Lim J et al. Risk factors and outcomes associated with alcohol relapse after liver transplantation. World J Hepatol 2017 Jun 18; 9 (17): 771-80.
16. Kodali S et al. Alcohol relapse after liver transplantation for Alcoholic Cirrhosis-impact on liver graft and patient survival: A Meta-analysis. Alcohol Alcohol 2018 Mar 1 ; 53 (2) : 166-72.
17. Shinde S et al. Understanding alcohol relapse in liver transplant patients with alcohol-related liver disease: a comprehensive review. Cureus. 2024 Feb 12 ;16(2) : e54052.
18. Addolorato G et al. Liver transplantation for alcohol disease. Transplantation 2016 May; 100 (5): 981-7.
19. Chuncharunee L et al. Alcohol relapse and its predictors after liver transplantation for alcoholic liver disease : a systematic review and meta-analysis. BMC Gastroenterol 2019 Aug 22 ; 19 (1) : 150-9.
20. Dew MA et al. Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. Liver Transpl 2008 Feb ; 14 (2) :159-172.
21. Ursic-Bedoya J et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease : lessons learned and unresolved issues. World J Gastroenterol 2015 Oct 21 ; 21 (39) : 10994-1002.
22. Pageaux GP et al. Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease : does it matter ? J Hepatol 2003 May ; 38 (5) :629-34.
23. Choudhary NS et al. Recidivism in liver transplant recipients for alcohol-related liver disease. J Clin Exp Hepatol 2021 May-Jun ; 11 (3) : 387-96.
24. Faure S et al. Excessive alcohol consumption after liver transplantation impacts on long-term survival, whatever the primary indication. J Hepatol 2012 Aug ; 57 (2) : 306-12.
25. Germany G et al. Early liver transplantation for severe acute alcohol-related hepatitis after more than a decade of experience. J Hepatol 2023 Jun ; 78 (6) : 1130-6.
26. Al Saeedi M et al. Meta-analysis of patient survival and rate of alcohol relapse in liver-transplanted patients for acute alcoholic hepatitis. Langenbecks Arch Surg 2018 Nov ; 403 (7) : 825-36.
27. Louvet A et al. Early liver transplantation for severe alcohol-related hepatitis not responding to medical treatment: a prospective controlled study. Lancet Gastroenterol Hepatol 2022 May; 7 (5) : 416-25.
28. Dumortier J et al. Recurrent alcoholic cirrhosis in severe alcoholic relapse after liver transplantation. Am J Gastroenterol Aug 2015; 110 (8):1160-1166.
29. Dumortier J et al. Recurrent alcoholic cirrhosis in severe alcoholic relapse after liver transplantation : a frequent and serious complication. Am J Gastroenterol 2015 Aug;110(8) : 1160-6.
30. Erard-Poinsot D et al. Natural history of recurrent alcohol-related cirrhosis after liver transplantation : fast and furious. Liver Transpl 2020 Jan ; 26 (1) : 25-33.
31. Mathurin P et al. Liver transplantation in patients with alcohol-related liver disease : current status and future directions. Lancet Gastroenterol Hepatol 2020 May ; 5 (5) : 507-14.
32. Germani G et al. Workup and management of liver transplantation in alcohol-related liver disease. United European Gastroenterol J 2024 Mar ; 12 (2) : 203-209.
33. Séré O et al. Long term risk of solid organ de novo malignancies after liver transplantation: a French national study on 11226 patients. Liver Transplantation 2018 Oct; 24(10):1425-36.
34. DiMartini A et al Trajectories of alcohol consumption following liver transplantation. Am J Transplant 2010 Oct 10 : 2305-12.
35. Lee BP et al. Predicting low risk for sustained alcohol use after early liver transplant for acute alcoholic hepatitis. Hepatology 2019 Apr ; 69 (4) : 1477-87.
36. Lee BP et al. Artificial intelligence to identify harmful alcohol use after early liver transplant for alcohol-associated hepatitis. Am J Transplant 2022 Jul ; 22 (7) : 1834-41
37. Daniel KE et al. Multimodal multidisciplinary management of alcohol use disorder in liver transplant candidates and

- recipients. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2022 Jul 25;7:28 Sedki M et al. Alcohol use in liver transplant recipients with alcohol- related liver disease: a comparative assessment of relapse prediction models. *Transplantation* 2024 Mars 1; 108 (3) : 742-49.
38. Sedki M et al. Alcohol use in liver transplant recipients with alcohol- related liver disease: a comparative assessment of relapse prediction models. *Transplantation* 2024 Mars 1; 108 (3) : 742-49.
 39. Di Martini A et al. Barriers to the management of alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease: strategies to implement integrated care models. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022 Feb; 7 (2): 186-95.
 40. Donnadieu-Rigole H et al. Integration of an addiction team in a liver transplantation center. *Liver Transpl.* 2019 Nov; 25(11) : 1611-19.
 41. Donnadieu-Rigole H et al. Follow up of alcohol consumption after liver transplantation: interest of an addiction team? *Alcohol Clin Exp Res* 2017 Jan; 41(1): 105-70.
 42. Shenoy a et al. Multimodal multidisciplinary management of alcohol use disorder in liver transplant candidates and recipients. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2022 Jul; 25 (7):28
 43. Addolorato G et al. Liver transplantation in alcoholic patients : impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant center. *Alcohol Clin Exp Res* 2013 ; Sep 37 (9) : 1601-8.
 44. Daniel J et al. Integrating an addiction team into the management of patients transplanted for alcohol-associated liver disease reduces the risk of severe relapse. *JHEP* 2023 Jul 30; 5 (10): 100832.
 45. Marroni CP et al. Liver transplantation and alcoholic liver diseases : history, controversies and considerations. *World J Gastroenterol* 2018 Jul 14; 24 (26): 2785-2805.
 46. Staufer K et al. Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology* 2011 Nov ; 54 (5) : 1640-9.
 47. Sterneck M et al. Determination of ethyl glucuronide in hair improves evaluation of long-term alcohol abstinence in liver transplant candidates. *Liver Int* 2014 Mar ; 34 (3) : 469-76.

6. ANNEXES

Annexe 1

Déroulement de l'atelier :

Accueil et présentation de chaque intervenant et des animateurs 5'

Poser le cadre : non jugement, bienveillance, entraide 5'

Présentation de la problématique de la rechute de l'alcool en post TH, les risques pour le greffon, les complications, la santé en général, la qualité de vie du patient

Présentation des objectifs et du déroulement de la séance 10'

1. Dans quelles situations peut-on être amené à consommer... ? 10'

2. Quelles sont les émotions associées à ces événements ? 10'

Brainstorming ou échanges autour des cartes COMETE

« Choisissez mentalement entre 2 et 4 cartes événements qui vous rappellent une situation de consommation.

Pour chaque événement choisissez la ou les cartes émotions qui correspondent aux événements choisis ».

3. Débat/échanges autour du choix de cartes ou des mises en situations 10'

4. Actuellement comment réagissez-vous lorsque vous êtes confrontés à ces événements, à ces émotions 10'

Faire un tableau de synthèse du groupe (événement, émotions et stratégie) à distribuer à chaque participant dans un livret

5. Construire une carte personnel « plan d'urgence » : photo personnel, numéros de téléphone, éléments personnels, phrase choc, image correspondant à un projet lié à l'abstinence...

6. Évaluation de l'atelier :

Questionnaire d'opinion : météo de l'humeur en fin de séance

Questionnaire de satisfaction : pertinence de l'atelier, des outils

Remise d'un livret avec le tableau de synthèse, le post-it « plan d'urgence », et les numéros de l'ELSA, du CSAPA, des principales associations néphalistes.

Annexe 2

Les variables étudiées :

1. Pour les transplantés hépatiques suivis :
 - Pourcentage de rechute sévère chez les transplantés hépatiques suivis en consultation pluridisciplinaire au CHU de Tours à 1 et 5 ans
 - Pourcentage de transplantés hépatiques adressés en consultation d'addictologie au cours de l'année avec des rendez-vous honorés
 - Pourcentage de transplantés hépatiques suivis régulièrement en consultation d'addictologie
 - Présence de comorbidités psychiatriques
 - Coaddictions éventuelles : tabac, cannabis
 - Résultats des scores AUDIT
 - Satisfaction du suivi par les patients
 - Score de qualité de vie (SF36) à M12
 - Reprise d'une activité professionnelle pour les plus jeunes
 - Pourcentage de transplantés sevrés sur le plan du tabac au cours de l'année
2. Concernant la mise en place de l'atelier ETP :
 - Taux de participation à l'atelier
 - Satisfaction des patients
 - Satisfaction des animateurs