



HAL
open science

Prise en charge du patient alcoolodépendant : l'exemple de l'intersecteur d'alcoologie et des conduites addictives du CH de Saint-Egrève

Virginie Pfrimmer

► To cite this version:

Virginie Pfrimmer. Prise en charge du patient alcoolodépendant : l'exemple de l'intersecteur d'alcoologie et des conduites addictives du CH de Saint-Egrève. Sciences pharmaceutiques. 2001. dumas-01511255

HAL Id: dumas-01511255

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511255>

Submitted on 20 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



D

115 059342 7

N° exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2001

N :

7055

PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT :
L'EXEMPLE DE L'INTERSECTEUR D'ALCOOLOGIE
ET DES CONDUITES ADDICTIVES DU C.H. DE SAINT-EGREVE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

VIRGINIE PFRIMMER

*[Données à caractère
personnel]*

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 23 novembre 2001

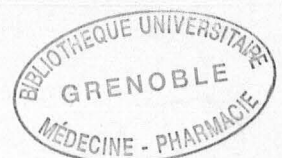
DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le professeur J.L. BENOIT-GUYOD

Membres

Madame le Docteur L. MINISCHETTI

Monsieur le Docteur J.C. EXBRAYAT



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2001

N :

PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT :
L'EXEMPLE DE L'INTERSECTEUR D'ALCOOLOGIE
ET DES CONDUITES ADDICTIVES DU C.H. DE SAINT-EGREVE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

VIRGINIE PFRIMMER
*[Données à caractère
personnel]*

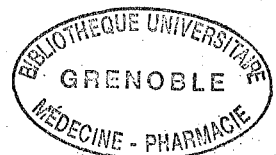
THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 23 novembre 2001

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le professeur J.L. BENOIT-GUYOD

Membres

Madame le Docteur L. MINISCHETTI
Monsieur le Docteur J.C. EXBRAYAT



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

PROFESSEURS DE PHARMACIE

<i>ALARY</i>	<i>Josette</i>	<i>Chimie Analytique</i>
<i>BAKRI</i>	<i>Abdelaziz</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>
<i>BENOIT-GUYOD</i>	<i>Jean-Louis</i>	<i>Chimie Toxicologie et Eco-toxicologie</i>
<i>CALOP</i>	<i>Jean</i>	<i>Pharmacie Clinique et Bio-technique</i>
<i>CUSSAC</i>	<i>Max</i>	<i>Chimie Thérapeutique</i>
<i>DECOUT</i>	<i>Jean-Luc</i>	<i>Chimie Générale</i>
<i>DEMENGE</i>	<i>Pierre</i>	<i>Physiologie/Pharmacologie</i>
<i>DROUET</i>	<i>Emmanuel</i>	<i>Microbiologie-Immunologie</i>
<i>FAVIER</i>	<i>Alain</i>	<i>Biochimie</i>
<i>GOULON</i>	<i>Chantal</i>	<i>Physique-Pharmacie</i>
<i>GRILLOT</i>	<i>Renée</i>	<i>Parasitologie</i>
<i>MARIOTTE</i>	<i>Anne-Marie</i>	<i>Pharmacognosie</i>
<i>RIBUOT</i>	<i>Christophe</i>	<i>Physiologie-Pharmacologie</i>
<i>ROUSSEL</i>	<i>Anne-Marie</i>	<i>Biochimie</i>
<i>SEIGLE-MURANDI</i>	<i>Françoise</i>	<i>Botanique et Cryptogamie</i>
<i>STEIMAN</i>	<i>Régine</i>	<i>Biologie Cellulaire</i>
<i>WOUESSIDJEWE</i>	<i>Denis</i>	<i>Pharmacie Galénique</i>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté

M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen

M. le Professeur J. CALOP

MAITRES DE CONFÉRENCE DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique et Biotech.
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BURMEISTER	Wilheim	Physique
CARON	Cécile	Biologie Moléculaire
CHARLON	Claude	Chimie Pharmacie
DELETRAZ	Martine	Droit Economie pharmaceutique
DIJOUX-FRANCA	M.-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie moléculaire structur
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie C
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie.
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Bactériologie-Virologie.
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GUIRAUD	Pascale	Biologie cellulaire
GROSSET	Catherine	Chimie analytique
HININGER-FAVIER	Isabelle	LBSO-Biochimie C
KRIVOBOK	Serge	Botanique-Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie organique
PERA	Marie-Hélène	Chimie organique
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique Alimentaire
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RIBUOT	Diane	Physio. Pharmaco
RICHARD	Jean-Michel	Chimie Toxico-Ecotoxicologie
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie Pharmacologie
TAILLANDIER	Georges	Chimie organique
VILLEMAM	Danièle	Physique Pharmacie
VILLET	Annick	Chimie analytique

A Joël, que j'aime de tout mon cœur.

*A mes parents et à ma sœur, je les remercie d'avoir toujours su m'apporter
leur amour et leur soutien.*

A Anne et à mes amis de faculté, pour les bons moments passés à leur côté.

A Monsieur le Professeur Benoit-Guyod, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Exbrayat, pour avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Minischetti, pour sa gentillesse, ses conseils et le temps qu'elle m'a accordé pour la réalisation de cette thèse.

A Madame de Beauchamp et à tous les membres de la pharmacie du C.H. de Saint-Égrève, pour la sympathie qu'ils m'ont témoignée.

A Monsieur le Docteur Boyer et à toute l'équipe du pavillon Groddeck, pour m'avoir accueillie dans leur unité.

SOMMAIRE

CHAP 1 - QUELQUES GENERALITES SUR L'ALCOOL ET L'ALCOOLISME	7
1.1. INTRODUCTION	7
1.2. DEFINITIONS	8
1.3. PHARMACOLOGIE DE L'ETHANOL	10
1.3.1. Absorption	10
1.3.2. Distribution	11
1.3.3. Métabolisation	12
1.3.4. Elimination	13
1.3.5. Propriétés	13
1.4. TOXICITE DE L'ALCOOL	16
1.4.1. L'ivresse ou intoxication aiguë	16
1.4.2. L'intoxication chronique	17
1.5. LA DEPENDANCE	18
1.5.1. Définition	18
1.5.2. Action de l'alcool sur le S.N.C.	19
1.5.3. Mécanisme de la dépendance	19
1.6. EPIDEMIOLOGIE GENERALE	26
1.7. REPERCUSSIONS DE L'ALCOOL	28
1.7.1. Alcool et grossesse	28
1.7.2. Alcool et dépression	28
1.7.3. Alcool et tentative de suicide (T.S.)	29
1.7.4. Alcool et infractions	30
CHAP 2 - LE RESEAU DE SOIN EN ALCOOLOGIE	31
2.1. ROLE DU MEDECIN AVANT LE SEVRAGE	31
2.1.1. Qui sont les malades de l'alcool ?	31
2.1.2. Pourquoi les repérer ?	32
2.1.3. Comment les repérer ?	32
2.1.4. De l'alcoolisation à l'abstinence	36
2.2. LE SEVRAGE	38
2.2.1. Description du syndrome de sevrage	39
2.2.2. Indications et contre-indications du sevrage	40
2.2.3. Modalités du sevrage	41
2.3. L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT APRES LE SEVRAGE	45
2.3.1. Le soutien psychologique	45
2.3.2. Les thérapies cognitives et comportementales	46
2.3.3. La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique	46
2.3.4. Les groupes de parole et autres thérapies de groupe	47
2.3.5. Les ateliers thérapeutiques	48
2.3.6. Les moyens socio-éducatifs	48
2.3.7. L'accompagnement de l'entourage	48
2.3.8. Les associations d'anciens buveurs	49
2.4. UTILISATION DE LA CHIMIOETHERAPIE	49
2.4.1. Traitements du sevrage	49
2.4.2. Traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance psychique primaire	52

CHAP 3 - LE CAS DE L'INTERSECTEUR D'ALCOOLOGIE ET DES CONDUITES ADDICTIVES DU C.H. DE SAINT-ÉGREVE	59
3.1. LE RESEAU D'ALCOOLOGIE DE L'AGGLOMERATION GRENOBLOISE	59
3.2. PRESENTATION DE L'INTERSECTEUR D'ALCOOLOGIE ET DES CONDUITES ADDICTIVES	60
3.3. LE PROTOCOLE DE CURE	63
3.4. LES DIFFERENTS AXES DE LA THERAPEUTIQUE	65
3.4.1. <i>Les temps médicaux</i>	65
3.4.2. <i>Auriculothérapie et homéopathie</i>	68
3.4.3. <i>La prise en charge sociale</i>	69
3.4.4. <i>Les thèmes de discussion</i>	69
3.4.5. <i>La relaxation</i>	71
3.4.6. <i>Les activités physiques et sportives</i>	72
3.4.7. <i>L'art thérapie</i>	72
3.4.8. <i>Réunion avec les associations</i>	72
3.5. LE SUIVI	73
CHAP 4 - DISCUSSION	74
4.1. AU SUJET DE GRODDECK	74
4.2. LE PHARMACIEN A-T-IL UNE PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT ?	77
CHAP 5 - CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	86

CHAP 1 - Quelques généralités sur l'alcool et l'alcoolisme

1.1. Introduction

Alcool vient du mot arabe « al-kohl » qui signifie antimoine pulvérisé, qui avait pour effet de maquillage d'agrandir les yeux, de les rendre plus vifs, d'inciter au regard, voire au plaisir.

En latin, puis dans le langage alchimique, le radical « alko » signifie tout produit d'une distillation complète. Ce n'est qu'en 1586 que le terme « alcohol » apparaît en France.

Le terme « alcoolisme » est dû à Magnus Huss, un médecin suédois. Il fit le premier, en 1849, le rapprochement entre l'absorption répétée d'eau de vie à haut degré alcoolique et ses conséquences morbides.

Auparavant, la dépendance à l'égard de l'alcool était considérée comme un vice, curieusement attribué par les auteurs aux « classes laborieuses », dont il était l'apanage.

C'est en 1914, à Ville-Evrard, qu'est créé le premier « asile de buveur ». Il faut ensuite attendre l'apparition en 1951 du médicament à effet antabuse, le disulfirame ou Espéral®, découvert au Danemark par Jacobson, pour que l'alcoolisme devienne une maladie que l'on espère guérir avec un traitement spécifique (Barbier 1997).

Ce travail a pour objectif de présenter les modalités de prise en charge du patient alcoolique à ce jour, et plus particulièrement dans le cadre du pavillon Groddeck du centre hospitalier de Saint-Égrève spécialisé en psychiatrie.

Nous allons suivre le malade de l'alcool vers la voie de la guérison, différents partenaires sociaux et médicaux seront là pour l'accompagner tout au long de son cheminement.

1.2. Définitions

Ces différents termes sont issus du Dictionnaire d'alcoologie (1987) et du glossaire d'alcoologie (1990), rédigés par le Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme.

Abstinence : personne qui s'abstient de toute boisson alcoolique.

Alcoolodépendance : sujétion à la prise de boissons alcooliques ou alcoolisées dont la suppression engendre un malaise psychique et/ou des troubles physiques.

Appétence : tendance qui porte un être vivant à ce qui, pense-t-il, est capable de satisfaire un besoin, une envie, un désir.

Sevrage : cessation de l'alcoolisation. Le mot sevrage désigne tantôt la cessation de l'alcoolisation, tantôt le procédé thérapeutique d'arrêt de cette alcoolisation et, parfois abusivement, les signes pathologiques survenant à la suite de cet arrêt et correspondant au syndrome de sevrage.

Seuil d'alcoolisation dangereuse : limite au-dessous de laquelle la consommation de boissons alcooliques ne serait pas dangereuse. Cette notion est discutable car il est

difficile de définir un niveau de consommation d'éthanol qui soit sans danger. Une inégalité des sexes et des individus devant l'éthanol est maintenant démontrée. Outre la quantité ingérée, la vulnérabilité propre à chacun est vraisemblablement modulée par un facteur génétique. Cependant, l'OMS (2001) propose les seuils suivants, définissant une conduite d'alcoolisation :

- jamais plus de 4 verres pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme.

Usage à risque : toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposée par l'OMS (2001) et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.

Usage nocif : selon l'OMS (2001), il est caractérisé par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool et l'absence de dépendance à l'alcool.

Mésusage : il correspond à l'usage à risque, à l'usage nocif et à l'usage avec dépendance de l'alcool.

Les critères diagnostiques d'alcoolodépendance sont définis dans le DSM-IV par :

1- Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :

Nécessité d'augmenter ses doses d'alcool pour se « sentir bien », ou diminution marquée de l'effet pour une même quantité d'alcool.

2- Sevrage caractérisé par :

Symptômes de sevrage (tremblements, irritabilité, sueurs...) ou prise d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- 3- Prise d'alcool en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que celle envisagée.
- 4- Désir persistant, ou effort infructueux du patient, pour diminuer ou contrôler sa consommation d'alcool.
- 5- Beaucoup de temps est passé ou beaucoup d'efforts sont prodigués pour se procurer de l'alcool (par exemple : sorties nocturnes, vol, dissimulation...).
- 6- Le patient a dû abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de sa consommation d'alcool.
- 7- Le patient a du mal à s'empêcher de boire, bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la consommation d'alcool (par exemple : le patient continue à boire bien qu'il connaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de sa consommation d'alcool).

La présence d'au moins 3 réponses positives définit une dépendance.

1.3. Pharmacologie de l'éthanol

1.3.1. Absorption

L'éthanol est complètement absorbé par le tube digestif, 20% de cette absorption a lieu au niveau de l'estomac et 80% au niveau de la muqueuse duodénale.

La vitesse de réabsorption peut être très variable, en fonction de la nourriture associée,

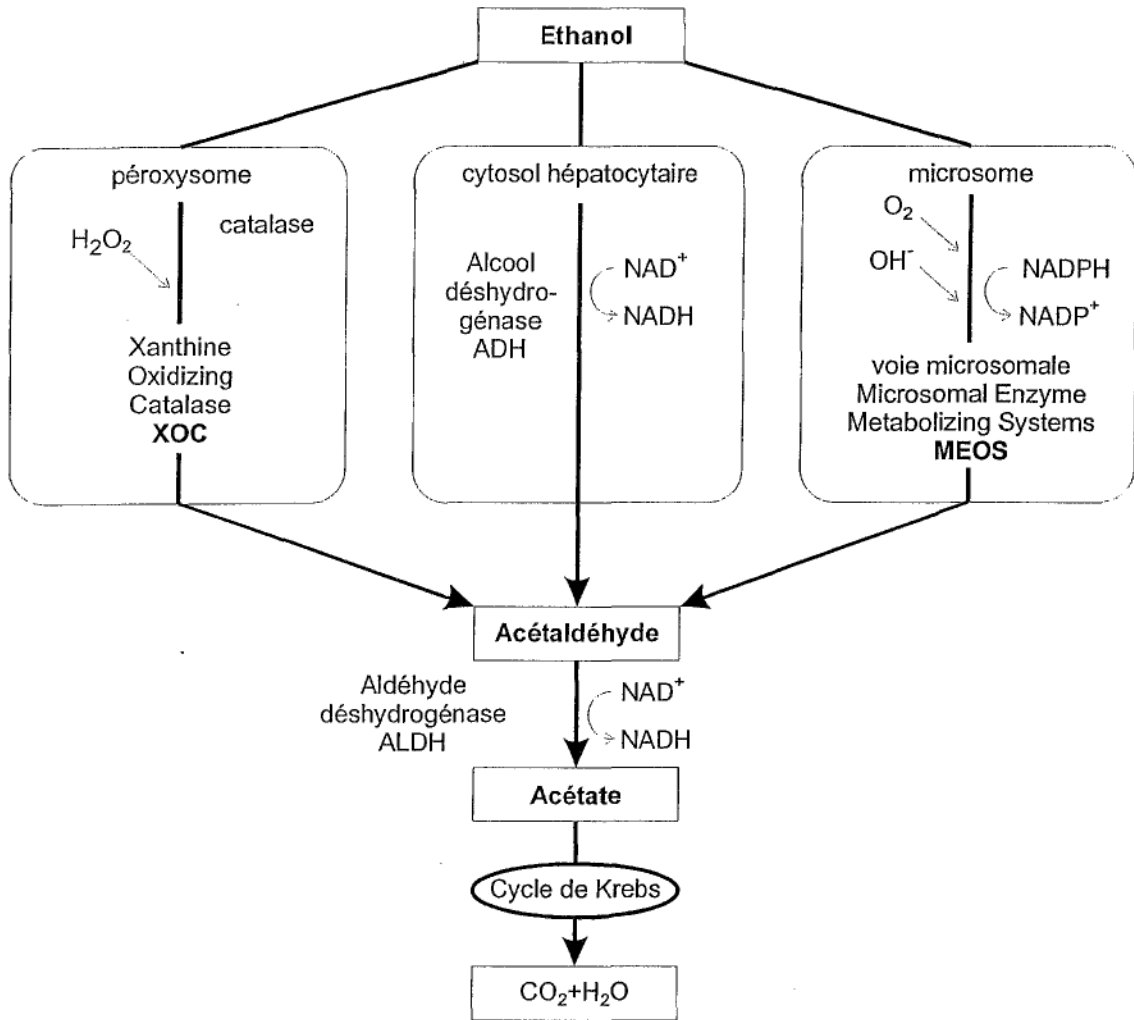
de la concentration de l'alcool, du rythme de l'ingestion, du poids du sujet, du sexe, mais aussi de l'accoutumance (Schorderet et al 1998).

1.3.2. Distribution

La distribution est relativement égale dans l'ensemble des compartiments hydriques de l'organisme. On retrouvera ainsi l'éthanol dans le lait maternel mais aussi dans le placenta. Le volume de distribution est de 0,6 L/kg chez l'homme et de 0,55 L/kg chez la femme (Schorderet et al 1998).

1.3.3. Métabolisation

L'éthanol va subir deux étapes métaboliques successives :



La voie principale d'oxydation de l'éthanol est celle passant par l'alcool déshydrogénase (ADH), au niveau du cytosol hépatocytaire. Les voies annexes ont une affinité pour l'éthanol plus faible, et n'interviennent que lorsque l'ADH est saturée. Ces voies annexes se passent, pour la XOC, au niveau du peroxyosome de l'hépatocyte, et pour la MEOS, au niveau du microsomes hépatocytaire. Lors de l'alcoolisme chronique,

ces deux voies vont se développer. L'acétate issu de ces différentes voies va rentrer dans le cycle de Krebs, où il sera dégradé en CO₂ et H₂O.

Le titre d'éthanol dans le sang va diminuer de 0,15 g/L/h (Schorderet et al 1998).

1.3.4. Elimination

96% de l'alcool est métabolisé avant d'être éliminé, les 4% restants seront retrouvés dans l'air expiré, mais aussi dans les urines, la salive et le lait (Schorderet et al 1998).

1.3.5. Propriétés

L'éthanol est un toxique narcotique. Il va dans un premier temps être à l'origine d'une excitation du système nerveux central (SNC) puis il entraînera une dépression du SNC. Des concentrations de 3,5 à 5,0 mg/ml peuvent être létales. Il existe une tolérance à ces effets chez les consommateurs habituels d'éthanol (Schorderet et al 1998).

La consommation chronique à dose élevée d'éthanol entraîne un grand nombre de lésions. Ces altérations concernent notamment le SNC et périphérique, la sphère hépatodigestive, la sphère ORL et le système cardiovasculaire. Une étude INSEE parue en septembre 2001 montre une plus grande sensibilité des femmes à l'éthanol.

Alcoolopathies du SNC

La carence en vitamine B au niveau des cellules nerveuses va provoquer une atteinte symétrique des nerfs des membres inférieurs. Les premiers signes de cette atteinte seront constitués par des crampes, des fourmillements et des douleurs des mollets, puis par une insensibilisation au toucher, pour aboutir enfin à une paralysie complète avec atrophie musculaire.

L'action directe de l'alcool sur la cellule nerveuse, associée à l'avitaminose B1, peut entraîner une encéphalopathie de Gayet-Wernicke (troubles neurologiques, paralysies oculo-motrices, troubles du tonus et de la vigilance, torpeur, délire) qui peut évoluer vers le Korsakoff, maladie chronique. Le Korsakoff associe aux troubles de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke une amnésie antérograde et des troubles psychotiques qui se rapprochent de la démence. Alors que l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke peut être guérie par l'administration massive de vitamine B1 et le sevrage complet de l'alcool, les lésions présentes dans le Korsakoff sont irrémédiables et conduisent beaucoup de malades à l'internement définitif (Fuks 1993).

L'éthanol est par ailleurs embryotoxique et fœtotoxique. Via le placenta, à travers lequel il passe facilement, l'alcool entre en contact direct avec les cellules nerveuses du fœtus et perturbe leur maturation (Fuks 1993). Les conséquences de l'éthanol sur le fœtus seront vues ultérieurement dans « alcool et grossesse ».

Alcoolopathies de la sphère hépatodigestive

Le foie, de part son rôle dans le métabolisme de l'éthanol, souffre particulièrement de l'imprégnation alcoolique. Parmi les lésions retrouvées, on peut citer les stéatoses (accumulation de graisse dans le foie), l'hépatite aiguë, la cirrhose

(affection chronique et diffuse entraînant un bouleversement de l'architecture hépatique, à l'origine, entre autres, d'un défaut de synthèse des facteurs de la coagulation) et le cancer du foie. L'alcool n'est pas cancérigène, mais cocarcinogène, c'est-à-dire qu'il constitue un facteur, qui associé à d'autres, favorise la survenue du cancer.

Au niveau du pancréas, l'alcool peut être à l'origine d'une pancréatite chronique, qui évolue souvent vers une destruction progressive du pancréas.

Le tube digestif n'est pas épargné par la toxicité de l'alcool : des œsophagites, des gastrites peuvent être retrouvées. Les varices œsophagiennes consécutives à la cirrhose peuvent entraîner des hémorragies graves (Fuks 1993).

Alcoolopathies de la sphère ORL

Au delà des atteintes locales qui se manifestent par l'irritation des muqueuses, des fissurations de la langue, des gingivites et un mauvais état dentaire général, les cancers des voies aérodigestives supérieures (langue, bouche, glotte, pharynx, larynx, œsophage), constituent les complications majeures de l'alcoolisme au niveau de la sphère ORL (Fuks 1993).

Alcoolopathies du système cardiovasculaire

L'éthanol peut être à l'origine d'hypertension artérielle (HTA), d'arythmies et de cardiomyopathies. Ces dernières peuvent être à l'origine d'une insuffisance cardiaque pouvant entraîner la mort (Fuks 1993).

1.4. Toxicité de l'alcool

D'après Fuks (1993), les effets de l'alcool seront différents suivant la façon dont le patient s'alcoolise : une alcoolisation occasionnelle se traduira par une intoxication aiguë ou ivresse tandis qu'une intoxication permanente sera à l'origine d'une intoxication chronique, plus discrète et plus insidieuse.

1.4.1. L'ivresse ou intoxication aiguë

Consécutives à l'ingestion massive et occasionnelle de boissons alcooliques, l'ivresse est caractérisée par un état d'excitation psychique et d'incoordination motrice avec troubles de l'équilibre et du langage pouvant évoluer vers le coma et la mort. Si l'ivresse prend dans la plupart des cas des formes banales, elle peut exposer aussi l'individu à des réactions furieuses, excito-motrices, délirantes ou encore dépressives, capables de générer des passages à l'acte violents ou suicidaires. Les conduites récurrentes d'alcoolisation paroxystique, à l'origine d'ivresses massives pouvant aller jusqu'au coma, doivent être considérées comme une forme sévère de mésusage. Dans ce dernier cas, le malade, dès lors qu'il a commencé à boire, ne peut s'arrêter.

On considère qu'en moyenne un individu se trouve en état d'ivresse lorsque son alcoolémie se situe entre 1,5 et 5,0 g/L. Il existe une grande variabilité selon les individus qui, pour une même quantité d'alcool ingérée, pourront avoir un taux d'alcoolémie différent. De la même façon, un même taux d'alcoolémie pourra induire des comportements très différents d'un individu à l'autre. Les effets de l'intoxication aiguë seront d'autant plus rapides que le sujet n'est pas habitué à boire et n'a par conséquent pas développé de tolérance à l'alcool (Fuks 1993).

L'intoxication aiguë sévère par l'éthanol requiert un contrôle et un maintien de la température corporelle, un lavage gastrique éventuel après intubation, ainsi qu'une respiration assistée en cas de dépression respiratoire marquée. Des troubles électrolytiques, une hypoglycémie, une acidose lactique et une acidocétose doivent être recherchés et corrigés le cas échéant (Schorderet et al 1998).

1.4.2. L'intoxication chronique

L'intoxication chronique peut n'avoir jamais été précédée ou accompagnée d'intoxication aiguë. La chronicité s'opère par étapes, débutant par une phase d'alcoolisation modérée, suivie d'une étape d'alcoolisation dangereuse au cours de laquelle s'installe un phénomène de tolérance qui oblige l'individu à augmenter régulièrement sa consommation pour obtenir les mêmes effets.

L'étape suivante, caractérisée par l'apparition d'une dépendance psychologique, traduit l'impossibilité de l'individu à vivre sans alcool et la nécessité d'en consommer pour faire disparaître certains déplaisirs ou certains malaises, ou pour se sentir plus à l'aise ou plus brillant en société. Enfin, au paroxysme de l'intoxication chronique, la dépendance physique s'installe avec son cortège de symptômes objectifs, désagréables et systématiques (tremblements, sueurs profuses, angoisse, nausées) dès lors que l'individu arrête de consommer de l'alcool. Si cet état de manque perdure, l'individu peut présenter un délire alcoolique subaigu, voire un delirium tremens ou des crises d'épilepsie (Fuks 1993).

1.5. La dépendance

1.5.1. Définition

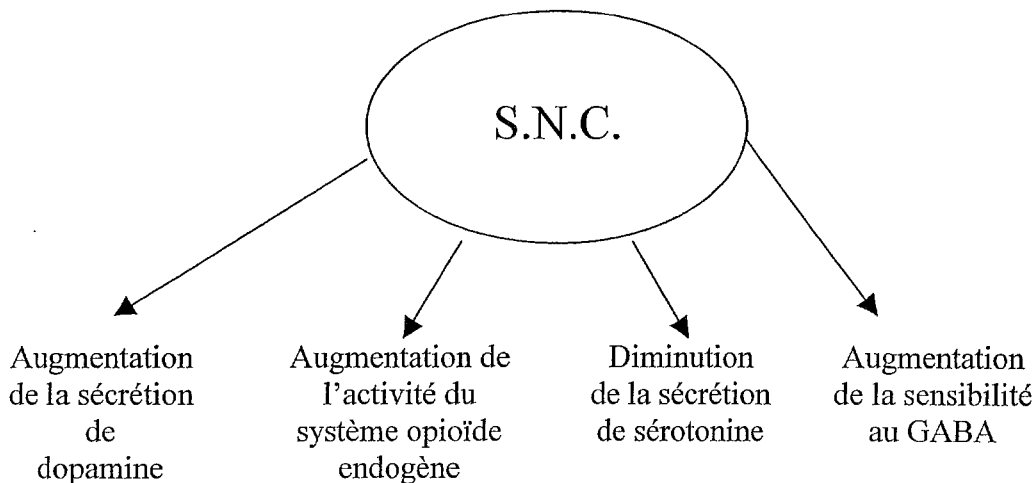
L'OMS définit en 1981 la dépendance comme « un syndrome pour lequel la consommation d'un produit devient une exigence supérieure à celle d'autres comportements qui avaient auparavant une plus grande importance ». On distingue deux types de dépendance :

- la dépendance physique qui correspond à une réaction de l'organisme à l'absence de produit,
- la dépendance psychique qui a trait aux troubles de l'humeur. La dépendance psychique à l'alcool, comme d'ailleurs aux autres drogues addictives, c'est ce besoin sans limite qu'éprouve la personne qui en dépend psychiquement et/ou physiquement, d'en consommer.

Alors que la dépendance physique disparaît après quelques jours d'abstinence, la dépendance psychique peut subsister plusieurs années après l'arrêt de la consommation. L'état de dépendance apparaît progressivement avec la répétition des prises. Dans sa forme extrême, il se caractérise par un besoin impérieux du produit qui pousse l'individu à la recherche compulsive. On parle aussi d'addiction, mot anglo-saxon, lui-même issu d'un terme juridique de vieux français qui signifie devenir esclave pour rembourser ses dettes (Tassin 1998).

1.5.2. Action de l'alcool sur le S.N.C.

Avant de pénétrer dans le mécanisme complexe de la dépendance, il est important de bien visualiser les effets de l'alcool sur le SNC :



L'augmentation de la sécrétion de Dopamine et de l'activité du système opioïde endogène vont activer les systèmes cérébraux de la récompense (O'Brien 2001) dont on va voir le rôle dans le mécanisme de la dépendance. On rappellera l'effet anxiolytique et sédatif du GABA, qui intervient dans la régulation de l'appétence à l'alcool. Quant à la diminution de la sécrétion de sérotonine, elle aura une action dépressive du SNC.

1.5.3. Mécanisme de la dépendance

1.5.3.1. Le GABA : dépendance physique

Pour Lejoyeux (1994), l'éthanol augmente les effets comportementaux, physiologiques et pharmacologiques du GABA. Chez le patient dépendant, l'appétence élective pour l'alcool est en partie induite par le désir et le besoin d'atténuer les signes

de sevrage en rapport avec une baisse des taux de GABA. La baisse du GABA va être à l'origine d'un mal-être, que seule la prise d'alcool et donc la remontée du taux de GABA fera cesser.

1.5.3.2. La dopamine : dépendance psychique

D'après Tassin (1998), tous les produits qui déclenchent des dépendances chez l'homme sont à l'origine de la libération d'un neuromédiateur, la dopamine, dans une zone précise du cerveau, le noyau accumbens. Les drogues semblent donc provoquer du plaisir en inondant de dopamine le circuit de la récompense.

La dopamine est une substance chimique de la famille des catécholamines. Elle est essentiellement produite par les neurones de deux structures cérébrales : l'aire tegmentale ventrale et la substance noire. La première intervient sur le « système de récompense ». La deuxième participe au contrôle de la motricité : la maladie de Parkinson est due à sa dégénérescence. La dopamine intervient aussi dans d'autres fonctions : mémoire de travail, focalisation de l'attention.

L'installation de la dépendance serait due à la modification par la drogue de la cinétique et de l'amplitude de cette production de dopamine.

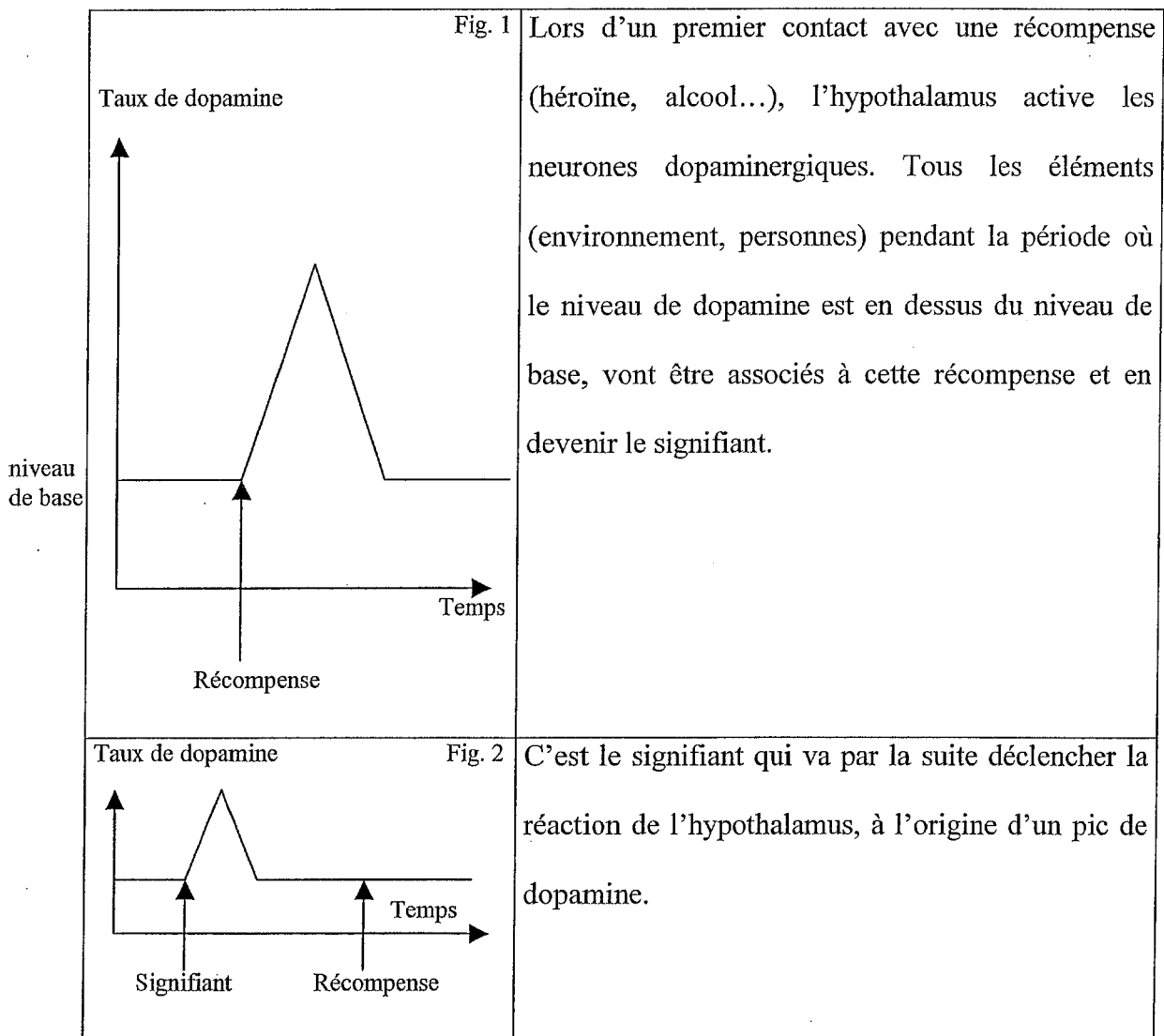
L'expérience de Olds et Miner

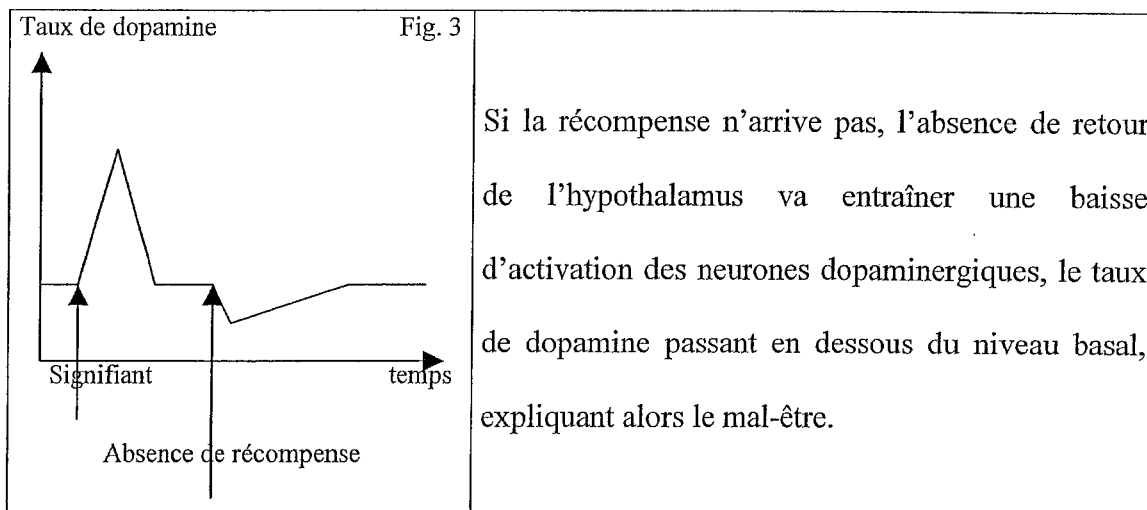
Stewart, puis Wise, deux chercheurs de l'université Concordia à Montréal, se sont intéressés à des expériences pionnières faites dans les années 50. Olds et Milner avaient montré que si l'on place une électrode dans certaines zones précises du cerveau d'un rat, l'animal apprend à appuyer sur une pédale qui, en fermant un circuit électrique, stimule la zone implantée. Le rat s'autostimule ainsi sans interruption. A tel

point que si on lui donne le choix entre cette pédale et une autre qui délivre de la nourriture, il choisit la stimulation électrique et s'impose un jeûne fatal. Olds a alors défini un circuit de la récompense incluant les zones cérébrales sensibles à ce type de stimulation. Les deux régions les plus réactives sont l'hypothalamus et l'aire tegmentale ventrale. On peut comprendre le rôle crucial de l'hypothalamus dans les sensations de satisfaction lorsqu'on sait que ce centre nerveux est fortement impliqué dans des fonctions comme la faim, la soif ou la sexualité, fondamentales pour le maintien de l'espèce. Quant à l'aire tegmentale ventrale ou ATV, c'est l'une des principales sources de dopamine. Sa production est augmentée par tous les produits qui déclenchent une dépendance chez l'homme. La plupart des drogues agissent au niveau de la synapse, entre le neurone libérant de la dopamine et le neurone cible. L'alcool va diminuer l'activité d'une enzyme : la monoamine oxydase qui empêche la destruction de la dopamine (Tassin 1998).

Pour Tassin (1998), la dopamine a un rôle plus complexe que celui d'un simple messager du plaisir. En effet, sa libération peut être déclenchée par la simple présence d'une récompense, même inaccessible. Les neurones libérant de la dopamine sont d'abord activés par les caractéristiques primaires de la récompense, comme l'odeur, la forme, la texture. La fig. 1 nous montre que lors d'un premier contact avec une récompense (héroïne, alcool...), l'hypothalamus active les neurones dopaminergiques. Tous les éléments (environnement, personnes) pendant la période où le niveau de dopamine est en dessus du niveau de base, vont être associés à cette récompense et en devenir le signifiant. Après l'apprentissage, la seule présence de ces signifiants active la libération de dopamine qui, en retour, permet de déclencher un

comportement adapté à l'obtention de la récompense. La fig. 2 nous montre que c'est le signifiant qui va par la suite déclencher la réaction de l'hypothalamus, à l'origine d'un pic de dopamine. La fig. 3 met en évidence le fait que si la récompense n'arrive pas, l'absence de retour de l'hypothalamus va entraîner une baisse d'activation des neurones dopaminergiques, le taux de dopamine passant en dessous du niveau basal, expliquant alors le mal-être.





(Tassin 1998)

Hypothèse de constitution des signifiants

En situation normale, c'est-à-dire lors de l'absorption de produits non toxicomanogènes (comme déguster du chocolat ou le simple fait de se nourrir), la fluctuation de l'activité des neurones libérant la dopamine dure de une à deux secondes. Ce court laps de temps ne permet pas d'associer des signifiants à ce moment de plaisir. Les satisfactions naturelles sont assujetties à cette cinétique et ne la modifient pas. En revanche, les produits toxicomanogènes agissent directement sur les neurones libérant la dopamine et cette action se compte en dizaines de minutes. La cinétique du phénomène est donc complètement perturbée par les drogues. Pendant la large fenêtre de temps durant laquelle les taux de dopamine sont ainsi artificiellement élevés, tous les éléments de l'environnement ainsi que les sensations psychiques sans discrimination peuvent être associés à la récompense. La dépendance se maintient des mois voire des années, même en l'absence de drogue, parce qu'il y a mémorisation des associations (Tassin 1998).

Seuil de dopamine

Selon cette nouvelle hypothèse, le seuil autour duquel fluctue l'activité des neurones libérant la dopamine est fondamental dans l'attitude face aux drogues. C'est en fonction de lui que le cerveau recherche la récompense et ressent la satisfaction lorsqu'il est au-dessus du seuil ou le manque en dessous du seuil. L'ingestion de produits toxicomanogènes est effectivement susceptible de déclencher des sensations de bien-être mais aussi d'augmenter le seuil, et l'élévation chronique du seuil augmente évidemment à moyen terme la probabilité de se trouver en dessous, ce qui poussera à rechercher de nouveau la drogue.

La base de ce seuil, propre à chacun d'entre nous, se constituerait au cours des premières années du développement. Cette notion de seuil relatif dépendant à la fois des évènements antérieurs et des réactions du cerveau à l'environnement immédiat, permet de mieux comprendre l'installation de la dépendance. De fait, tous les individus qui utilisent de la drogue ne deviennent pas nécessairement dépendants. Il existe donc des vulnérabilités individuelles ou des processus de protection vis-à-vis de la toxicomanie. Une part est bien sûr innée : la sensibilité aux drogues des neurones libérant la dopamine diffère probablement d'une personne à l'autre. Mais la susceptibilité dépend aussi de l'histoire de l'individu en particulier des situations plus ou moins conflictuelles qu'il a pu rencontrer au cours de son existence. Le stress active la libération de dopamine et, selon toute vraisemblance, des stress chroniques augmentent ce seuil (Tassin 1998).

Au delà de toutes ces considérations, il est intéressant de noter que, parmi tous ces paramètres, des facteurs héréditaires semblent jouer aussi dans les prédispositions au risque alcoolique. Dans leur article, Gilot et Reynaud (1999) suggèrent fortement

l'existence de déterminants génétiques dans la pathologie alcoolique ; des facteurs génétiques de vulnérabilité, multiples et hétérogènes, prédisposant certains individus plus que d'autres devraient être mis en évidence dans les prochaines années. Ces facteurs interagiraient entre eux et avec l'environnement, et suivraient des modes de transmission non mendéliens.

Autres neuromédiateurs

Bien que la dopamine représente un maillon fondamental dans la dépendance, elle n'est pas seule à intervenir. Il a été montré que l'augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens n'avait de conséquence comportementale que si certains neurones du lobe frontal du cortex étaient stimulés par un autre neuromédiateur, la noradrénaline. L'hypothèse émise a été que cette dernière participe à la synchronisation d'activité des neurones produisant la dopamine. C'est la libération simultanée de dopamine dans différentes zones d'une même structure qui permettrait alors son action (Gilot et Reynaud 1999).

Avec la répétition des prises dans un environnement identique, la libération de dopamine augmente et le lien qui soude la satisfaction ressentie aux conditions d'obtention du produit se consolide. La drogue et les conditions de sa prise deviennent alors la seule solution à toute baisse du niveau thymique au-dessous d'un certain seuil qui lui-même dépend de l'histoire de l'individu. C'est le caractère exclusif du recours à l'alcool qui peut expliquer la dépendance. Le patient alcoolodépendant a progressivement éliminé toutes les autres solutions (Tassin 1998).

1.6. Epidémiologie générale

Bien que difficile à évaluer précisément, selon Gache (1999), le nombre de malades alcoolodépendants en France est estimé à 2 millions (dans ce groupe il y a environ 600 000 femmes) et de l'ordre de 6 millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques et sociales potentielles ou effectivement liées à leur consommation d'alcool.

L'alcoolisme constitue un véritable problème de santé publique. Pour Fuks (1993), l'opinion publique est aveuglée par le fait qu'il s'agit d'un produit de consommation courante légale et ne perçoit pas la gravité de la toxicomanie alcoolique. L'article de Le Pen (1998) nous expose les conséquences sanitaires de l'alcoolisme : la mortalité imputable à la consommation d'alcool représente au minimum 40000 à 50000 décès chaque année, soit entre 7 et 10 % de la mortalité totale. Si l'on excepte le tabac, l'alcool tue plus que tous les autres toxiques réunis et il est une cause fréquente de décès prématuré. Les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sont nombreuses et variées : maladie, accident, arrêt de travail, répercussion sociale, décès.

Comme le rappelle Fuks (1993), l'alcool est à l'origine d'enjeux contradictoires car, avec l'équivalent d'un peu plus de 18 litres d'alcool pur par adulte de plus de 20 ans et par an, la France, dont la consommation globale diminue pourtant régulièrement depuis 30 ans, détient toujours le record mondial de la consommation de boissons alcoolisées. Par comparaison, les Etats-Unis atteignent 8 litres, la Pologne 7 litres et l'Islande 4 litres. On peut donc dire que sous un angle économique, le marché de l'alcool est loin d'être négligeable. On estime qu'environ 10% de la population

française vit directement ou indirectement de la production, de la distribution et de la commercialisation de l'alcool et des boissons alcooliques. Les dépenses de ménage consacrées aux boissons alcooliques représentent 12% de l'ensemble de leurs dépenses alimentaires et 3,6% de la consommation marchande totale. Sur cette somme, 25% tombe, sous forme de taxes, dans les caisses de l'Etat, qui enregistre en outre 25 milliards de francs d'excédent pour le commerce extérieur. Au total, le secteur des boissons alcooliques représente approximativement 2,2% des recettes du budget général de l'Etat en produit fiscal.

Les intérêts en jeu sont donc considérables. Cependant, l'alcoolisme coûte à la nation plus qu'il ne rapporte à l'Etat. D'après la conférence de consensus du 7 et 8 mars 2001, la consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives, que ce soit en terme de perte de revenu et de productivité (près de 50% de ce coût), de dépenses de santé directes hospitalières et ambulatoires (16%), de perte de prélèvement obligatoire (10%) et de dépenses liées à la prévention (3,2%). Le coût moyen annuel – vraisemblablement sous-évalué, en l'absence d'épidémiologie, sans la prise en compte du coût social de la délinquance liée à l'alcool – peut être estimé annuellement à 115 milliards de franc, soit pour chaque Français à peu près 2000 francs.

L'alcoolodépendance est souvent associée à d'autres dépendances. Ainsi selon la conférence de consensus de 1999, 80 à 95% des malades de l'alcool sont aussi des fumeurs. La surmortalité engendrée par cette double dépendance est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac ou à l'alcool. Les benzodiazépines, les opiacés et la cocaïne sont d'autres addictions retrouvées fréquemment chez l'alcoolodépendant.

1.7. Répercussions de l'alcool

1.7.1. Alcool et grossesse

Les méfaits de l'alcool sur le fœtus et le jeune enfant sont connus sous le terme de « syndrome d'alcoolisation fœtale » ou SAF.

Le risque de SAF est important puisqu'il touche toutes les femmes à partir de la première goutte d'alcool consommée, mais dont les conséquences sont aggravées dans le cas de parturientes dépendantes de l'alcool. Il n'y a pas de seuil quantitatif au-dessous duquel on peut être sûr de l'absence d'effet sur le fœtus. Les torts subis par le fœtus sont induits par la toxicité même de l'alcool.

Le SAF va se traduire en période néonatale, et avec différents degrés de gravité par : une dysmorphie, un retard de croissance, des malformations et une atteinte neurologique.

Face à la gravité potentielle du SAF, il est important de prévenir toute alcoolisation chez la femme enceinte (Semet et Gnansounou 1998).

1.7.2. Alcool et dépression

De nombreux troubles mentaux (anxiété, troubles de la personnalité, schizophrénie) ont un risque de comorbidité élevé chez les malades de l'alcool. Selon Ollat (1995), 50% des malades alcooliques non abstinents ont relevé ou relèvent du diagnostic de troubles dépressifs. Bien souvent, la séquence chronologique

d'apparition d'un trouble par rapport à l'autre est difficile à reconstruire en raison de l'intrication des symptômes et des distorsions mnésiques des patients. L'alcoolodépendance est très souvent mise sur le compte des symptômes anxio-dépressifs par le patient, mettant ainsi en avant les propriétés psychotropes de l'alcool (Batel 1999).

Cependant, si l'alcool a la particularité d'avoir des effets subjectifs antidépresseurs et anxiolytique dans le court terme (phase d'absorption), il est aussi fortement « dépressiogène » et anxiogène à long terme. L'alcoolodépendance installée, les effets euphorisants de l'alcool disparaissent fréquemment.

Les symptômes dépressifs marquent presque toutes les histoires d'alcoolodépendance. Cette souffrance thymique est souvent à la base d'une consultation du malade, qui doit amener le médecin à prendre en charge l'alcoolodépendance et ne pas apporter une simple réponse médicamenteuse à cette dépression (Gorwood 1999).

1.7.3. Alcool et tentative de suicide (T.S.)

Les relations entre les troubles alcooliques et les comportements suicidaires ne sont plus à démontrer. Une étude épidémiologique dirigée par Chignon, Cortes, Martin et Chabannes (1998) a montré que plus d'un quart des patients souffrant d'une dépendance alcoolique ont des antécédents de T.S.

La comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (dépression, addiction) est plus fréquemment retrouvée chez les patients alcooliques ayant des antécédents suicidaires que chez les sujets n'ayant jamais effectué de T.S. Un comportement

suicidaire chez un patient alcoolodépendant reflèterait une psychopathologie plus grave que l'alcoolisme isolé.

1.7.4. Alcool et infractions

Plusieurs études, réalisées par le Service d'Etudes pénales et criminologiques du Ministère de la Justice en 1968 et 1971, ont permis d'établir, dès les années 70, un lien entre infractions et consommation d'alcool (Barbier 1997).

Les jugements montrent qu'entre 1992 et 1998, environ 50% des accidents de la route ayant entraînés des blessures sont le fait de conducteurs ayant une alcoolémie positive. Hors accident, les condamnations pour délit de conduite en état alcoolique ou en état d'ivresse manifeste constatée par les forces de l'ordre représentent plus de 80% des délits de circulation routière. On comprend ainsi mieux toutes les campagnes publicitaires se focalisant sur les dangers de l'alcool au volant (Perez-Diaz 2000).

Les méfaits de l'alcool ne s'arrêtent pas sur la route : en effet, un grand pourcentage des crimes les plus graves contre les personnes est dû à l'alcool. Une étude réalisée dans les années 70 par le Ministère de la Justice montre, dans le cadre des homicides involontaires, que 69% des inculpés étaient sous l'emprise de l'alcool et que 30% des personnes incriminées dans des crimes et délits sexuels l'étaient aussi. Cet état de fait justifie les mesures de répression ou d'aggravation des peines pour les infractions commises sous l'emprise de l'alcool (Barbier 1997).

CHAP 2 - Le réseau de soin en alcoologie

2.1. Rôle du médecin avant le sevrage

Le médecin généraliste ou médecin de famille est le professionnel de santé le plus proche du malade. Du fait de cette relation privilégiée, il semble être le mieux placé pour le dépistage d'un patient ayant des problèmes avec l'alcool. L'histoire des malades alcooliques s'étale sur de nombreuses années et le recours au soin se fait en moyenne 10 ans après le développement d'une relation pathologique avec l'alcool (Vabret, Cognard, Davy 2000).

2.1.1. Qui sont les malades de l'alcool ?

Comme le fait remarquer Gache (1999), actuellement, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, se dégage un consensus autour des différentes catégories de patients malades de l'alcool. On considère l'usage nocif, l'usage à risque et l'usage avec dépendance. Les deux premiers groupes rassemblent les « consommateurs à problèmes ». D'autres catégories de malades de l'alcool peuvent être mentionnées : gros consommateurs de fin de semaine, conducteurs automobiles conduisant sous l'emprise de l'alcool, polytoxicomanes...

Des liens ont pu être mis en évidence entre les différents types de consommation. Ainsi, sous l'influence de facteurs externes (l'environnement professionnel par exemple) et internes (tolérance à l'alcool, anxiété), les consommateurs

à problème peuvent évoluer vers l'alcoolodépendance. Or, le pronostic des consommateurs à problème est radicalement différent de celui des alcoolodépendants. Pour les premiers, une réduction de la consommation est encore possible alors que seule une abstinence stricte, nécessitant une prise en charge spécialisée souvent longue, permet d'aider les seconds (Gache 1999).

2.1.2. Pourquoi les repérer ?

Leur nombre important, tant au cabinet du médecin généraliste qu'à l'hôpital, mais aussi les conséquences en terme de mortalité et de morbidité doivent rendre le médecin attentif à cette pathologie. Il apparaît très opportun de repérer ces malades de l'alcool le plus précocement possible dans leur histoire afin de les conseiller et de les traiter utilement selon leur situation propre. Ainsi, le consommateur sera informé sur les risques d'une consommation excessive, le consommateur à problème devra être identifié avant l'apparition d'une dépendance sévère. Il faut motiver les personnes à changer de comportement vis-à-vis de l'alcool (Gache 1999).

2.1.3. Comment les repérer ?

De nombreux outils de repérage et de diagnostic existent, les plus couramment utilisés sont l'entretien clinique, l'examen physique, les questionnaires standardisés et les examens biologiques.

2.1.3.1. L'entretien clinique

Lorsqu'un patient lui est inconnu, le médecin doit prendre l'habitude de quantifier la consommation d'alcool hebdomadaire, au même titre que la consommation

de tabac ou de médicament. Il faut noter que, souvent, à la question : buvez-vous de l'alcool, le patient répondra par la négative, alors que si on lui demande combien de verres d'alcool il boit par jour, il quantifiera ici sa consommation. Cette première approche permettra de distinguer les consommateurs réguliers des consommateurs épisodiques. L'interrogatoire devra être poursuivi chez les consommateurs réguliers, sans oublier de corréler un symptôme à une éventuelle consommation excessive d'alcool.

Ainsi, la fatigue, des pituites matinales¹, une perte d'appétit, des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, des troubles des fonctions sexuelles, un changement de caractère à type d'irritabilité voire d'idées noires seront évocateurs d'une prise excessive d'alcool.

En eux-mêmes, ces symptômes ne sont pas spécifiques, mais ils doivent attirer l'attention du clinicien (Gache 1999).

2.1.3.2. L'examen physique

Là encore, il n'y a pas de spécificité des stigmates de la consommation d'alcool, mais la présence de plusieurs d'entre eux peut constituer un faisceau d'arguments suffisamment évocateurs.

Ces signes cliniques pourront être : couperose, langue saburrale² et souvent trémulante, dents en mauvais état, conjonctives ternes, paratidomégalie bilatérale ,

¹ Pituites : liquide filant, aqueux, que rendent certains malades le matin, à jeun, soit par expectoration soit par une sorte de régurgitation (Garnier et Delamare, 1970)

² Langue saburrale : se dit de la muqueuse linguale lorsqu'elle est recouverte d'un enduit blanc jaunâtre (Garnier et Delamare, 1970)

foetor³ alcoolique, maladie de Dupuytren⁴, tremblements des extrémités, mais aussi hépatomégalie, HTA et un élargissement du triangle de sustentation⁵ (Gache 1999).

2.1.3.3. Questionnaires standardisés

Selon Gache (1998), ces questionnaires, développés depuis une vingtaine d'années, particulièrement aux Etats-Unis, ont fait l'objet de nombreuses publications visant à évaluer leur pertinence scientifique et leur faisabilité dans différents lieux de pratique (hôpital, cabinet de médecine générale...). Ils sont un outil diagnostique supplémentaire lorsque le médecin a des doutes sur la consommation d'alcool de son patient. Parmi tous ceux qui ont été testés, deux méritent de retenir l'attention :

- le test Deta, qui est un test épidémiologique comportant 4 questions : avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? Au-delà de deux réponses positives, il est possible d'évoquer une relation pathologique de la personne avec l'alcool, à savoir une consommation excessive et/ou une alcoolodépendance (Reynaud 1998).
- le questionnaire MAST est performant dans le repérage des malades de l'alcool et notamment des alcoolodépendants, mais la présence de 25 items le rend d'utilisation malaisée. Une version plus courte, le sMAST est plus facile à utiliser (Gache 1999).

³ Foetor : odeur désagréable de l'haleine (Garnier et Delamare, 1970)

⁴ Maladie de Dupuytren : rétraction de l'aponévrose palmaire qui, épaissie et infiltrée de nodules, provoque la flexion progressive des doigts (Garnier et Delamare, 1970)

⁵ Triangle de sustentation : pour un sujet debout, espace limité par les 2 pieds et les droites qui joignent les talons d'une part et les points d'appuis antérieurs des pieds d'autre part (Garnier et Delamare, 1970)

Questionnaire sMAST

	oui	non
1- Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que normale ?	2	0
2- Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
3- Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	2	0
4- Est-ce que vos amis et vos proches pensent que vous êtes un buveur normal ?	0	2
5- Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?	0	2
6- Avez-vous déjà assisté à une réunion d'anciens buveurs pour un problème d'alcool ?	5	0
7- Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?	2	0
8- Avez-vous eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?	2	0
9- Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?	2	0
10- Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?	5	0
11- Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	5	0
12- Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison d'une ivresse ?	2	0
13- Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?	2	0

Un total supérieur ou égal à 3 suggère fortement une alcoolodépendance.

2.1.3.4. Les examens biologiques

Trois marqueurs biologiques sont intéressants pour repérer les conséquences biologiques d'une consommation excessive d'alcool :

- la gamma-glutamyl-transférase, dont le taux va augmenter après 10 jours d'une consommation régulière excessive. C'est un marqueur peu sensible (50 à 70%) dont la spécificité est peu élevée (60 à 70%).
- le volume globulaire moyen ou VGM, qui va augmenter au moins 2 mois après une consommation régulière excessive. La sensibilité du VGM est médiocre (30 à 40%) cependant sa spécificité est de 90%.

L'association γ GT-VGM a une sensibilité de 90% environ.

- la transferrine déficiente en carbo-hydrate est d'usage plus récent, et d'un coût plus élevé qui limite son utilisation. Sa sensibilité est équivalente à celle de la γ GT mais sa spécificité est meilleure (80% environ).

La connaissance de ces outils diagnostiques devrait permettre un repérage plus précoce du malade alcoolique, et donc une prise en charge moins lourde (Gache 1999 et Zini 2001).

2.1.4. De l'alcoolisation à l'abstinence

2.1.4.1. Le déni

La fréquence des attitudes de déni représente moins de 10% des patients consultants dans des centres d'alcoologie (Batel, Tkoub, Pessione et Lancrenon 1999). Ce chiffre nous laisse donc penser qu'au cabinet du médecin généraliste, la fréquence de déni sera plus élevée. En effet, les patients se rendant dans des centres d'alcoologie ont déjà fait un certain chemin dans la reconnaissance de leur maladie, ce qui n'est pas forcément le cas lorsqu'ils vont consulter leur médecin de famille.

Il ne sert à rien d'introduire une relation de force avec le patient, il faut, tout en étant ferme sur le diagnostic, être compliant sur la prise en charge. Nul ne peut s'arrêter de boire à la place d'un alcoolique. Au cours des visites suivantes, l'alcool doit être abordé au cours de la consultation et il faut toujours le faire reconnaître dans son aspect pathologique. Il faut désamorcer toute relation de défi ou de déni. Le patient doit prendre conscience de son alcoolisme pour lui permettre, par la suite, d'accepter le traitement (Tieghem 1997).

Pour Vabret, Cognard et Davy (2000), il faut faire un état des lieux dont le but est la rectification du lien de causalité pour permettre au patient de passer de l'expression « je bois car... » à « ...car je bois ».

2.1.4.2. La maturation psychique

Le malade, aux prises avec sa consommation d'alcool qu'il ne maîtrise plus, prend progressivement conscience que le prix qu'il doit payer pour continuer à boire est trop élevé. Les effets positifs de l'alcool ne se réduisent plus qu'à la diminution des effets négatifs du sevrage et du manque. Il convient alors d'évoquer de manière concrète les modalités de traitement (Vabret, Cognard et Davy 2000).

Le sevrage est vécu par le patient alcoolodépendant non sevré comme une étape majeure, envisagée comme un renoncement, une frustration ou une souffrance. L'éventualité d'arrêter de boire n'est donc envisagée qu'avec réticence par le malade de l'alcool. Longtemps, les alcoologues ont considéré que le malade devait énoncer clairement son désir de sevrage, cette motivation représentant un élément fondamental dans la réussite du projet. Or, le processus de changement comportemental est plus complexe, il faut accompagner le malade dans cette maturation au cours de laquelle le

projet d'abstinence évoque des sentiments très divers. Une évaluation des bénéfices attendus de l'abstinence et de ses inconvénients peut être une aide considérable pour faciliter sa prise de décision. Les inconvénients peuvent ainsi être minimisés en rassurant le patient sur la large compensation des bénéfices attendus qui sont renforcés et valorisés. Très souvent, le patient alcoolodépendant est avant tout anxieux à l'idée non seulement de se séparer de son produit mais aussi de souffrir de son absence. Un inventaire des dommages causés par l'alcool et des bénéfices escomptés par l'abstinence suffisent souvent à susciter une décision de sevrage. Si celle-ci tarde à venir, le médecin doit la proposer systématiquement. La survenue d'une complication de la maladie est aussi une occasion à saisir pour faire le point avec le patient sur son inclination à un changement de comportement (Batel 2000).

2.2. Le sevrage

Le sevrage est une phase incontournable et initiale du traitement de l'alcoolodépendance dont le but est de modifier le comportement du patient et de mettre en place une abstinence dans un objectif de maintien à long terme. Le sevrage thérapeutique doit s'intégrer dans une stratégie globale de soins du sujet alcoolodépendant. Cette étape assure la prévention et le traitement des symptômes de dépendance physique et des complications induites par la suppression brutale de l'alcool. Ce moment de rupture favorise et renforce la prise de conscience de l'alcoolodépendance et permet de construire un nouveau projet de vie sans alcool (Conférence de consensus de 1999).

2.2.1. Description du syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations. On retrouve dans la grande majorité des cas :

- des troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- des troubles neurovégétatifs avec sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- des troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut se compliquer:

- de signes confusionnels
- d'hallucinations
- de delirium
- de convulsions
- d'hyperthermie

Ce syndrome est résolutif, spontanément ou sous traitement, en 2 à 5 jours. L'apparition plus tardive ou la persistance de ces troubles au-delà de ce délai doit faire évoquer d'autres addictions associées, en particulier aux benzodiazépines (Conférence de consensus de 1999).

2.2.2. Indications et contre-indications du sevrage

2.2.2.1. Indications

Dans la majorité des cas, les sevrages sont programmés. Ils font partie d'un projet thérapeutique qui doit tenir compte de la motivation, de l'implication et des capacités du patient.

La demande de sevrage ne provient pas toujours du patient : elle peut être demandée par ses proches mais aussi par divers intervenants médico-sociaux. Cependant, l'entrée dans la vie sans alcool est décidée par le patient et le médecin, à un moment où le contexte et la maturation du projet personnel du patient le rendent possible avec les meilleures chances de réussite.

Les sevrages peuvent être contraints, dans le cadre du milieu carcéral ou d'une obligation de soins. Chez les femmes enceintes, le risque de malformation pour le nouveau-né rend le sevrage thérapeutique impératif (Conférence de consensus de 1999).

2.2.2.2. Les contre-indications

Les contre-indications absolues n'existent pas, cependant il existe des non-indications au sevrage immédiat en cas de :

- non-demande
- absence de projet thérapeutique et social
- situations de crises (affective, sociale, professionnelle)

Ces situations n'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective de sevrage ultérieur (conférence de consensus de 1999).

2.2.3. Modalités du sevrage

Le sevrage alcoolique est traditionnellement pratiqué en France au cours d'une hospitalisation de durée variable, dans différentes structures de soins. Le sevrage ambulatoire tend à se développer depuis quelques années, pour des raisons aussi bien théoriques qu'économiques. Le tableau ci-dessous permet un bref aperçu des avantages et inconvénients des deux modes de sevrage :

Modalités	Avantages	Inconvénients
Institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - « garantie » d'abstinence meilleure - Permet un éloignement temporaire d'un milieu familial ou social non favorable - Offre une disponibilité du patient pour des activités éducatives ou des approches psychothérapeutiques spécifiques - Rassure les sujets anxieux et/ou déprimés - Facilite un bilan exhaustif des alcoolopathies - Autorise en toute sécurité des sevrages multiples 	<ul style="list-style-type: none"> - implique une coupure du milieu professionnel - impose un changement brutal lors du retour au domicile - « surprotège » et déresponsabilise les personnalités « dépendantes » - coût plus élevé que l'alternative ambulatoire - délai d'admission
Ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> - compatible avec la poursuite d'un emploi - plus acceptable pour les femmes (moins stigmatisant) - compatible avec une dépendance physique mineure à modérée - nécessite une participation active du patient - implication importante de l'entourage - coût moindre - établit un lien fort et continu avec le soignant 	<ul style="list-style-type: none"> - surveillance discontinue - difficile chez le sujet isolé - poursuite de l'exposition aux facteurs environnementaux - observance médicamenteuse moins contrôlable - peu compatible avec une polydépendance - peu compatible avec un syndrome de sevrage sévère - ne soulage pas l'entourage

(Batel 2000).

2.2.3.1. Sevrage institutionnel

Il permet au sujet de s'arrêter de boire en toute sécurité pour deux raisons principales :

- la persistance d'une alcoolisation clandestine est vraiment rare ;
- la généralisation des traitements préventifs a diminué la prévalence des syndromes de sevrage sévères (moins de 2% par an).

Le programme de soins proposé varie selon le lieu, mais il répond globalement à un schéma biphasique : accueil et traitement de la dépendance physique les premiers jours puis information, reprise d'assurance et mise en place d'un programme de maintien (Batel 2000).

Les différentes étapes de la cure sont :

- Le sevrage, qui dure de 3 à 5 jours et qui consiste en un arrêt immédiat de l'alcool. Le patient est aidé par des tranquillisants (le plus souvent des benzodiazépines), des vitamines B, ainsi que par une bonne hydratation. Dans le même temps, un bilan de santé complet est organisé.
- L'accompagnement du malade après le sevrage s'organise autour de 4 pôles, avec les réunions à visée thérapeutique, les entretiens individuels, la biographie et le projet de vie. Le projet de vie permet au patient de prendre conscience du fait qu'il va devoir modifier un certain nombre d'habitudes de vie (Counillet 1997).

2.2.3.2. Sevrage ambulatoire

Selon Gonnet (1998), il existe essentiellement trois grands types de sevrage ambulatoire. Chaque thérapeute déclinant ensuite l'une de ces trois propositions selon ses moyens, ses convictions et sa personnalité :

- les sevrages avec intervention au domicile du patient
- les sevrages sous forme d'hospitalisation de jour
- les sevrages avec consultation en centre de consultation ambulatoire en alcoologie (CCAA)

Le sevrage ambulatoire est réalisable chez la grande majorité des patients alcoolodépendants. Il offre souvent un avantage important au niveau de la motivation, puisqu'il permet au sujet dépendant de changer ses mauvaises habitudes « in situ », en étant accompagné et soutenu par un soignant.

Il existe cependant quelques cas de contre-indication au sevrage ambulatoire :

- un épisode récent de complication d'une maladie organique qui doit être pris en charge à l'hôpital ;
- des antécédents de delirium tremens au cours de sevrages précédents ;
- les toxicomanies avérées aux produits illicites ;
- la sévérité et l'ancienneté de la dépendance, mais aussi l'isolement, la perte de liens sociaux doivent faire préférer un sevrage institutionnel ;

Le sevrage ambulatoire va se dérouler en différentes étapes :

- la première semaine va consister en une mise en place du sevrage : une date va être fixée, au mieux fixée à la veille d'un week-end pour que les 2 premiers jours du

sevrage se déroulent à domicile, en l'absence de toute activité professionnelle. La première consultation aura permis de faire un bilan médical complet, de connaître les antécédents éventuels de convulsions ou de delirium tremens. La prévention du syndrome de sevrage sera réalisée par des benzodiazépines et une hydratation importante, tandis que l'adjonction d'une vitaminothérapie permettra de prévenir ou corriger les neuropathies périphériques. Cette prise en charge est identique à celle que l'on retrouve dans le sevrage institutionnel.

- La deuxième étape a pour objectif l'arrêt complet de l'alcool dans un délai de 10 jours. A chaque consultation, la question de la consommation déclarée d'alcool doit être estimée en nombre de verres de boissons alcooliques. La plupart des patients cessent de boire brutalement et sont abstinents dès la deuxième consultation. Pour les autres, une dizaine de jours de restriction croissante et progressive est nécessaire avant d'arriver à une consommation nulle. Au-delà de 10 jours, la persistance d'une consommation, même très modérée, doit être considérée comme un échec du sevrage ambulatoire. Dix jours d'abstinence consécutifs signent la réussite du sevrage ambulatoire (Gonnet 1998).

Le patient doit être prévenu dès le premier jour de la possibilité d'un échec et, le cas échéant, lui demander de venir consulter en urgence. La réalcoolisation est très fréquente au cours des 3 premiers mois suivant le sevrage ambulatoire (30 à 40% des cas). Le médecin doit rassurer et déculpabiliser le patient, banaliser cette mésaventure en « accident de parcours » dans le cas d'une reprise rapide de l'abstinence. Dans le cas inverse, il est souvent nécessaire de recommencer un sevrage (Batel et Rueff 1995).

2.3. L'accompagnement du patient après le sevrage

Un grand nombre de travaux cliniques rapportent une fréquence élevée de réalcoolisation (40 à 60%) dans les 6 premiers mois, alors que l'objectif du sevrage est l'installation d'une abstinence prolongée (Moser et Sciorato 1996). Sans intervention, l'évolution spontanée de l'alcoolodépendance est presque toujours défavorable (moins de 10% de guérison spontanée) (Conférence de consensus de mars 2001). Lors de la phase de consolidation, le suivi psychothérapeutique reste essentiel : il permet le maintien du sevrage et la dédramatisation d'une éventuelle réintoxication. Ce problème sera plus aigu chez le patient sortant d'un sevrage institutionnel, car il va se retrouver de nouveau confronté à la liberté de boire ou non. Le sujet abstinent va devoir réorganiser sa vie en engageant un véritable combat vis-à-vis de l'incitation à boire, renforcée par des pressions familiales et sociales éventuelles (Moser et Sciorato 1996).

2.3.1. Le soutien psychologique

D'après la conférence de consensus de mars 2001, bien que peu d'études scientifiques aient évalué le soutien psychologique, il est, pour les professionnels de l'alcoologie, le fondement de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool. Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre :

- l'écoute, où l'écouter doit s'abstenir de tout jugement, refuser d'entrer dans le cercle du mensonge et ne rien vouloir pour l'autre à sa place.
- La relation d'aide, fondée sur le regard positif et inconditionnel du soignant, c'est-à-dire une attitude d'accueil total, sans critique ou reproche, sans moralisation d'aucune sorte et sa capacité à percevoir la souffrance de l'autre.

- L'attitude de soutien psychologique qui consiste en l'appréciation positive des découvertes faites par le patient en vue de la consolidation de l'abstinence (conférence de consensus de mars 2001).
- la psychothérapie de soutien est un accompagnement bienveillant et renforçateur au cours d'une relation suivie de qualité, toujours utile au malade de l'alcool. Il lui permet de ne pas craindre la confrontation à un thérapeute accablé par le spectre de l'échec et culpabilisant malgré lui, en cas de dérapage (Batel 2000).

2.3.2. Les thérapies cognitives et comportementales

Les psychothérapies comportementales sont des techniques plus sophistiquées, ayant pour objectif d'aider le patient à modifier son comportement et ses pensées vis-à-vis de l'alcool, tout en le guidant très concrètement dans son processus de changement (Batel 2000). Cette approche se base sur le fait que la consommation d'alcool est une tentative inadaptée pour faire face à des problèmes ou pour satisfaire certains besoins de compensation (Uehlinger 1999). Elles sont pratiquées le plus souvent en groupe, dans des centres spécialisés, dès le sevrage terminé (Batel 2000).

2.3.3. La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique

La dépendance alcoolique n'est pas considérée comme une indication classique de la thérapie analytique. Celle-ci peut faire partie du parcours thérapeutique pour les sujets présentant un alcoolisme associé à des troubles névrotiques ou des troubles de la personnalité, en association avec un traitement centré sur le maintien de l'abstinence.

Dans les psychothérapies d'inspiration analytique, le silence et la neutralité bienveillante du psychanalyste est remplacée par une « avance de la parole » pour signifier au patient l'empathie du thérapeute et favoriser l'alliance thérapeutique. Cette thérapie peut être réalisée sur demande du patient, après une certaine durée d'abstinence (Conférence de consensus de mars 2001).

2.3.4. Les groupes de parole et autres thérapies de groupe

Ces groupes sont régis par des règles communes de fonctionnement : le secret, la discrétion, la spontanéité et l'assiduité. Ces techniques répondent bien aux besoins des patients alcoolodépendants. En effet, dans le cadre d'un groupe, ils s'expriment souvent plus facilement que dans le cadre d'un entretien individuel et peuvent mieux gérer leur temps de parole. L'association de plusieurs personnes permet de mieux résoudre des difficultés communes, dans lesquelles, chacun, isolément, se sent impuissant. Elles permettent au sujet de s'identifier à d'autres personnes vivant ou ayant vécu des expériences similaires, de comprendre l'impact de l'alcool sur les histoires de vie, d'apprendre à comparer ses propres réactions ou vécus par rapport à ceux des autres, et enfin d'apprendre à communiquer ses émotions de manière plus adaptée. La participation de l'entourage à des groupes de parole améliore la compliance de l'alcoolodépendant sevré, le taux d'abstinence et l'équilibre conjugal (Conférence de consensus de mars 2001).

2.3.5. Les ateliers thérapeutiques

La mise à disposition d'espaces de créativité, de communication et de socialisation peut être intéressant pour le patient sevré. De nombreuses équipes proposent une activité corporelle au travers du sport, de la randonnée, de la relaxation. L'ergothérapie est aussi utilisée, elle permet une restructuration spatio-temporelle grâce à des ateliers conçus autour du travail manuel (Conférence de consensus de mars 2001).

2.3.6. Les moyens socio-éducatifs

La prise en charge sociale du patient est un élément important. Plusieurs études montrent les bénéfices qui en résultent pour le patient. Cette aide sociale, juridique, administrative et professionnelle permet au patient de reprendre progressivement le contrôle de sa situation (Conférence de consensus de mars 2001).

2.3.7. L'accompagnement de l'entourage

Les situations d'alcoolisation impliquent toujours les proches de l'alcoolodépendant. Les bénéfices d'une prise en charge précoce de l'entourage sont soulignés dans plusieurs études.

L'accompagnement de l'entourage améliore les taux d'abstinence dans les 2 ans suivants le sevrage, mais aussi les relations conjugales à court terme.

Cet accompagnement peut se faire sous forme de soutien, d'information, d'éducation, de psychothérapies individuelles, de groupe ou familiale (Conférence de consensus de mars 2001).

2.3.8. Les associations d'anciens buveurs

Il existe en France une dizaine d'associations, d'horizons divers. Ces mouvements, considérant l'alcoolisme comme une maladie, vont s'efforcer d'aider le patient à prendre conscience de sa dépendance, à l'accepter comme telle et à gravir progressivement les échelons qui l'amèneront vers l'abstinence. La mise en place de tout un système de gratifications, qu'elles soient matérielles ou symboliques va permettre une reconstruction narcissique. Par la fusion totale à ce groupe et la sécurité qu'il représente, le sujet va pouvoir s'identifier au modèle que représente le dirigeant, ancien alcoolique guéri, et va à son tour au fil de son sevrage devenir ancien et modèle d'identification pour les nouveaux arrivants. Par le renforcement positif créé par l'abstinence des autres membres du groupe, l'individu existe et est reconnu dans l'environnement (Moser et Sciorato 1996). Cependant, l'allure quasi confessionnelle de ces réunions peut provoquer des sensations de rejet dès le premier contact. Malgré tout, de nombreux patients, réticents à un suivi médical, sont rassurés de rencontrer des semblables qui les soutiendront par l'entraide mutuelle. Le médecin devrait donc proposer systématiquement à ses patients alcoolodépendants de se rendre à une réunion proche de son domicile (Batel 2000).

2.4. Utilisation de la chimiothérapie

2.4.1. Traitements du sevrage

On retrouve ces données dans la conférence de consensus de 1999.

2.4.1.1. Les psychotropes

Les benzodiazépines (BZD) sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. Elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du delirium tremens. Les BZD à demi-vie longue comme le diazépam (Valium®) préviennent mieux les crises comitiales, mais présentent un risque accru d'accumulation en cas d'insuffisance hépatocellulaire. Les BZD à demi-vie brève comme l'alprazolam (Xanax®) ou le lorazépam (Témesta®) présentent un potentiel d'abus plus élevé.

En pratique, la voie orale doit être préférentiellement utilisée. Trois schémas de prescription sont possibles :

- 1) prescription de doses réparties sur 24h (recommandé en ambulatoire)
 - diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en 4 à 7 jours,
 - ou : diazépam 6 comprimés à 10 mg le premier jour et diminution d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt.
- 2) prescription personnalisée, éventuellement guidée par une échelle d'évaluation de la sévérité des syndromes.
- 3) Utilisation d'une dose de charge orale d'une BZD à demi-vie longue.

D'autres BZD que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam (Valium®) équivalent à 30 mg d'oxazépam (Séresta®), 2 mg de lorazépam (Témesta®), 1 mg d'alprazolam (Xanax®) et 15 mg de chlorazépate (Tranxène®).

Les BZD entraînent un phénomène de tolérance en administration prolongée. Elles peuvent être à l'origine d'une dépendance physique et psychique, particulièrement en cas d'utilisation prolongée. La durée de traitement, la dose, mais aussi des antécédents d'autres dépendances (médicamenteuses, alcooliques...) semblent la favoriser. Cet état peut entraîner à l'arrêt du traitement un phénomène de sevrage. Le traitement devra donc être arrêté progressivement. L'association de plusieurs BZD risque, quelle qu'en soit l'utilisation, d'accroître la pharmacodépendance. Un phénomène de rebond peut aussi se manifester, sous la forme d'une exacerbation de l'anxiété. Le patient devra en être averti, afin de minimiser l'anxiété qui pourrait découler des symptômes liés à cette interruption, même progressive (Vidal 2001).

Les autres psychotropes, comme le méprobamate, les barbituriques et les neuroleptiques, ont un rapport bénéfice-risque inférieur à celui des BZD. L'efficacité n'est jamais supérieure, les effets indésirables (sédation, amnésie, dépendance) sont au moins égaux à ceux des BZD. De plus, leur toxicité aiguë est bien supérieure (fiches de transparence 1999).

2.4.1.2. L'hydratation

Les apports hydriques doivent être suffisants, mais sans hyperhydratation. Cette hydratation suffisante sera apportée par de l'eau, des jus de fruits, des bouillons. Des perfusions de sérum glucosé et de sérum physiologique peuvent être utilisés pour compléter cet apport liquidien de 2 à 3 litres par jour (Gimenez F., Brazier M., Calop J., Dine T., Tchiakpé L. 2000).

Les perfusions sont à éviter chez le malade conscient.

2.4.1.3. La vitaminothérapie

Le sevrage peut favoriser l'apparition de graves troubles neurologiques ou cardiaques par carence en thiamine (vitamine B1), en particulier en cas d'apport glucosé associé. Cette carence se traduit en aigu par le syndrome de Wernicke (désordres neurologiques) et en chronique par le syndrome de Korsakov, des polynévrites et des polyneuropathies. Chez l'alcoolique, l'absorption de la vitamine B1 est inhibée par la présence d'alcool et, de plus, ce patient souffre souvent d'une malnutrition. Cette vitamine est nécessaire au fonctionnement cellulaire et à la transmission de l'influx nerveux. Elle est apportée par les levures, céréales, mais aussi œufs, viande, poisson et laitage. Il est nécessaire d'administrer de la thiamine (500 mg par jour) à tout patient débutant un sevrage. L'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine.

2.4.2. Traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance psychique primaire

2.4.2.1. Acamprosate ou Aotal®

- Indication : maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant. L'acamprosate doit être associé à une prise en charge psychologique (Vidal 2001).
- Mécanisme d'action : l'activité des acides aminés (AA) excitateurs (glutamate et aspartate) est augmentée lors du sevrage, et va stimuler les récepteurs au glutamate NMDA provoquant des phénomènes d'excitotoxicité, à l'origine des réactions de neurodégénération centrale et périphérique observées chez l'alcoolodépendant.

L'acamprosate va réduire l'activité de ces AA excitateurs et donc les phénomènes d'excitotoxicité. L'acamprosate agit aussi en stimulant le GABA et en bloquant les phénomènes d'hyperactivité psychique et cérébrale présents lors du sevrage (Lejoyeux 1999). En effet, le déclenchement d'un sevrage s'accompagne d'une déplétion en dopamine et d'une importante réduction de l'activité des neurones dopaminergiques de l'ATV, qui peut être restaurée par l'administration d'agoniste GABAergique ou d'alcool (Paille et Parot 1999).

- Posologie et durée de traitement : selon Lejoyeux (1999), la posologie efficace est indexée au poids : 3 prises de 2 comprimés par jour (à 330 mg) si le poids est supérieur à 60 kg et 4 comprimés par jour (2 le matin, 1 à midi et 1 le soir) si le poids est inférieur à 60 kg. La posologie recommandée est de 1 an.
- Contre-indications : insuffisance rénale et hypercalcémie. En l'absence de données, l'acamprosate est déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement.
- Effets indésirables : troubles gastro-intestinaux et dermatologiques (prurit). Ces effets sont modérés et transitoires.
- Interactions médicamenteuses : néant (Vidal 2001).
- Efficacité de l'acamprosate : selon Paille et Parot (1999), l'acamprosate est un médicament qui a démontré par des études méthodologiquement bien conduites, une supériorité pharmacologique par rapport au placebo sur les critères habituellement retenus pour apprécier l'évolution des patients alcoolodépendants après sevrage, c'est-à-dire le délai de réalcoolisation plus long, la durée cumulée d'abstinence plus longue et le pourcentage de patients abstinents à chaque évaluation ou continuellement abstinents plus élevé. Dans ces différentes études, l'acamprosate

était toujours associé aux méthodes classiques psycho-sociales. La supériorité de l'acamprosate n'est pas telle qu'il puisse être considéré, à lui seul, comme le traitement de l'alcoolodépendance ; son indication est d'ailleurs bien l'aide au maintien de l'abstinence. Selon Rueff (1999), la méta-analyse des études contrôlées dont on dispose montre que ce médicament fait passer, après un an d'utilisation, le taux de malades améliorés de 30% à 40%.

2.4.2.2. Naltrexone ou Révia®

- Indication : traitement de soutien dans le maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant (Vidal 2001).
- Mécanisme d'action : la naltrexone est un antagoniste opiacé qui agit en bloquant les récepteurs aux opiacés endogènes. Il va aussi bloquer la libération de dopamine par le noyau accumbens, inhibant les systèmes cérébraux de la récompense (O'Brien 2001). La naltrexone permettrait donc de réduire ou d'éliminer la préférence pour l'alcool (O'Brien, Cornish, Auriacombe).
- Posologie et durée de traitement : la posologie est de 1 comprimé à 50 mg par jour, pour une durée de 3 mois (absence de données cliniques pour une durée supérieure).
- Contre-indications : hypersensibilité à la naltrexone, insuffisance hépatocellulaire ou hépatite aiguë, sujets en état de dépendance aux opiacés en raison du risque d'apparition d'un syndrome de sevrage aigu, sujet de plus de 60 ans (absence d'études). La présence d'un syndrome de sevrage aux opiacés, une réaction de sevrage à l'injection de naloxone et/ou la présence d'opiacés dans les urines constituent une contre-indication. En l'absence de données, la naltrexone est déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement.

- Effets indésirables : troubles digestifs, céphalées, insomnie, anxiété, crampes et douleurs abdominales, asthénie, douleurs articulaires et musculaires.
- Interactions médicamenteuses : les opiacés sont une association déconseillée avec la naltrexone qui entraîne une perte d'activité des opiacés. Il est nécessaire d'augmenter la dose de l'antalgique morphinique sous surveillance attentive.
- Précautions d'emploi : chez les sujets en état de dépendance aux opiacés, l'administration de naltrexone peut provoquer un syndrome de sevrage grave, d'installation rapide (5 minutes) et durable (48 h). Aussi, chez les sujets susceptibles de présenter un état de dépendance aux opiacés, avant la mise en route d'un traitement par naltrexone, la confirmation ou non de cette dépendance devra être réalisée en utilisant le test à la naloxone (antagoniste morphinique de courte durée d'action) et/ou en vérifiant qu'une période de sevrage de 7 à 10 jours a bien été respectée et qu'il n'y a pas de substances morphiniques dans les urines.

En raison de la fréquence de l'altération de la fonction hépatique chez le patient alcoolodépendant, du métabolisme hépatique de la naltrexone, et des modifications des tests hépatiques rapportées sous naltrexone, une surveillance des fonctions hépatiques doit être exercée, particulièrement en cas d'insuffisance hépatique. En raison de l'élimination rénale de la naltrexone, une surveillance particulière doit être exercée chez l'insuffisant rénal (Vidal 2001).

- Efficacité de la naltrexone : 2 études contrôlées, publiées en 1994, ont montré que l'adjonction de la naltrexone au traitement habituel, pendant 12 semaines, a des effets jugés bénéfiques en termes d'amélioration du taux de l'abstinence, de diminution du nombre des rechutes et de la diminution de la consommation d'alcool

en cas de reprise (Rueff 1999). La naltrexone, surtout dans le cas où elle est associée à une psychothérapie, réduit donc la fréquence des rechutes ainsi que l'envie de boire (Adès, Lejoyeux 1997).

2.4.2.3. Disulfirame ou Espéral®

- Indication : prévention des rechutes lors du traitement de l'alcoolisme chronique (Vidal 2001). D'après la Conférence de consensus de mars 2001, la prescription de disulfirame ne saurait être recommandée. En effet, des réactions graves pouvant aller jusqu'au coma, au collapsus cardiovasculaire voire au décès ont été rapportées.
- Mécanisme d'action : le disulfirame entraîne une inhibition de l'alcool déshydrogénase, aboutissant à l'accumulation d'acétaldéhyde en cas de prise d'alcool. L'accumulation d'acétaldéhyde va entraîner une diminution des résistances périphériques totales par action sur la musculature lisse et une diminution de la pression artérielle diastolique compensée par une augmentation du débit cardiaque.
- Clinique : les signes caractéristiques de l'effet antabuse sont des céphalées prodromiques, un syndrome vasomoteur précoce avec une sensation de chaleur intense prédominant au visage et au cou qui deviennent violets, une vasodilatation cutanée avec augmentation de la chaleur cutanée, une sensation de battements vasculaires des vaisseaux du cou et du crane, une tachycardie, une baisse de la tension artérielle, surtout diastolique avec une phase d'élévation initiale. On notera d'autres signes fréquents, mais inconstants, comme le larmoiement, l'impression de protrusion des globes oculaires, l'impression de brouillard dans les yeux, des palpitations, un malaise général, pâleur, cyanose des extrémités, colique, sensation

vertigineuse, nausée, vomissement, fourmillement des extrémités, paresthésie, sueurs et somnolence.

- Durée : la réaction est atteinte en quelques minutes (3 à 40 minutes) selon les symptômes et persiste de 30 minutes à quelques heures.
- Posologie et durée de traitement : une dose unique quotidienne, le matin, à jeun, de 250 à 500 mg est préconisée. La durée de traitement devrait être d'au moins 6 mois, avant d'essayer l'abstinence sans son aide. Une reprise immédiate et contrôlée est conseillée même pour une courte rechute.
- Contre-indications absolues : grossesse, hypersensibilité au disulfirame.
- Contre-indications relatives : il n'en existe pas qui ne soient pas aussi des contre-indications à une forte consommation d'alcool. Il ne faut donc pas hésiter à le proposer à un patient qui s'alcoolise fortement et qui risque plus ainsi d'aggraver sa pathologie qu'en prenant le disulfirame.
- Effets indésirables : les plus fréquents sont une hépatite, des neuropathies, des épisodes psychiatriques et des problèmes dermatologiques (Bénard et al 1997).
- Interactions médicamenteuses : l'isoniazide (troubles du comportement et troubles de la coordination), les nitro-imidazolés (troubles psychiques aigus) et la phénytoïne (inducteur enzymatique) sont déconseillés. Les AVK, du fait de la diminution de leur métabolisme par le disulfirame, sont à utiliser avec précaution. Un contrôle plus fréquent de l'INR devra être effectué lors de la mise en place du disulfirame si le traitement par AVK était plus ancien (Vidal 2001).
- Efficacité du produit : seules deux études contrôlées ont été effectuées, les résultats de ces 2 études (Fuller en 1986 et Chick en 1992) montrent une augmentation des

jours d'abstinence, une diminution de la consommation d'alcool et des gamma GT moins élevées de manière significative du groupe sous disulfirame, comparativement au groupe placebo. Dans les 2 groupes, une thérapie verbale avait été associée (Bénard et al 1997).

- Prescription assistée de disulfirame : la médiocre observance du traitement peut être améliorée lorsque sa délivrance est gérée par un proche, en général le conjoint, quelquefois un soignant, voire une contrainte judiciaire. Quelques études contrôlées ont montré que cette méthode permet d'améliorer significativement l'efficacité du traitement (Rueff 1999).

CHAP 3 - Le cas de l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives du C.H. de Saint-Égrève

3.1. Le réseau d'alcoologie de l'agglomération grenobloise

Le réseau d'alcoologie, qui tend à devenir un réseau d'addictologie, est constitué par des centres de soins hospitaliers :

- l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives (Centre Hospitalier de Saint-Égrève)
- le département d'Hépatogastroentérologie du C.H.U.G. Michallon à La Tronche

et par des centres de soins ambulatoires :

- Centre d'Alcoologie CONTACT
- Centre d'alcoologie et de tabacologie G.I.S.M.E

C'est souvent par l'intermédiaire de son généraliste que le malade va rentrer dans ce réseau où il aura la possibilité d'être suivi en ambulatoire ou dans une structure hospitalière. Il est à noter qu'au CHU de la Tronche, l'institutionnalisation n'est réalisée que lors du sevrage, alors que l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives propose aussi des cures, tout comme la Clinique du Coteau. Pour les patients souhaitant une prise en charge ambulatoire, les équipes pluridisciplinaires du GISME et de Contact vont mettre en place le sevrage et le suivi en partenariat avec leur médecin généraliste. Ces équipes comprennent des travailleurs sociaux, des infirmiers et des médecins alcoologues.

En sortant de ces structures, les patients pourront être dirigés vers des associations qui assureront le suivi. Ces associations sont de plusieurs types : celles se basant sur le témoignage, animées par des bénévoles (Les alcooliques anonymes, La croix d'or, Vie libre) et celles constituées par des professionnels de santé, comme Et caetera. Le réseau organise ses propres séances de suivi, qui permettent au patient de retrouver l'équipe soignante qui l'a accompagné pendant sa cure, et ses co-curistes.

Il n'existe pas dans l'agglomération grenobloise de centres de post-cure spécialisés permettant, lors d'un séjour plus long, une réinsertion de l'ancien malade de l'alcool.

3.2. Présentation de l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives

L'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives est une structure de prise en charge institutionnelle du patient alcoolodépendant et polydépendant comprenant le pavillon G.Groddeck du C.H. de Saint-Égrève, une unité de liaison, et des soins externes au Centre Médico-Psychologique (CMP) Bonnafé à Grenoble ainsi que dans une salle de Saint-Égrève, la salle des Contamines.

Le Centre Hospitalier de Saint-Égrève accueille, traite et prend en charge, en hospitalisation comme en suivi ambulatoire, des patients souffrant de troubles mentaux, des toxicomanes et des patients alcooliques. Il peut accueillir 366 patients en hospitalisation complète et dispose de 24 places en hospitalisation de jour.

Cette partie a pu être réalisée grâce à l'équipe soignante du pavillon G.Groddeck. L'utilisation des protocoles de sevrage, de planning de cure et de documentations internes m'a aussi été d'une aide précieuse.

Face à l'inadéquation des moyens thérapeutiques mis en œuvre pour les patients alcooliques et le nombre de demandes, l'unité G. Groddeck fut mise en place en 1985. Elle disposait alors de 5 lits pour des cures d'une durée de 4 semaines. Face à l'accroissement de la demande, en 1990, une unité autonome de 18 lits pour patients alcooliques et poly-dépendants (association alcool psychotropes, haschich, troubles de la conduite alimentaire : anorexie, boulimie) a été mise en place. En mai 2001, cette structure est devenue Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives, détaché de la psychiatrie. Les lits sont répartis de la façon suivante :

- 11 lits de cure (5 semaines à partir de 1995), la cure comprenant le sevrage et une prise en charge psychologique du patient.
- 7 lits de sevrage, où le patient rentre chez lui après disparition du phénomène de dépendance physique, en 10 à 15j.

L'hospitalisation dans le même service de patients en cure et d'autres en sevrage est une expérience unique en France. Elle aide de façon notable les patients en sevrage à aller plus loin dans leur démarche de changement, en prenant conscience, au contact des curistes et de patients rétablis participant à des réunions dans l'unité qu'il est possible de s'en sortir.

Le patient qui s'engage dans une démarche de désalcoolisation va signer un contrat lors de son entrée au pavillon d'alcoologie dans lequel il s'engage à :

- ne pas prendre de psychotropes autres que ceux prescrits, d'alcool et de substances illicites
- suivre toutes les activités
- ne pas sortir sans autorisation

Un non-respect de ce contrat pourra entraîner l'éviction du malade. En effet, on considère alors que le patient n'est pas prêt pour cette démarche et qu'un temps de maturation supplémentaire lui est nécessaire.

Le personnel soignant a essayé de recréer une ambiance familiale dans le pavillon : ce sont les patients qui, à tour de rôle, vont s'occuper du service de table. Ils sont aussi tenus de faire leur chambre. Bien souvent, les patients n'ont plus de biorythme, ils vont donc devoir réapprendre à se coucher à des heures raisonnables : le couvre-feu est fixé à 22h30. Les patients pourront aussi recevoir des visites, celles-ci devant se faire dans des plages horaires déterminées.

Une étude réalisée dans le service auprès des médecins traitants des patients soignés dans l'unité montre qu'un an après la cure, 17% des patients sont toujours abstinents, 23% ont fait une rechute, les 60% qui restent ont été perdus de vue. A 5 ans, il reste 11% d'abstinents, 17% en rechute et 72% perdus de vue. La plupart des rechutes ont lieu à moins d'un an.

3.3. Le protocole de cure

Au C.H. de Saint-Égrève, le circuit du médicament n'est pas informatisé. Il est organisé en dispensation individuelle nominative hebdomadaire pour les unités intra-hospitalières. Chaque patient bénéficie donc d'une prescription écrite et chaque ordonnance est analysée par un pharmacien qui valide cet acte par signature. Les médicaments sont distribués aux différents pavillons par les services intérieurs dans des containers scellés.

L'équipe de Groddeck a mis en place un protocole de cure (annexe 1), qui est adapté à chaque patient, et dont nous allons examiner les modalités :

- de J1 à J5, une perfusion de sorbitol à 5% (1/2 à 1L en fonction de la clinique) avec une ampoule de **Bécozyme®** (2ml) et 4 ampoules de **Gabacet®**. Le **Bécozyme®** est une association de vitamine B, dont on a vu précédemment l'importance : en effet, le malade de l'alcool présente souvent une carence en thiamine, à l'origine de troubles neurologiques. Le **Gabacet®** (piracétam) est un produit anti-ischémique, ayant expérimentalement des propriétés anti-anoxiques, proposé pour améliorer certains symptômes du déficit intellectuel du sujet âgé et dans le traitement des infarctus cérébraux constitués. La posologie doit être adaptée en cas d'insuffisance rénale, il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère et de grossesse (Vidal 2001).
- J1 à J10 : une ampoule de **sulfate de magnésium** (ampoule de 10 ml à 15%) en IVD rapide, une ampoule supplémentaire peut être administrée à la demande du patient. Cette molécule était autrefois utilisée pour la sensation de soif qu'elle entraînait et qui poussait le malade à s'hydrater. Cette propriété a été remise en question et cette

action n'aurait lieu en fait que chez les animaux. Cependant, de part son action vasodilatatrice, elle va provoquer une sensation de chaleur dans tout le corps, permettant au patient de reprendre contact avec celui-ci. Le sulfate de magnésium est à utiliser avec précautions avec les quinidiques qui voient leur excrétion rénale diminuée par alcalinisation des urines, et avec les curarisants chez lesquels il peut y avoir une possibilité de prolongation du blocage neuromusculaire. En règle générale, pour éviter une hypermagnésie potentiellement létale, la perfusion intraveineuse ne doit jamais excéder 150 mg/min. Le sulfate de magnésium est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère (Vidal 2001).

- J1 à J8 : hyperhydratation per os : 3L d'eau par jour. Pendant ce temps d'hyperhydratation, le patient doit rester au lit afin de pouvoir se poser. Ce temps de repos est plus facile à avoir avec une hydratation parentérale.
- J19 à J35 : une ampoule de **sulfate de magnésium** (ampoule de 10 ml à 15%) en IVD rapide un jour sur deux.
- J16 à J35 : Bécozyme® per os : 6 cp/j (2 matin, midi et soir)
- J1 à J35 : Aotal® : 6 cp/j (2 matin, midi et soir)

Le Révia® peut être prescrit à la place de l'Aotal® : ces deux médicaments ont une efficacité équivalente, le choix de l'un ou l'autre ne semble relever que d'une habitude de prescription.

La prescription de BZD est nominative, le protocole est adapté au patient. Les BZD à demi-vie brève sont les plus utilisées (Xanax® et Séresta®). On préférera une BZD à demi-vie longue chez les patients polydépendants (Valium®). Un carbamate, l'Equanil®, est parfois utilisé comme anxiolytique à la place des BZD.

Un protocole de sevrage (annexe 2), mis en place pour les patients ne réalisant que cette étape dans le pavillon G. Groddeck, d'une durée de 10 jours, reprend les mêmes modalités que les 10 premiers jours du protocole de cure, avec cependant une différence puisque de J6 à J10, le Bécozyme® est remplacé par des vitamines B1 B6 per os (6 cp/j).

3.4. Les différents axes de la thérapeutique

La prise en charge du patient alcoolique lors d'une cure est globale. Tous les moyens, aussi bien médical qu'éducatif, sportif ou artistique, en passant par l'apprentissage des techniques de relaxation, sont mis en œuvre. Un exemple d'emploi du temps d'une semaine de cure est donné dans l'annexe 3.

3.4.1. Les temps médicaux

Ces différentes séances sont organisées par des médecins et des psychothérapeutes.

3.4.1.1. Le bilan médical

Tout patient, à son arrivée, va bénéficier d'un examen somatique complet et d'un bilan général, notamment hépatique. Ce bilan permettra d'adapter le protocole de sevrage en fonction du degré d'intoxication et de la prise de psychotrope.

Tout au long de la cure le patient sera suivi, tant sur le plan psychique que physique, afin de pouvoir apprécier les améliorations. Le dernier bilan, effectué lors de

la sortie, sera transmis au médecin traitant, dont le rôle sera capital par la suite car il sera l'interlocuteur privilégié du malade.

3.4.1.2. La psychothérapie en groupe

Chaque groupe de curistes se verra attribuer un médecin psychiatre dit référent, avec qui il développera une relation privilégiée.

La première séance sera toutefois individuelle et va s'articuler autour de la biographie. Il sera demandé au patient d'écrire l'histoire de sa vie, ce qui va lui permettre une prise de conscience des faits, une mise à distance des émotions et des souvenirs. Ce moment est un temps de réflexion sur soi-même moins réflexe que la parole, et qui sera le point de départ des changements que le malade devra accomplir.

Il y aura, durant la cure de 5 semaines, 6 séances de psychothérapie en groupe, animées par un psychothérapeute.

Ces séances s'inscrivent dans le cadre d'une réflexion générale sur soi-même et sur la fonction du produit addictif dans l'équilibre de vie.

L'hypothèse de travail est que le produit addictif (alcool, médicament...) vise à la satisfaction d'un besoin, parfois de plusieurs, qui ne sont pas pris en compte par le malade dans la vie quotidienne. Ces besoins non satisfaits vont devoir être repérés dans un premier temps en prenant en compte tous les comportements répétitifs non adéquats habituellement utilisés (alcoolisation, mais aussi fuite, repli sur soi, absence de communication, non expression des émotions).

La recherche de solutions passe par l'apprentissage de nouveaux comportements afin que la personne puisse répondre de façon optimisée et spécifique à ses besoins.

Tous les outils qui permettent au patient de rechercher les ressources qu'il possède, de réactualiser les capacités dont il dispose et de se réapproprier ce qui lui appartient, sont des atouts précieux dans cette démarche. L'hypnothérapie pourra ainsi être d'une aide appréciable.

Le but final est que le patient, conscient de ses besoins, armé de nouveaux comportements pour y répondre, soit à même de se fixer un objectif de vie lui permettant de se projeter dans l'avenir.

3.4.1.3. La vidéothérapie

Lors de la première séance de psychothérapie en groupe, les patients sont filmés, et cette cassette leur sera projetée en milieu de cure. Chaque personne est alors confrontée à son image et à sa parole, ce qui va lui permettre de prendre conscience de ce qu'il donnait à voir et aussi de l'évolution déjà réalisée.

3.4.1.4. Les entretiens individuels

Ils sont au nombre de 6 et ont lieu avec un infirmier référent. Ces temps vont compléter la psychothérapie de groupe et permettre au patient de réfléchir à sa propre histoire, de poser ses difficultés, de se projeter dans un processus d'évolution, de trouver les réponses à ses interrogations.

3.4.1.5. Réunions soignants-soignés

Chaque fin de semaine, cette réunion, obligatoire pour les patients comme pour le personnel soignant, permet à chacun de s'exprimer sur ce qu'il ressent dans l'instant présent ou par rapport à la semaine passée, de faire le point sur un élément particulier de la cure, ou sur une difficulté rencontrée.

3.4.1.6. Réunion avec la famille

Les relations entre le patient alcoolique et sa famille ne sont pas toujours faciles, et cette réunion peut permettre la restauration de la parole entre eux.

Cependant, son principal objectif est de répondre aux questions que peut se poser l'entourage, de démystifier voire de dédramatiser la cure.

3.4.1.7. Le bilan de synthèse

Le dernier moment important de ces temps médicaux sera le bilan de synthèse en fin de cure qui sera lui aussi filmé. C'est l'occasion pour le malade de faire un retour sur ce qui s'est passé pour lui au cours des 5 semaines : changements, évolution, différences. Il reçoit au cours de cette séance les impressions, images, vécus des personnes présentes, tant patients que soignants, le concernant.

3.4.2. Auriculothérapie et homéopathie

Ces deux thérapeutiques permettent d'aider le patient à traverser la période de manque et le syndrome de sevrage.

Afin de diminuer le stress et l'anxiété, on utilisera deux souches homéopathiques : Gelsemium et Ignatia. Il est à noter que l'homéopathie est une thérapeutique qui n'a pas été évaluée.

Quant à l'auriculothérapie, qui se base sur l'étroite ressemblance existant entre l'oreille et le fœtus, elle pourra être utilisée selon différents protocoles suivant l'état du patient. La pose des aiguilles sera effectuée par une infirmière, suivant la prescription du médecin. Les différentes indications de cette thérapeutique pourront être : état de tension, anxiété, insomnie, troubles hépatiques ou syndrome douloureux. Si la réponse du patient est nettement positive, la pose d'aiguille semi-permanente ou permanente peut être prescrite.

3.4.3. La prise en charge sociale

Le patient alcoolodépendant s'est enfoncé avec son addiction dans la solitude et l'exclusion. Une fois sevré, le malade va reprendre conscience de tous ses problèmes. Une assistance sociale de l'unité va l'aider à les résoudre, ce qui lui permettra par la suite, allégé de certaines de ses préoccupations, de mieux s'investir dans la lutte contre l'alcoolodépendance.

3.4.4. Les thèmes de discussion

Partant du principe que l'on combat mieux ce que l'on connaît, ces différentes séances organisées par des infirmiers, où chacun peut exprimer son point de vue, vont être un support pour que chacun puisse faire part de son expérience. Les thèmes abordés seront :

-les besoins fondamentaux : cette séance va permettre d'aborder les rythmes biologiques tels que veille / sommeil, activité / repos, besoins / manque.

-les principales définitions des différents termes revenant souvent au cours de la cure : alcool, maladie alcoolique, dépendance, guérison...

-la diététique : les patients visionneront dans un premier temps une cassette vidéo leur rappelant les règles diététiques de base puis, en complément, on leur apprendra à réaliser des cocktails sans alcool.

-être dépendant : l'objectif est d'apprendre au patient comment on devient dépendant et quels en sont les mécanismes biologiques. Les différentes dépendances et leurs conséquences, ainsi que la différence entre dépendance psychique et physique, seront aussi débattues.

-les pathologies secondaires : ce thème aborde et explique les pathologies les plus fréquentes liées à la consommation excessive d'alcool. Il permet également d'établir un lien de cause à effet entre l'absorption répétitive d'alcool et les troubles physiques.

-thème libre : un thème au choix est abordé à la demande du groupe. Il peut concerner tout aussi bien l'agressivité, le deuil, les relations amoureuses....

-la sortie :celle-ci doit être préparée, le patient peut en effet être confronté à différentes difficultés avec sa famille, son travail, ses amis, la société en général. Le suivi et la rechute sont aussi abordés, il faut que le patient comprenne que la rechute n'est pas un échec, que la voie de la guérison est longue et qu'il ne faut surtout pas baisser les bras.

3.4.5. La relaxation

Au cours de 10 séances, animées par les infirmiers, le patient va apprendre des techniques qui aideront à obtenir une détente physique dont découlera une détente psychique. Il s'agit d'aider le patient à réinvestir son corps au moyen de perceptions autres que la douleur. En effet, très souvent, le patient intoxiqué vit son corps uniquement par des sensations négatives, désagréables. La redécouverte des sensations neutres et/ou agréables va être un des tous premiers points signalant l'installation d'une relaxation vraiment efficace. Au fil des séances, les patients vont se réapproprier davantage de sensations.

Le deuxième objectif de ces séances est de relâcher son corps et son esprit afin d'arriver à un niveau de conscience très abaissé, au bord du sommeil. Quand le corps se détend, l'esprit, le mental a tendance à se mettre spontanément au repos. Cet effet est plus spécialement exploité dans les techniques respiratoires s'inspirant du yoga. L'autre moyen de détente mentale est basée sur le fait qu'il est impossible de penser à deux choses à la fois. Quand quelque chose vient perturber le mental, la proposition est « d'aller voir ailleurs », dans la respiration, dans un endroit du corps, agréable si possible, neutre au minimum.

Le dernier objectif est de laisser émerger les émotions, permettant la redécouverte de sensations et de souvenirs depuis longtemps enfouis. En fin de séance, chacun est invité à donner une expression verbale de son vécu.

3.4.6. Les activités physiques et sportives

Quatre séances sont organisées, dont une sortie en montagne sur une demi-journée. Cette activité permet de reprendre conscience de son corps, de ses possibilités et du plaisir qu'il peut apporter. En effet, la découverte ou la redécouverte des ressources du corps est un élément stabilisant de la démarche de changement entreprise par le patient. Elle revalorise la personne et réaffirme sa confiance en elle.

3.4.7. L'art thérapie

Ces trois séances, animées par un ergothérapeute ou par un infirmier, vont permettre de développer l'expression artistique, la créativité qui sert de support à la relation, elle favorise l'expression verbale du patient. Le soignant accompagne et écoute, il est en effet nécessaire de créer un climat de confiance et de détente pour permettre au patient d'aller vers une découverte ou une revalorisation de ses capacités. C'est aussi un lieu de calme et de détente.

3.4.8. Réunion avec les associations

Lors de la cure, une soirée est organisée avec les différentes associations de l'agglomération grenobloise et les CCAA (Contact et GISME). Ce rendez-vous va permettre à chacune d'elle de se présenter et d'offrir un premier contact aux patients qui ne les connaissent pas. Ces associations offrent une alternative au suivi proposé par Groddeck.

3.5. Le suivi

Afin d'accompagner le patient une fois la cure terminée, deux groupes de suivi psychothérapique ont été mis en place en 1993, pouvant accueillir 15 personnes au CMP Bonnafé. Le patient qui s'engage dans cette démarche a l'obligation de venir à chaque fois. Un autre type de suivi est possible, à la salle de la Contamine, où les patients ont la possibilité de venir 3 fois par semaine. Il s'agit ici de groupes de paroles animés par les infirmiers de Groddeck. Le patient peut aussi retrouver différentes activités qu'il pratiquait dans l'unité d'alcoologie, comme la relaxation, et des soins comme l'auriculothérapie et les chauffantes. Il peut aussi s'entretenir individuellement avec les infirmiers. Ces séances permettent aux patients de retrouver l'équipe qui les a suivis tout au long de la cure. Il offre aussi la possibilité à des personnes qui n'ont pas encore été en cure de mûrir leur décision ou tout simplement de prendre contact avec l'équipe.

CHAP 4 - DISCUSSION

4.1. Au sujet de Groddeck

On peut noter qu'il existe certaines différences entre le protocole de cure utilisé dans l'unité et celui préconisé par la conférence de consensus du 17 mars 1999.

La conférence de consensus prévoit une **hyperhydratation** du malade par perfusion dans le seul cas où le patient est inconscient. Or, à Groddeck, quel que soit l'état du patient, la perfusion sera utilisée en complément de l'hydratation orale, bien que le protocole de cure ne mentionne que l'hydratation per os. Cette méthode possède en effet certains avantages :

- Il permet à l'équipe médicale d'être sûre que le patient est correctement hydraté : il n'est en effet pas toujours évident pour le patient de boire 3 litres d'eau par jour. Cette hyperhydratation est d'autant plus importante que le patient est sujet à des diarrhées.
- Le patient alcoolique est toujours en mouvement, rien que par le fait qu'il doit sans cesse s'alcooliser pour se sentir bien. Ce temps de perfusion lui permet donc de se reposer, d'être au calme pendant ce laps de temps.
- L'effet nursing joue lui aussi un rôle important : le patient a l'impression que l'on s'occupe mieux de lui lors d'une perfusion, il se sent plus entouré.

L'équipe médicale de G. Groddeck utilise le **sulfate de magnésium** en perfusion, plus communément appelé « chauffantes », bien que la conférence de consensus n'en fasse pas mention. De part son action vasodilatatrice, il va provoquer une sensation de chaleur dans tout le corps, permettant au patient de reprendre contact avec celui-ci. Le patient alcoolique a en effet perdu ses sensations, il s'est peu à peu 'déconnecté' de son corps, tous ses sens ne tendant plus que vers l'alcoolisation.

Le sulfate de magnésium est administré par voie parentérale, il peut provoquer au début une sensation désagréable de chauffe puis, dans un second temps, il entraîne une détente : le patient ressent alors un agréable bien-être. Pour que cette injection joue pleinement son rôle, le patient doit se reposer pendant une demi-heure après l'administration. Il pourra être prescrit à la sortie de la cure pour les effets bénéfiques qu'il procure à certains patients.

Il ne sera cependant pas utilisé dans tous les cas. En effet, certains patients ne le supportent pas et vont faire des crises d'angoisse, ce qui n'est bien entendu pas l'effet recherché.

La question de son utilisation se posera dans tous les cas chez un ancien héroïnomanes car le sulfate de magnésium provoque les mêmes sensations de chaleur qu'un shoot d'héroïne. La relation de l'ancien toxicomane avec la seringue est aussi à prendre en compte, le patient risquant de retomber dans la toxicomanie.

L'utilisation de l'**Equanil®** comme anxiolytique à la place des BZD n'est pas recommandée par la Conférence de Consensus de 1999. En effet, comme le rappellent les centres de pharmacovigilance, le méprobamate donne des troubles cardiovasculaires

gravissimes en cas d'intoxication. Mais il ne provoque que de manière exceptionnelle des troubles cardiaques à posologie normale. L'utilisation du méprobamate dans le sevrage alcoolique nécessite un dosage relativement élevé du fait du phénomène de tolérance croisée entre le méprobamate et l'alcool. En effet, un sous-dosage de méprobamate expose un risque de DT ou de crises convulsives de sevrage mettant en jeu le pronostic vital. Cependant, le méprobamate entraîne moins fréquemment de pharmacodépendance que les BZD.

Il convient donc d'évaluer le rapport bénéfices/risques des prescriptions fortement dosées de méprobamate au cas par cas, en fonction des indications.

On note l'utilisation du **Bécozyme®** dans le protocole de cure de Groddeck or cette association de vitamine B n'est pas nécessaire. En effet, le patient alcoolodépendant ne présente qu'une carence en thiamine, qui pourrait lui être apportée par exemple par **Bénerva®** (thiamine). De plus, l'apport de vitamine B1 dans le **Bécozyme®** est faible puisqu'il est de 15 mg alors que des spécialités comme **Bénerva®** ou **vitamine B1 B6 Roche®** en contiennent 250 mg. Dans le cadre de l'hypovitaminose en vitamine B1, le **Bécozyme®** semble donc insuffisamment dosé en thiamine.

L'utilisation du **Gabacet®**, un anti-ischémique n'est pas préconisé par la conférence de consensus. Son utilisation chez le patient alcoolodépendant n'est pas mentionnée dans son A.M.M. mais il permettrait une meilleure irrigation cérébrale.

Il existe peu de différences entre l'accompagnement du patient après le sevrage préconisée par la Conférence de consensus de mars 2001 et celui effectué à Groddeck. Le pavillon d'alcoologie de Saint-Égrève propose des thérapeutiques complémentaires comme l'homéopathie et l'auriculothérapie. Leur efficacité n'est pas évaluée, mais elles peuvent cependant aider certains patients, sensibles à ce type de thérapies. Des séances sur le thème de l'alcool sont aussi organisées à Groddeck : elles permettent une meilleure compréhension des mécanismes de dépendance. Par cet apprentissage, l'équipe donne des éléments au patient afin de mieux connaître sa maladie pour mieux la combattre.

4.2. Le pharmacien a-t-il une place dans la prise en charge du patient alcoolodépendant ?

La pharmacie de Saint-Égrève, du fait du système de dispensation nominative des médicaments, valide toutes les ordonnances. Une liste des médicaments contenant de l'alcool a été mise au point par rapport au livret thérapeutique du C.H. de Saint-Égrève. Cette liste est disponible dans l'unité de soins. Elle permet aux patients comme aux médecins d'éviter l'utilisation de certains médicaments préjudiciables au maintien de l'abstinence.

Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé, peut lui aussi intervenir à plusieurs niveaux.

Sa vitrine peut être le support de prévention de l'alcoolodépendance. Le pharmacien peut en effet composer des panneaux éducatifs sur ce thème, présentant les

bénéfiques, mais aussi les dangers de l'alcool consommé en quantité trop importante. Cette vitrine peut offrir au patient un prétexte pour parler d'un sujet qu'il n'oserait pas aborder autrement. En étant impliqué dans cette démarche, le pharmacien pourrait être l'un des premiers maillons de la prise en charge du patient alcoolodépendant, lui fournissant adresses et information sur le sujet. Dans ce rôle, le pharmacien possède cependant un handicap puisque, bien souvent, son officine manque de confidentialité. Or ce sujet déjà difficile à aborder par le patient, ne peut pas l'être en présence d'autres clients. A défaut de discussion, le pharmacien peut donc mettre à disposition de ses clients des dépliants sur le sujet.

Lors de la délivrance des médicaments, dans le cadre du sevrage ambulatoire, le pharmacien doit, outre les conseils et explications de l'ordonnance, penser à signaler à son patient que l'alcoolodépendance est une maladie qui fait partie des Affections Longues Durées (ALD). L'ALD permet au patient d'être pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale dans le cadre des médicaments et des soins en rapport avec son alcoolodépendance. Le patient n'a pas dans ce cadre-là à avancer de l'argent à son pharmacien qui sera directement remboursé par la Sécurité Sociale.

Un autre point à signaler à son patient est la présence d'alcool dans certains médicaments et aliments. En effet, l'alcool est capable par sa seule présence de remettre en route le processus d'alcoolodépendance et ceci, quelle que soit la quantité. Dans le cadre des médicaments, le pharmacien devra penser à vérifier que les prescriptions médicales ultérieures de son patient ne contiennent pas de médicament renfermant de l'alcool. Au même titre, il faudra être vigilant devant toute automédication, notamment avec les formes sirop. Quant aux aliments, une liste non exhaustive des produits contenant de l'alcool pourra être dressée. Les boissons « interdites » sont celles dites

sans alcool mais qui en contiennent souvent une quantité faible, comme les sirops à base de menthe et de cassis car leur préparation nécessite une extraction par l'alcool. Les autres sirops ne renferment pas d'alcool initialement cependant, dès l'ouverture de la bouteille, une fermentation va débiter avec la chaleur : il faut donc les consommer rapidement et les conserver au frais. Il est à noter que les sirops d'orange, de citron et d'orgeat peuvent être consommés sans souci, la fermentation n'ayant pas lieu dans ces cas-là. Il faut aussi se méfier de la charcuterie, de certains plats cuisinés, comme la fondue savoyarde, et des pâtisseries qui peuvent renfermer de l'alcool. Cette liste de recommandation n'a pas pour vocation d'inquiéter le patient, mais de l'aider à déjouer certains pièges.

THESE SOUTENUE PAR : Virginie PFRIMMER

TITRE : Prise en charge du patient alcoolodépendant : l'exemple de l'Intersecteur d'Alcoologie et des Conduites Addictives du C.H. de Saint-Égrève.

CONCLUSION

La prise en charge du patient alcoolodépendant est liée à un réseau dont médecins, associations, hôpitaux, cliniques sont les principaux acteurs.

Le pharmacien doit affirmer sa place dans ce réseau en s'impliquant dans l'information des populations. Il est en effet un professionnel de santé de proximité, qui peut diffuser l'information au plus près des malades et de leur entourage. Le médecin de famille va exercer un rôle prépondérant dans le dépistage de l'alcoolodépendance, du fait des rapports privilégiés qu'il entretient avec ses patients. Cependant, c'est la coopération de tout le réseau qui amènera le patient à prendre conscience de sa maladie et à accepter le traitement.

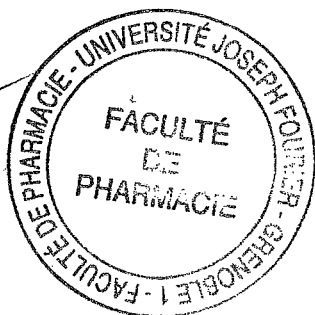
Deux choix sont offerts au malade : un sevrage ambulatoire où le patient reste dans sa famille et peut continuer à exercer sa profession, et un sevrage institutionnel qui permet un éloignement temporaire d'un milieu familial ou social non favorable.

Le pavillon G. Groddeck du C.H. spécialisé en psychiatrie de Saint-Égrève propose une cure institutionnelle. Cette cure va donner au patient, après une première étape correspondant au sevrage, des atouts pour vaincre la dépendance psychique à l'alcool. En effet, la guérison de l'alcoolodépendance est longue et difficile. Une fois sevré, le patient peut se croire guéri et penser que dorénavant il pourra boire de l'alcool en contrôlant sa consommation. Mais ce n'est qu'au prix d'un long cheminement, souvent jalonné de rechutes, que le patient va prendre conscience du fait que seule une abstinence totale permet de vaincre définitivement son alcoolodépendance. Il aura toujours la possibilité de trouver de l'aide et du réconfort auprès du réseau, qui sera présent à toutes les étapes de sa guérison.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN, P. DEMENGE



LE PRESIDENT DE THESE,
Pr J.L. BENOIT-GUYOD

BIBLIOGRAPHIE

Adès J., Lejoyeux M.

Traitements chimiothérapeutiques de l'appétence pour l'alcool
Alcoologie, 1997, **19** : 35-41

Barbier D.

L'alcool entre Bacchus et Apollon
Soins, 1997, **617** : 5

Barbier D.

Éléments statistiques et épidémiologiques
Soins, 1997, **617** : 9-13

Batel P.

Pour la pratique
Rev prat MG, 1999, **49** : 403-405

Batel P.

Alcoolodépendance
Rev Prat MG, 2000, **508** : 1547-1561

Batel P. et Rueff B.

Le sevrage ambulatoire à l'usage du généraliste
J Intern Med, 1995, **338** : 27-30

Batel P., Tkoub E., Pessione F. et Lancrenon S.

Essai d'évaluation des attitudes de déni en clinique alcoologique
Alcoologie, 1999, **21** : 35-42

Bénard J.Y., Husson M., Gabriel I., Yarko N., Chaylard P., Ferrand J.P.

Indications du disulfirame en alcoologie
Alcoologie, 1997, **19** : 347-349

Chignon J.M., Cortes M.J., Martin P., Chabannes J.P.

Tentative de suicide et dépendance alcoolique : résultats d'une enquête épidémiologique
L'encéphale, 1998, **24** : 347-354

Commission de transparence

Fiches de transparence, Comité Français d'Education pour la Santé, 1999

Conférence de consensus du 17/03/1999 organisée par l'ANAES et la Société française d'alcoologie

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant
Rev Prat MG, 1999, **460** :903-909

Conférence de consensus : modalités de l'accompagnement du sevrage alcoolodépendant après un sevrage

ANAES, 7 et 8 mars 2001

Counillet C.

Cure de sevrage de 18 jours

Soins, 1997, **617** : 22-25

Daoust M.

Système opioïde endogène et appétence pour l'alcool

Rev. Prat. M.G., 2001, numéro spécial 01/2001 : 5-6

Dictionnaire du Vidal®

Editions du Vidal, 2001

DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Masson, Paris, 1996

Fuks M.

L'alcoolisme

L'infirmière magazine, 1993, **78** : 41-52

Fuks M.

L'alcoolisme

L'infirmière magazine, 1993, **79** : 41-52

Gache P.

Repérage et diagnostique des malades de l'alcool

Rev Prat MG, 1999, **49** : 375-378

Garnier et Delamare

Dictionnaire des termes techniques de médecine

Librairie Maloine, Paris, 18^{ème} Edition, 1970

Gilot B. et Reynaud M.

Mise au point sur la génétique de l'alcoolisme

Rev. Fr. Psy. Psychol. Med. , 1999, **29** : 63-65

Gimenez F., Brazier M., Calop J., Dine T., Tchiakpé L.
Pharmacie clinique et thérapeutique, Masson, Paris, 2000

Gonnet F.
Sevrage hospitalier ou ambulatoire ?
Santé mentale, 1998, **32** : 23-27

Gorwood P.
Alcoolodépendance et dépression
Rev Prat MG, 1999, **49** : 391-394

Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme
Dictionnaire d'alcoologie
La Documentation française, Paris, 1987

Haut Comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme
Glossaire d'alcoologie
La Documentation française, Paris, 1990

Le Pen
Coûts directs et indirects de l'alcoolisme
Performance Médecine, 1998, 1-3

Lejoyeux M.
Traitements chimiothérapeutiques de l'alcoolisme
Synapse, 1999, numéro spécial déc. 1999 : 1-5

Lejoyeux M.
Bases biologiques de l'appétence pour l'alcool
Synapse, 1994, **104** :10-15

Moser J. et Sciorato F.
L'accompagnement dans la cure de sevrage éthylique
Rev. Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale, 1996, **1** : 20-23

O'Brien C.
Place de la Naltrexone dans le traitement de l'alcoolodépendance
Rev. Prat. M.G., 2001, numéro spécial 01/2001 : 5-6

O'Brien C., Cornish J., Auriacombe M.
Apport de la naltrexone dans le traitement de l'alcoolisme
Alcoologie, 1997, **19** :341-346

Ollat H.
Alcool et dépression
Alcoologie, 1995, **17** : 7-19

Paille F. et Parot P.

Acamprosate : synthèse des connaissances actuelles
Alcoologie, 1999, **21** : 505-514

Perez-Diaz C.

Alcool et délinquance
Tendances, 2000, **9** : 1-4

Reynaud M.

Soigner les buveurs abusifs
Santé mentale, 1998, **32** :15-17

Rueff B.

Evaluation des traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance psychique primaire
Rev. Prat., 1999, **49** :400-402

Schorderet et collaborateurs

Pharmacologie : des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques, Frison-Roche, Paris, 1998

Semet J.C., Gnansounou M.

Grossesse et alcool
Santé mentale, 1998, **32** :30-32

Tassin J.P.

Drogues, dépendance et dopamine
La Recherche, 1998, **306** : 48-53

Tieghem P.

Prise en charge d'un patient alcoolique
Soins, 1997, **617** : 14-18

Uehlinger C.

Approche cognitivo-comportementale du traitement de l'alcoolodépendance psychique
Rev. Prat., 1999, **49** : 395-398

Vabret F., Cognard C. et Davy A.

Alcoolodépendance : rompre le cercle vicieux
Rev Prat MG, 2000, **484** : 74-77

Zini S.

Diagnostic de l'alcoolisme :quels marqueurs biologiques ?
Décision santé, 2001, **176** :26-27

ANNEXE 1

Unité d'Alcoologie et de Psychosomatique
Service Dr. BOYER.
Tél. 04.76.56.43.00 ou 04.76.56.43.01
Fax. 04.76.56.45.58

16 octobre 1998

PROCOLE CURE

J1 à J5 : UNE PERFUSION par jour de **SORBITOL** à 5% (1/2 à 1 litre en fonction de la clinique) avec dans la perfusion :

- UNE ampoule **BECOZYME** (deux ml)
- QUATRE ampoules de **GABACET** (quatre grammes)

J1 à J10 : UNE ampoule de **SULFATE DE MG++** (ampoule de 10cc à 15 %) en IVD rapide
(+ une ampoule supplémentaire à la demande du patient)

J1 à J8 : **HYPER-HYDRATATION PER OS** : 3 litres d'eau par jour

J19 à J35 : UNE "CHAUFFANTE" UN jour sur DEUX

J6 à J35 : **BECOZYME per OS** : 6 cp/jour (2-2-2)

J1 à J35 : **AOTAL cp** : 6 cp/jour (2-2-2)

Dr.JP.BOYER

Dr.JC.EXBRAYAT

Dr.J.BOURGADE

ANNEXE 2

Unité d'Alcoologie et de Psychosomatique
Service Dr.BOYER.
Tél. 04.76.56.43.00 ou 04.76.56.43.01
Fax. 04.76.56.45.58

16 octobre 1998

PROTOCOLE SEVRAGE

J1 à J5 : UNE PERFUSION par jour de **SORBITOL** à 5% (1/2 à 1 litre en fonction de la clinique) avec dans la perfusion :

- UNE ampoule **BECOZYME** (deux ml)
- QUATRE ampoules de **GABACET** (quatre grammes)

J1 à J10: UNE ampoule de **SULFATE DE MG++** (ampoule de 10cc à 15 %) en IVD **rapide**

(+ une ampoule supplémentaire à la demande du patient)

J1 à J8 : **HYPER-HYDRATATION PER OS** : 3 litres d'eau par jour

J6 à J10 : **VITAMINES B1 B6 per OS** : 6 cp/jour (2-2-2)

J1 à J10 : **AOTAL** cp : 6 cp par jour (2-2-2)

Dr.JP.BOYER

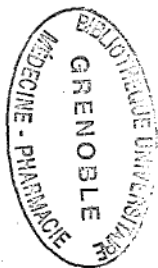
Dr.JC.EXBRAYAT

Dr.J.BOURGADE

ANNEXE 3

**2 ème semaine
CURE Q**

	Lundi 23/10/00	Mardi 24/10/00	Mercredi 25/10/00	Jeudi 26/10/00	Vendredi 27/10/00	Samedi 28/10/00	Dimanche 29/10/00
M A T I N	<p align="center">9 H 30</p> <p>Perfusions plus chauffantes</p>	<p align="center">9 H 30</p> <p>Temps médical biographie</p>	<p align="center">10 H 00</p> <p>Relaxation N° 1</p> <p align="center">Schéma corporel simple</p>	<p align="center">9 H 30</p> <p>Psychothérapie en groupe</p>	<p align="center">9 H 30</p> <p>Relaxation N° 2</p>		
A P R E S M I D I	<p align="center">15 H 30</p> <p>Thème N°2 principales définitions réunion du mardi soir</p>	<p align="center">14 H 30</p> <p>Thème N° 1 besoins fondamentaux</p>		<p align="center">14 H 30</p> <p>Activités physiques</p>	<p align="center">13 H 15</p> <p>Réunion Soignants/soignés</p>		
	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels chauffantes</p>	<p align="center">14 H 30</p> <p>Information sur la réunion des familles</p>		<p align="center">14 H 30</p> <p>Film N°1 Ma Rivière</p>	<p align="center">TEMPS LIBRE</p>	<p align="center">TEMPS LIBRE</p>
	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels</p>	<p align="center">19 H 30</p> <p>Réunion avec les associations</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels chauffantes</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels chauffantes</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temps personnels chauffantes</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temp personnel Chauffantes</p>	<p align="center">18 H 00</p> <p>Temp personnel Chauffantes</p>





Serment des Apothicaire

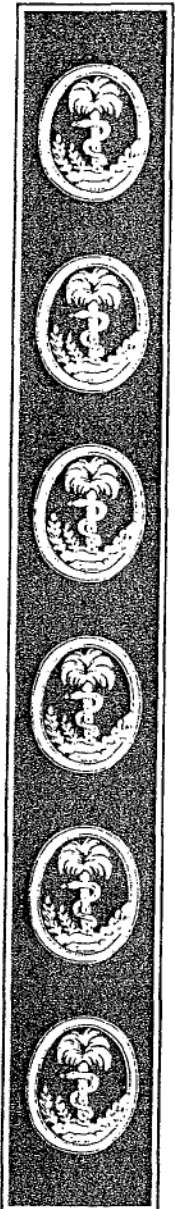
Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



RESUME

La prise en charge du patient alcoolodépendant est liée à un réseau dont médecins, associations, hôpitaux, cliniques sont les principaux acteurs.

Le pharmacien doit affirmer sa place dans ce réseau en s'impliquant dans l'information des populations. Il est en effet un professionnel de santé de proximité, qui peut diffuser l'information au plus près des malades et de leur entourage. Le médecin de famille va exercer un rôle prépondérant dans le dépistage de l'alcoolodépendance, du fait des rapports privilégiés qu'il entretient avec ses patients. Cependant, c'est la coopération de tout le réseau qui amènera le patient à prendre conscience de sa maladie et à accepter le traitement.

Deux choix sont offerts au malade : un sevrage ambulatoire où le patient reste dans sa famille et peut continuer à exercer sa profession, et un sevrage institutionnel qui permet un éloignement temporaire d'un milieu familial ou social non favorable.

Le pavillon G. Grodeck du C.H. spécialisé en psychiatrie de Saint-Égrève propose une cure institutionnelle. Cette cure va donner au patient, après une première étape correspondant au sevrage, des atouts pour vaincre la dépendance psychique à l'alcool. En effet, la guérison de l'alcoolodépendance est longue et difficile. Une fois sevré, le patient peut se croire guéri et penser que dorénavant il pourra boire de l'alcool en contrôlant sa consommation. Mais ce n'est qu'au prix d'un long cheminement, souvent jalonné de rechutes, que le patient va prendre conscience du fait que seule une abstinence totale permet de vaincre définitivement son alcoolodépendance. Il aura toujours la possibilité de trouver de l'aide et du réconfort auprès du réseau, qui sera présent à toutes les étapes de sa guérison.

MOTS CLEFS

Alcoolodépendance. Réseau. Dépistage. Traitement.
Sevrage ambulatoire. Sevrage institutionnel.

ADRESSE DE L'AUTEUR

[Données à caractère personnel]