

LA RENCONTRE DE L'ALCOOL ET DU PATIENT

Les effets néfastes de l'abus d'alcool furent connus dès l'Antiquité. En Europe, l'extension de la culture de la vigne alla de pair avec l'expansion du christianisme. La production de boissons alcoolisées s'est développée. Mais en raison des conditions de production, de conservation et de distribution, il est peu probable qu'aient pu se développer des états alcooliques du type de ceux que nous connaissons ; il s'agissait surtout d'ivresse et on parlait d'ivrognerie. C'est à la fin du XVIIIe siècle et au début de la révolution industrielle du XIXe siècle que l'usage de l'alcool se répand dans toutes les couches de la population.

En 1849, un médecin suédois, Magnus Huss, observe que de nombreuses affections sont liées à l'absorption excessive d'alcool et crée le mot "alcoolisme". Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre Mondiale que la notion d'alcoolisme-maladie s'établit définitivement.

La pathologie alcoolique apparaît lorsque l'équilibre entre l'individu, le milieu où il vit et l'alcool se rompt.

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1-ENJEUX SANITAIRES ET SOCIAUX

15% des malades hospitalisés en hôpital général ont une consommation à risque.

L'alcool provoque:

10% des accidents de travail soit 70 000 par an.
20% des accidents domestiques.
30% des accidents mortels de la route soit 2600 morts par an.
60% des crimes.

35000 décès par an sont liés à l'alcool dont 20000 directement soit 3.5% des décès. Les cirrhoses et les psychoses alcooliques sont responsables de 2.1% des décès (stat 1995). (sida = 1% cancer = 32% coeur = 32%)
1/3 de cancers des voies aéro digestives supérieures. 1/3 de cirrhoses. 1/3 de " psychoses alcooliques".
Mais aussi par SUICIDES, ACCIDENTS, MEURTRES...

Le réseau A.N.P.A. reçoit chaque année 15000 nouveaux consultants, 1/3 sont sans emploi !

2-ENJEUX ECONOMIQUES ET POLITIQUES

CONSOMMATION MOYENNE PAR ADULTE
(source : ANPA)

1960 : 27.4 L d'alcool pur par an
1994 : 11.9 L d'alcool pur par an
1996 : 11.1 L d'alcool pur par an

La France est toujours dans le peloton de tête!

par an	VIN	BIERE	SPIRITUEUX
1960	126.9 L	35.4 L	2.0 L
1970	109.1 L	41.3 L	2.3 L
1995	63.5 L	39.1 L	2.5 L
1996	60.0 L	39.6 L	2.4 L

Prévention, information restent d'actualité!

5 millions de consommateurs à risque
dont

1.5 à 2 millions de buveurs dépendants.

8 millions de personnes vivent avec un buveur à risque ou dépendant.

5 millions de français vivent de l'alcool.

L'ALCOOL ET SON METABOLISME

Les boissons alcoolisées sont de deux types : les produits fermentés sont obtenus par l'action de levures sur un jus de fruit ou sur un moût, cette réaction s'arrête à 16°, mais on peut augmenter la teneur en alcool par distillation ; ce sont les eaux de vie et les alcools.

1- QUE DEVIENT L'ALCOOL INGERE ?

L'alcool ingéré est absorbé au niveau du duodénum et du jéjunum et arrive rapidement au foie par la veine porte. Une partie va commencer à être métabolisée ; le reste va se répandre par la circulation générale dans la quasi totalité des tissus contenant de l'eau. Le taux maximum d'alcool sanguin sera atteint une heure environ après l'absorption, si celle-ci est isolée, puis va décroître lentement au fur et à mesure qu'il sera dégradé par les hépatocytes (-0,15g/litre par heure)

. 90 p. cent de l'alcool ingéré est éliminé par le foie ; le reste est évacué dans l'air alvéolaire (dépistage par éthylotest et éthylomètre), l'urine et la sueur.

2- LA MOLECULE D'ALCOOL OU ETHANOL

Cette molécule (CH₃-CH₂OH) est métabolisée dans les hépatocytes.

- Elle subit une première transformation en acétaldéhyde ou éthanal (CH₃ CHO). Trois systèmes enzymatiques peuvent intervenir:

- l'ALCOOL DESHYDROGENASE est l'enzyme principale ; elle met en jeu un coenzyme le NAD.

- le système du CYTOCHROME P-450 E1, qui n'intervient pas ou peu normalement, se développe dans le cas d'alcoolisation chronique.

- le CATALASE est une voie accessoire qui peut également se développer en cas d'intoxication régulière.

Ces deux dernières voies n'interviennent pratiquement pas chez un sujet consommant modérément mais peuvent métaboliser jusqu'à 40 p. cent de l'alcool ingéré chez un consommateur régulier, ce qui est un des mécanismes d'augmentation de la tolérance à l'alcool.

- La seconde étape est la transformation de l'éthanal (composé très toxique) en acétate ou acide acétique (CH₃ COOH) sous l'action de l'aldéhyde deshydrogénase présente dans le cytoplasme et les mitochondries, faisant également intervenir le NAD.

L'acétate va participer à la formation d'acétyl-coenzyme A et entrer dans différents systèmes métaboliques: cycles de KREBS producteur d'énergie, synthèse des acides gras et du cholestérol, synthèse des corps cétoniques.

3- PROPRIETES GASTRONOMIQUES ET PSYCHOTROPES

Consommer de l'alcool est d'abord un plaisir, il accompagne de nombreux moments de la vie et participe à la convivialité .

L'alcool est désinhibiteur, anxiolytique, antidépresseur, euphorisant, ce qui explique son pouvoir de séduction .

4- ALCOOLISATION ET ALCOOLISME.

L'alcoolisation est l'action de boire de l'alcool, elle peut concerner tout le monde et n'implique pas forcément une situation pathologique.

L'alcoolisme est une situation pathologique, mettant en jeu des modifications du comportement liées à l'alcool, des difficultés sociales et psychologiques et une dimension médicale. La notion de « maladie alcoolique » est un peu réductrice, mais a l'avantage de ne pas être moralisatrice et est donc plus facile à accepter.

COMMENT APPREHENDER LE PATIENT ?

1- A-T-IL UN PROBLEME D'ALCOOL ?

- Lorsque le patient consulte pour ce motif, il faut penser que d'autres problèmes peuvent être présents.

- S'il vient pour une autre raison, il faut savoir y penser devant des troubles du comportement (agressivité, difficultés relationnelles, conjugales ou familiales), des problèmes professionnels (inefficacité, licenciement), des accidents, des complications médicales.

- Parfois c'est l'entourage qui fait la demande et il va falloir apprécier la réalité du problème et savoir " **qui demande quoi ?** "

L'entretien.

On précisera les quantités d'alcool ingérées, le rythme et le type de consommation (en groupe, aux repas, au café, en solitaire) en sachant qu'arracher des "aveux" au malade est souvent traumatisant et de peu d'intérêt médical, l'important étant, non pas la quantité absolue ingérée, mais ce que le sujet est capable ou non de supporter et surtout sa relation avec le produit.

L'examen clinique.

- existence d'un état d'ivresse.

- recherche de signes d'imprégnation : la grille de Le Go permet de codifier ceux-ci en cotant de 1 à 5 selon l'intensité des troubles :

De signes d'aspect : Etat du visage, des conjonctives, de la langue.

De tremblements : bouche, langue, extrémités.

Le total permet d'établir un score de 0 à 30 auquel on ajoute la notion de complications nerveuses, de troubles digestifs ou moteurs cotés de * à ***, la

taille, la consistance du foie, le poids et la tension, cette grille est également un bon élément de surveillance.

Le bilan biologique.

Il permet souvent de préciser la situation et de fournir des arguments objectifs qui sont utiles pour aborder un problème de consommation d'alcool avec le malade. Ce bilan consiste en :

-une **alcoolémie** en cas d'intoxication aiguë : rappelons que l'alcoolémie maximum tolérée au volant est de 0.50 g par litre de sang en France. Être capable de conduire avec une alcoolémie élevée (supérieure à 1.50 ou 2 g/l de sang) témoigne, le plus souvent, d'habitudes de consommation régulière.

-Un bilan biologique standard souvent perturbé : deux signes sont plus particulièrement recherchés.

-L'élévation du **volume globulaire moyen** (VGM): cette macrocytose s'accompagne ou non d'anémie et serait due à une carence en folates ou un blocage de leur métabolisme.

-L'élévation des **gamma-glutamyl-transférases** (gamma GT) ; ces enzymes, présentes dans le rein, le pancréas et le foie, interviennent dans la synthèse des protéines ; les valeurs usuelles sont inférieures à 50 UI chez l'homme, 40 UI chez la femme (les normes peuvent varier d'un laboratoire à l'autre), leur taux s'élève en cas de souffrance hépatique : intoxication alcoolique, hépatite (toxique ou virale), cirrhose, cancer du foie, ictère par obstruction, pneumopathie, mononucléose infectieuse, diabète, prise de phénobarbital ; **ce n'est donc pas un signe spécifique** de la consommation excessive d'alcool ; c'est un examen d'orientation qui prend toute sa valeur dans un contexte clinique évocateur et un examen de surveillance.

-Un nouvel examen, le CD Tect est censé refléter la consommation des trois dernières semaines, ce dosage a été validé mais son interprétation reste délicate.

● Dans cette situation, il ne faut pas hésiter à « **NOMMER L'ALCOOL** ».

2- Y A T- IL UNE SITUATION D'URGENCE ?

Il existe peu de situations d'urgence vraie en alcoologie, mais il faut savoir les reconnaître, elles peuvent mettre en péril la vie du sujet ou de son entourage :

●les **ivresses pathologiques** s'accompagnent de troubles du comportement (actes de violence, usage d'armes) ou de risques d'accident (conduite automobile par exemple)

●Les troubles neurologiques graves ; **l'épilepsie**, le **delirium-tremens**, les **encéphalopathies**.

●Les **décompensations de cirrhose** en particulier en cas **d'hémorragie digestive** .

●Les **dépansions** graves avec risque suicidaire.

●En dehors de ces situations, l'urgence est surtout de **réfléchir** et de gagner la **confiance** du patient.

3- DE QUEL TYPE D'ALCOOLISATION S'AGIT IL ?

Le premier contact.

Traditionnellement, en France, le premier contact avec l'alcool se fait en famille autour de l'adolescence, à l'occasion d'une fête. Il s'agit d'une sorte d'**initiation** dont les conditions peuvent déterminer durablement les futures relations d'un sujet avec l'alcool. Toute banalisation du produit, son association à des notions de force, de virilité ou de santé, l'idée que boire c'est être adulte ou c'est être un homme a probablement un impact important sur la future relation d'un jeune avec l'alcool.

Parfois le premier contact a lieu plus tôt, soit en raison **d'habitudes familiales**, soit dans le cadre d'une «**transgression**» en cachette des parents.

L'alcoolisation aiguë.

Il peut s'agir d'un sujet qui ne consomme pas d'alcool de façon régulière ou d'un consommateur régulier ayant consommé plus d'alcool que d'habitude.

● **L'ivresse simple** se déroule en trois phases :

-La phase d'excitation psychomotrice : perte du contrôle supérieur, libération des instincts, ralentissement du temps de réaction et du jugement.

-La phase d'incoordination et d'instabilité : tremblements, dysmétrie, confusion, désorientation temporo-spatiale, troubles de l'équilibre, somnolence, troubles végétatifs parfois.

-La phase de coma (alcoolémie supérieure à 3 grammes) profond sans signe de localisation avec

abolition des réflexes ostéo-tendineux, diminution de la sensibilité et hypotonie ; les deux risques principaux sont l'hypothermie et l'hypotension.

Sur le plan biologique, l'ivresse peut s'accompagner d'hypoglycémie parfois grave, de déshydratation et d'acidose. Il faut éliminer un delirium tremens, une encéphalopathie ou d'autres intoxications.

● Les ivresses pathologiques :

-Ivresse hallucinatoire, souvent effrayante, le sujet peut réagir de façon violente.

-Ivresse délirante: mégalomanie, jalousie, persécution.

-Ivresse excito-motrice avec agitation désordonnée et agressivité pouvant conduire à des actes médico-légaux.

● L'épilepsie où il faut distinguer :

-la prise d'alcool chez un malade épileptique, soigné ou non, qui peut déclencher une crise.

-la survenue de crises d'épilepsie chez un patient n'en ayant pas présenté auparavant.

L'alcoolisation chronique.

Il est très difficile de définir ce qu'est une consommation excessive d'alcool ; les différentes tentatives pour fixer une norme ont échoué.

Cette maladie est évolutive, le facteur **temps** est essentiel.

La tolérance.

C'est l'ensemble des éléments qui permet à un individu d'augmenter progressivement les doses d'alcool pour pouvoir continuer à en obtenir les mêmes effets sans dommage apparent.

Cette tolérance augmente progressivement chez le consommateur à risque en raison de facteurs métaboliques neurochimiques et psychologiques.

Deux définitions historiques de l'alcoolisme:

- celle de Jellinek: « est alcoolique tout individu dont la consommation de boissons alcooliques peut nuire à lui-même ou à la société ou aux deux. »

- celle de Fouquet: « il y a alcoolisme lorsqu'un

individu a perdu la liberté de s'abstenir d'alcool ».

Définitions du DSM IV.

(Classification américaine des « maladies mentales » permettant de définir la relation à l'alcool de façon claire et comparable quels que soient le lieu et l'équipe soignante.)

Abstinence primaire.

Patient n'ayant jamais consommé d'alcool ... ce qui sera bien sûr rare en dehors de quelques conjoints.

Consommation contrôlée et modérée.

Même commentaire que ci-dessus, cela pourra concerner également quelques consultants pour alcoolémie positive et des patients venant demander des conseils.

Abus d'alcool.

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

① **utilisation répétée** d'une substance conduisant à **l'incapacité de remplir des obligations majeures**, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou **mauvaises performances** au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

② **utilisation répétée** d'une substance dans des situations où cela peut être **physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

③ **problèmes judiciaires répétés** liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

④ **utilisation de la substance** malgré des **problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple **disputes** avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont **jamais atteint**, pour cette classe de substance, les **critères de la Dépendance à une substance**.

Dépendance à l'alcool.

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une **altération du fonctionnement** ou une **souffrance**, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1) **tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de **quantités notablement plus fortes** de la substance pour obtenir une intoxication ou **l'effet désiré**.

(b) **effet notablement diminué** en cas d'utilisation continue d'une **même quantité** de la substance.

2) **sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) **syndrome de sevrage** caractéristique de la substance .

(b) la **même substance** (ou une substance très proche) est prise pour **soulager** ou **éviter** les **symptômes de sevrage**.

3) la substance est souvent prise en **quantité plus importante** ou pendant une **période plus prolongée que prévu**.

(4) il y a un **désir** persistant, ou des **efforts** infructueux, pour **diminuer** ou **contrôler** l'utilisation de la substance.

(5) beaucoup de **temps** est passé à des activités nécessaires pour **obtenir la substance** (par exemple fumer sans discontinuer), ou à **recupérer de ses effets**.

(6) **des activités sociales, professionnelles ou de loisirs** importantes sont **abandonnées** ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

(7) l'**utilisation** de la substance est **poursuivie** bien que la personne sache avoir un **problème psychologique** ou **physique** persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

-Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est à dire des items 1 ou 2).

-Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c'est à dire tant de l'item 1 que de l'item 2).

L'alcoolisme Féminin.

20 à 25 p. cent des malades alcooliques sont des femmes ; elles consultent souvent plus tôt que les hommes, en raison d'une mauvaise acceptation sociale et de formes cliniques particulières. Sur le plan physique, le poids moyen plus faible, la part plus importante des lipides dans lesquels l'alcool ne diffuse pas, les facteurs hormonaux rendent les femmes plus fragiles et les exposent à des complications somatiques plus précoces et plus graves. Il s'agit, le plus souvent, d'alcoolisations irrégulières s'accompagnant de troubles de la personnalité ; l'alcool est volontiers consommé au "goulot" sans intermédiaire avec le désir de combler un vide ; il s'agit souvent d'une attitude d'autodestruction. Ces femmes vivent difficilement leur féminité, les relations conjugales et familiales sont très perturbées ; il faut savoir y penser devant des malaises inexpliqués, un désintérêt pour la famille, le travail, des problèmes de fécondité, des accouchements prématurés.

L'alcool et la sexualité.

Les malades alcooliques rencontrent souvent des difficultés dans leur vie sexuelle. Il faut savoir aborder ce sujet avec les patients, l'équilibre des relations conjugales étant souvent une des conditions du rétablissement.

-Chez l'homme, l'alcool par son action désinhibitrice est souvent au départ un moyen de "se donner du courage", mais rapidement, il devient le centre d'intérêt principal de leur vie. Par ailleurs, une consommation régulière d'alcool entraîne souvent une diminution de la libido et une altération des "performances" sexuelles. Il en résulte une sexualité impulsive, parfois brutale, sans échange et sans communication.

-Chez la femme alcoolique, la sexualité est souvent mal acceptée et perçue avec dégoût, l'alcool est un moyen d'accepter des relations subies plus que désirées.

Les jeunes et l'alcool.

Une société moderne doit prévoir son évolution et accompagner ses citoyens tout au long de leur vie. Toute politique de santé doit s'appuyer sur une bonne connaissance de la situation sanitaire des jeunes et promouvoir leur santé, afin de leur

permettre d'entrer dans l'âge adulte dans les meilleures conditions possibles.

Une société moderne aux bases traditionnelles.

L'usage des boissons alcoolisées fait depuis plusieurs siècles partie des habitudes des français, les raisons en sont multiples :

- Les conditions sanitaires ont longtemps été difficiles : l'eau des pluies, des sources ou des rivières n'était pas toujours potable et la consommation de vin, de bière ou de cidre a été un moyen d'échapper au « péril fécal ».

- Un certain symbolisme mystique est associé à l'usage du vin, qui représente, dans les religions chrétiennes, le sang du Christ ce qui conditionne très probablement fortement la perception de cette boisson dans les pays occidentaux, en particuliers latins.

- Dans un pays qui a érigé la table au niveau d'un art et la gastronomie au niveau d'une culture, les boissons alcoolisées et leur usage symbolisent un certain « art de vivre » et comporte une indéniable dimension festive.

La consommation de boissons alcoolisées par les jeunes a donc été longtemps très précoce, on additionnait le lait des biberons d'eau-de-vie pour des raisons « antiseptiques » dans certaines campagnes. Jusqu'à une période récente, l'eau rougie (de vin) et le cidre sont encore bien souvent des boissons admises pour les jeunes enfants.

De nos jours, l'**initiation** à la consommation d'alcool a généralement lieu plus tard, autour de l'adolescence à l'occasion d'un événement particulier, anniversaire, fête, communion, etc... Les conditions de cette initiation vont fortement conditionner les relations du sujet avec l'alcool. Une information sur ce que sont les boissons alcoolisées, la place qu'elles ne devraient pas occuper dans nos habitudes alimentaires et les risques qu'elles font courir devraient permettre à chacun une bonne maîtrise de sa consommation. Malheureusement, dans de nombreuses familles, l'usage de boissons alcoolisées est présenté (psychisme) est également de plus en plus fréquente, posant le problème des effets secondaires mais aussi celui de l'aggravation des addictions (terme anglo-saxon signifiant dépendance au sens large), puisqu'il existe de nombreux phénomènes de **dépendance croisée** entre l'alcool, les benzodiazépines (famille à laquelle appartient de nombreux tranquillisants et

comme étant l'apanage de l'état d'adulte, de la virilité, de la force, de la fête, et les habitudes familiales de consommation excessive risquent de fausser la future relation d'un jeune avec l'alcool et de lui donner un sentiment de « normalité » alors que sa consommation entraîne déjà des risques.

Les « nouveaux alcooliques ».

Nous constatons qu'un nombre de plus en plus important de sujets jeunes consultent les équipes des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie (C.H.A.A). Leurs modes d'alcoolisation sont assez différents des modèles traditionnels et posent de nouveaux problèmes, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

La recherche d'une « défonce ».

15 % des nouveaux consultants des C.C.A.A de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A.N.P.A) ont moins de 30 ans. Nous voyons apparaître des consultants sortant à peine de l'adolescence, garçons ou filles, qui s'alcoolisent pour s'occuper. Il ne s'agit ni de la répétition d'un modèle parental, ni d'une réponse consciente à des problèmes d'angoisse, mais de la recherche d'une "**défonce**" dans une société qui ne sait plus leur proposer d'avenir. Ces jeunes recherchent avant tout des **sensations**, l'alcool devient un jeu "je bois pour m'amuser" et ce jeu, bien sûr, les mène vers une impasse.

Nous constatons également l'association de plus en plus fréquente de la prise d'**autres toxiques**, l'alcool servant soit à potentialiser l'effet de ceux-ci, soit à les remplacer temporairement.

Il peut s'agir de produits illicites (haschisch, mais également héroïne), dont l'alcool, associé à des opiacés mineurs (codéine), constitue un substitut de choix. 4% des nouveaux consultants des C.C.C.A. de l'A.N.P.A sont également consommateurs de **drogues illicites**.

La prise concomitante d'alcool et de **médicaments psychotropes** (agissant sur le

somnifères courants) et les opiacés (opium, héroïne, morphine, codéine...). Il existe dans certains quartiers des grandes villes un véritable marché noir des médicaments psychotropes qui sont vendus au comprimé et généralement consommés avec de l'alcool. 8% des nouveaux consultants sont également consommateurs de psychotropes licites au niveau national.

Les virus.

Les antécédents de toxicomanie intra-veineuse, la promiscuité sexuelle, l'effet désinhibiteur de l'alcool qui favorise des relations sexuelles impulsives et non protégées augmentent considérablement le risque de contamination par les virus VIH (virus du SIDA) et ceux des hépatites B et C.

Travailler en réseau.

Les équipes des C.H.A.A sont donc confrontées à un nombre croissant de ces patients présentant un profil psychopathologique assez différent de ceux auxquels nous étions habitués, une insertion sociale souvent très précaire, des problèmes juridiques, sociaux et médicaux particulièrement complexes. Leur demande est souvent assez floue et les réponses que nous sommes habitués à fournir à des patients ayant de nombreuses années d'alcoolisation derrière eux apparaissent souvent inadaptées. L'existence de **polytoxicomanies** et les **risques de contamination virale** imposent aux équipes de soin un travail en **réseau** avec des partenaires médicaux et sociaux afin d'améliorer les réponses qui peuvent être fournies à ces jeunes en grande difficulté.

Face à ces nouveaux défis, il paraît essentiel que les équipes soignantes s'impliquent dans des actions de prévention qui doivent déborder le strict cadre de l'alcoologie.

L'ensemble des équipes de prévention et de soins en alcoologie doivent aussi rappeler aux pouvoirs publics et aux décideurs politiques le risque qu'il y aurait à banaliser les problèmes liés à l'alcoolisation et à l'alcoolisme en France. Des problèmes sanitaires plus récents et apparemment plus inquiétants pour l'opinion publique en raison de leurs implications sécuritaires ne doivent pas faire oublier ce vieux compagnon de la civilisation européenne, l'alcool, qui a su, lui, nouer les alliances par delà les frontières.

Ivresses et tentatives de suicide.

Les récentes études de l'INSERM montrent que la consommation d'alcool sous toutes ses formes est associée à une augmentation du risque suicidaire. Celle-ci est modeste si l'on considère l'alcool dans sa globalité, mais si on étudie la consommation

des deux alcools préférés des jeunes (la bière et les alcools forts), on retrouve une augmentation significative du risque suicidaire. Les ivresses solitaires sont associées à un risque plus important que celles survenant dans un contexte festif. La précocité des ivresses semble également jouer un rôle important.

Plus un jeune consomme tôt des boissons alcoolisées et plus il évolue vers une consommation régulière, plus les risques sont importants. L'association à des troubles du comportement et à l'utilisation de drogues illicites aggrave également le risque suicidaire.

L'alcool et accidents de la route.

Les jeunes paient un lourd tribut à l'alcool au volant ou à moto, ce sont cette fois les alcoolisations conviviales qui sont les plus concernées.

Les statistiques « REAGIR » (Réagir par des enquêtes sur les accidents graves et des initiatives pour y remédier) étudient les causes des accidents mortels ou très graves.

En 1995, sur 20835 rapports :

7554 concernaient au moins un jeune conducteur de 18 à 24 ans soit 36,3 % des cas.

5605 conduisaient un véhicule léger, l'alcool est impliqué dans 28 % des cas (contre 14 % chez les 25 - 60 ans).

1023 conduisaient une moto, l'alcool est impliqué dans 23 % des cas.

Plus de la moitié de ces accidents ont lieu la nuit.

Plus de la moitié de ces accidents ont lieu le week-end.

La prévention et l'information concernant les risques de l'alcool sur la route sont ici essentielles, afin de stopper cette hécatombe.

L'alcoolodépendance chez les jeunes.

On parle plus de risque alcool que d'alcoolodépendance chez les jeunes, celle-ci existe pourtant. Dans une récente étude de la Société Française d'Alcoologie, portant sur plus de 1000 patients alcoolodépendant, 13 % avaient moins de 30 ans. L'Association de la consommation de tabac et de drogues illicites augmente les risques de survenue d'une alcoolodépendance : chez les patients toxicomanes consultants dans des

centres spécialisés, la dépendance à l'alcool est retrouvée dans 50 % des cas. Malheureusement, ces jeunes consultent souvent tardivement et le diagnostic est souvent occulté par les autres dépendances, il est pourtant indispensable de faire le diagnostic aussi précocement que possible afin de limiter les risques et de proposer des soins adaptés.

Les difficultés liées à la thérapeutique.

Il n'existe actuellement que peu de structures spécialisées dans la prise en charge des problèmes liés à la consommation pathologique d'alcool chez les jeunes. Il n'est pas certain qu'il soit nécessaire et souhaitable de les « marginaliser », néanmoins certaines réponses thérapeutiques doivent être adaptées; un discours trop strict sur le caractère définitif de l'abstinence, même s'il peut être souvent souhaitable, est difficile à entendre pour un jeune qui n'a pas encore vécu, le discours des associations dites d'anciens buveurs apparaît souvent également inadapté pour des patients dont l'expérience de vie est totalement différente de celle de la majorité des participants à ces réunions. Le développement de phénomènes nouveaux concernant la relation des jeunes avec l'alcool impose aux équipes des structures de soins d'inventer d'autres outils thérapeutiques et un accueil plus adapté.

4- QUELS SONT LES FACTEURS ETIOLOGIQUES ?

Facteurs génétiques et familiaux.

Il existe une influence certaine du milieu familial et les enfants de parents alcooliques sont plus exposés que les autres.

Deux études anciennes ont fait évoquer une certaine prédisposition génétique :

Sur un échantillon d'Américains de 30 ans, bus adoptés en bas âge et n'ayant pas connu leurs parents biologiques, le taux d'alcoolisme était significativement plus important chez ceux dont un des parents biologiques était lui-même alcoolique. De même dans le cas de jumeaux vrais, séparés à la naissance et placés dans des familles différentes, le fait que l'un soit alcoolique augmente la probabilité pour l'autre d'avoir aussi des problèmes d'alcool.

De récentes études auraient retrouvé des anomalies chromosomiques pouvant expliquer ces phénomènes.

Mais de nombreuses incertitudes existent et les facteurs génétiques sont aujourd'hui très discutés.

L'éducation et la reproduction du modèle que constitue le parent du même sexe **jouent probablement un rôle beaucoup plus important**, mais l'exemple peut au contraire être dissuasif.

Facteurs physiologiques.

La facilité avec laquelle un sujet va développer des phénomènes de tolérance et de dépendance à l'alcool est très variable, cela tient à son état général à son sexe à son poids et à sa constitution d'où une grande **inégalité** face à l'alcool.

Facteurs psychologiques.

On ne peut pas définir le portrait type du malade alcoolique, on retrouve fréquemment une certaine **immaturité**, une difficulté à assumer le statut d'adulte, « à se placer en sujet », des **traits anxieux** ou dépressifs. L'alcool est aussi un moyen de soulager une **souffrance** avant de devenir un **besoin**.

Alcool et dépression.

Les symptômes de l'alcoolodépendance et ceux de la dépression sont voisins, on retrouve tristesse, perte de l'élan vital, désintérêt, anorexie, insomnies. Il est indispensable avant de porter le diagnostic de dépression chez un malade alcoolique de s'assurer de la persistance de ces symptômes après une dizaine de jours d'abstinence. Le plus souvent le tableau clinique était du à l'alcoolisation et non à un état dépressif sous-jacent. **Il est inutile ou illusoire de traiter par antidépresseurs un patient alcoolique non sevré.**

5-LA CONSOMMATION D'ALCOOL ENTRAINE-T-ELLE DES COMPLICATIONS SOMATIQUES ?

La recherche des complications revêt une importance diagnostique et pronostique qui va conduire au choix des indications thérapeutiques.

Les complications digestives et ORL.

•Les voies aéro-digestives supérieures

Bouche, langue, amygdales, pharynx, larynx, oesophage peuvent être le siège de **cancers**, en particulier en cas d'association à une intoxication tabagique.

•L'estomac.

L'action érosive de l'alcool entraîne fréquemment des **gastrites**. L'alcool ne provoque pas d'**ulcère** par lui-même, mais il en est un facteur aggravant, de même pour les **cancers** de l'estomac.

•Le pancréas.

L'alcool provoque une activation des enzymes digestives à l'intérieur même du pancréas qui se détruit lui-même, c'est la **pancréatite aiguë** révélée par des **douleurs** et une élévation de l'**amylasémie**.

Si l'intoxication persiste, des poches de nécrose se forment : les faux kystes.

C'est la **pancréatite chronique** confirmée par l'**échographie** et le **scanner**. L'évolution peut conduire à un **cancer du pancréas**.

La fonction endocrine du pancréas est également perturbée (synthèse de l'insuline) l'alcoolisation peut aggraver ou même provoquer un **diabète**.

•Le foie.

Lésions réversibles.

-l'**hépatite alcoolique aiguë** avec asthénie et ictère, l'examen peut montrer une hépatomégalie ferme et souple. Le taux des **Transaminases** s'élève.

-La **stéatose**, due à des dépôts graisseux (triglycérides) dans le tissu hépatique sans destruction de celui-ci, la **fonction hépatique** est **conservée**, la symptomatologie souvent discrète: l'examen montre une **hépatomégalie régulière**, homogène et souple confirmée par l'**échographie**.

Lésions irréversibles.

-La cirrhose hépatique.

Au stade de cirrhose compensée: c'est-à-dire tant que la diminution des fonctions hépatiques ne perturbe pas l'ensemble de l'organisme : le **volume** de la gaine de **myéline** dont le rôle est d'accélérer l'influx nerveux et semble liée à des troubles de l'absorption de la vitamine B1.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

Elle associe un ralentissement psychomoteur, des troubles de l'équilibre, des troubles visuels, des céphalées, puis une **confusion** mentale, parfois des épisodes délirants. C'est une **urgence** !

Le syndrome de Korsakoff.

du foie est souvent **augmenté**. Il est alors, dur, indolore avec un bord inférieur tranchant. L'échographie montre un foie augmenté de volume **non homogène**, les **fonctions hépatiques** sont **ralenties** (baisse de l'albuminémie et du Taux de Prothrombine), mais il peut également y avoir une atrophie du foie. La cirrhose hépatique entraîne un ralentissement du passage sanguin à travers le foie, provoquant une augmentation de la pression en amont appelée **hypertension portale**.

Au stade de cirrhose décompensée : La défaillance du foie s'aggrave, son **architecture** est en partie **détruite**, la bile s'écoule difficilement entraînant un **ictère** (élévation de la Bilirubine sanguine), la synthèse de l'albumine s'effondre provoquant un déséquilibre osmotique responsable des **oedèmes**. L'hypertension portale provoque une fuite du plasma dans la cavité abdominale; c'est l'**ascite** et un développement de la circulation collatérale au niveau de la paroi abdominale et du bas oesophage ; ce sont les **varices oesophagiennes** qui peuvent se rompre et entraîner des **hématémèses** (vomissements sanglants). La baisse des facteurs de coagulation (T.P) aggrave le risque hémorragique. Le pronostic est grave et la récupération ne sera jamais complète. L'apparition d'un **cancer du foie** (hépatome primitif) peut encore aggraver la situation. **L'abstinence totale est la règle absolue**

Les complications neurologiques.

•Au niveau périphérique.

La polynévrite alcoolique.

Atteinte sensitive et motrice d'origine axonale touchant principalement les membres inférieurs dont les fibres sont plus longues. Le premier signe est la disparition du réflexe achilléen.

•Au niveau central.

Elles sont dues à une altération

Le tableau associe troubles de la **mémoire**, troubles de l'humeur, **fausses reconnaissances**. Au pire, il peut associer une amnésie antérograde et une **désorientation** temporo-spatiale complète. Il n'est pas toujours **réversible**.

La Névrite Optique Rétro-Bulbaire.

Le patient présente un trouble de la vision des **couleurs** et une **baisse de l'acuité** visuelle avec rétrécissement du champ visuel. Elle peut conduire à la **cécité**.

•Le delirium tremens.

C'est un syndrome de **sevrage** provoqué par l'arrêt brutal et intempestif de l'intoxication alcoolique . L'effet de "frein" que l'alcool exerçait sur le système nerveux n'existe plus et le système "s'emballé". Il associe des **tremblements**, des sueurs, une **déshydratation**, une confusion mentale totale avec désorientation et un **délire hallucinatoire** très angoissant. Il peut être mortel en l'absence de traitement, c'est une **urgence grave**. Sa survenue est un signe majeur de **dépendance physique**.

Les complications cardio-vasculaires.

•L'hypertension artérielle.

Complication fréquente et précoce souvent méconnue, elle peut-être provoquée ou aggravée par l'alcool.

Tout **bilan d'hypertension** devrait inclure la recherche d'une consommation excessive d'alcool.

•La cardiomyopathie alcoolique.

Son mécanisme est mal connu. On note d'abord une dyspnée, des palpitations, puis apparaissent des signes **d'insuffisance cardiaque**. Il n'y a pas d'obstacle mais une baisse de la force de contraction du coeur on parle de **Cardiomyopathie Non Obstructive**.

•Le paradoxe français.

Différentes études internationales ont montré que de petites doses d'alcool, et en particulier de vin semblent avoir un **effet protecteur contre les maladies coronariennes** (angine de poitrine et infarctus), cet effet s'observe pour des doses situées **entre un et deux verres par jour** (soit sept à quatorze par semaine) et disparaît pour des doses plus fortes, il ne concerne pas les autres

6- ALCOOL ET TRAVAIL.

Malgré une législation aujourd'hui assez précise, les relations que l'alcool entretient avec le milieu du travail ont toujours été assez ambivalentes. Elles reflètent la difficulté de chacun à se situer par rapport à sa propre consommation d'alcool et par rapport à l'image que lui renvoie celui qui boit.

Les conditions économiques actuelles rendent bien entendu plus que jamais nécessaire une politique

maladies cardio vasculaires ou les autres complications liées à la consommation d'alcool. S'il n'y a pas lieu de recommander l'abstinence totale à un patient coronarien buveur modéré, l'OMS a clairement précisé qu'il **serait irresponsable et contraire à l'éthique de conseiller à un sujet abstinent quelle qu'en soit la raison de se (re)mettre à consommer** sous prétexte de prévention des maladies coronariennes.

Le syndrome alcoolo-foetal.

•Au cours de la grossesse, **l'alcoolémie du fœtus est identique à celle de sa mère**, une consommation régulière d'alcool est donc préjudiciable à la croissance de l'enfant.

•Pendant la grossesse, on note un **retard de croissance** in utero.

•A la naissance, on note un retard de croissance global et des **anomalies morphologiques** constituant le syndrome d'alcoolisme foetal :

-Lèvre supérieure mal dessinée, sans relief.

-Microcéphalie.

-Malformations crânio-faciales.

-Thorax en entonnoir.

-Malformations cardiaques.

•Ces enfants présentent souvent un retard de croissance, un **déficit psychomoteur** avec des difficultés d'acquisition de la marche, de la parole, des troubles scolaires, des **troubles caractériels**.

•Des doses relativement modérées de l'ordre de quatre verres par jour pendant la grossesse entraînent des anomalies chez plus de la moitié des enfants, et **aucune consommation pendant la grossesse ne paraît pouvoir être considérée comme étant sans risque**.

de prévention et de soins dans ce domaine. On sait que la perte d'un travail entraîne rapidement une perte des repères, des horaires, des habitudes vestimentaires et parfois de l'hygiène, l'alcool ne fait qu'amplifier ces problèmes ce qui rend d'autant plus aléatoire l'hypothèse d'une reprise d'activités.

Alcoolisme et travail.

Le malade alcoolique est un homme de travail.

Le lieu de travail est un milieu préservé il donne une façade sociale de respectabilité.

A quoi correspond le travail pour le malade alcoolique ?

- **Un surinvestissement** qui joue le rôle d'écran par rapport aux vrais problèmes.

-**Un alibi** : "Je ne suis pas malade puisque je travaille".

-**Une explication** : "Avec le travail que je fais "...

-**Une fuite** par rapport au milieu familial et à ses conflits.

-**Une déculpabilisation** : "On ne peut rien me reprocher (sur le plan professionnel ...)"

-**Une affirmation** de la virilité pour les hommes.

Tous les niveaux hiérarchiques et toutes les professions sont concernés. La répartition entre les différentes catégories socio-professionnelles correspond à celle observée dans la population générale.

La phase de « tolérance ».

Le malade alcoolique joue le rôle de "clown social", il est celui qu'on aime bien, qui amuse qui fait rire mais on se garde bien d'aborder le problème de son alcoolisme car étiqueter quelqu'un comme alcoolique suppose que l'on se positionne soi-même par rapport à sa consommation.

Le prétendu respect de la vie privée amène chacun à ne pas parler, à ne pas aider ...

Le fait établi persiste, l'employeur considère souvent que former quelqu'un d'autre au même poste lui coûtera cher, donc on tempore.

La phase de rejet.

Paradoxalement celui-ci survient souvent de façon brutale au moment où des soins sont proposés, ce qui correspond souvent à une période où sont constatées des défaillances sur le plan professionnel.

Les masques tombent, on considère alors facilement qu'il est trop tard pour maintenir l'intégration de ce salarié devenu encombrant.

Le malade alcoolique devient bouc-émissaire et on imagine qu'en le chargeant de tous les problèmes de la société et en le mettant dehors on réglerait les difficultés de l'entreprise... Le rôle du médecin et de l'infirmière du travail est évidemment essentiel à ce niveau.

Après le sevrage.

Quand il a été possible de réintégrer le patient dans son cadre professionnel, il est essentiel que le médecin du travail, l'assistante sociale, l'infirmière

du travail puissent l'accompagner et l'encourager. Le discours d'abstinence de celui qui a trop bu n'apparaît pas crédible à ses collègues, et bien souvent au premier "accident de parcours", la sanction tombe. Il est donc essentiel que la hiérarchie comprenne qu'on ne sort pas d'une maladie aussi grave sans quelques passages difficiles.

Alcoolisation et travail.

Pour éviter d'en arriver à des situations difficiles, il est essentiel de pouvoir mettre en place une prévention du risque alcool et de sensibiliser chacun au problème de l'alcoolisation, sur le lieu de travail et en dehors du cadre professionnel.

Il existe un problème éthique : Comment respecter la liberté individuelle ?

Il y a une contradiction apparente entre le respect des choix de chacun, la nécessité de ne pas juger, le désir de ne pas dire et le devoir moral de prévenir et d'informer.

On sait qu'il existe une certaine relation entre la disponibilité d'un produit, la consommation moyenne d'une population et les pathologies constatées. Il faut également insister sur les circonstances de la vie où le risque est encore plus important comme la grossesse par exemple.

Ces considérations devraient amener une entreprise responsable à mettre en place un dispositif de prévention du risque alcool. Voyons quelles peuvent en être les modalités.

L'état des lieux.

Il est essentiel de tenir compte de la réalité des problèmes d'alcoolisation et d'alcoolisme dans une entreprise, de l'organisation du travail, du désir de chacun de changer les habitudes et de prendre conscience de l'image que la société donne d'elle-même à l'extérieur.

Les objectifs.

-**La prévention individuelle** par rapport au risque alcool.

-**Le dépistage** des sujets en danger par rapport à un abus d'alcool ou une dépendance à l'alcool afin de pouvoir proposer des soins suffisamment tôt pour éviter la phase de rejet.

-**La sécurité** pour les salariés de l'entreprise et ses usagers.

Les avantages.

-Diminution du nombre et de la gravité des accidents et des arrêts de travail.

-Augmentation des performances et de la productivité de l'entreprise (Les malades alcooliques abstinents sont souvent perçus par leur hiérarchie comme d'excellents éléments).

-Amélioration de l'image de la société à l'extérieur (et ce, tout particulièrement vis à vis de partenaires).

-Amélioration de la cohésion au sein de l'entreprise.

Les pièges.

-Il est indispensable d'impliquer la totalité du personnel, y compris les cadres, la hiérarchie et les dirigeants, et ce pour deux raisons : La première est que l'alcoolisation et l'alcoolisme peuvent concerner tout le monde. La deuxième est que les responsables doivent montrer l'intérêt qu'ils portent au dispositif mis en place.

-Les règles doivent être claires, simples et respectées : Menacer un salarié de sanction s'il ne se soigne pas et ne plus s'occuper de lui a toujours un effet désastreux sur l'ensemble du personnel, sur la crédibilité de la campagne et sur la motivation de ceux qui s'y sont impliqués.

-La concertation avec l'ensemble des salariés et en particulier les représentants syndicaux est fondamentale. Il convient d'expliquer qu'il ne s'agit pas de faire la "chasse aux sorcières", de

sanctionner mais au contraire de préserver l'emploi et l'équilibre de chacun.

-La durée ; seule une action de prévention s'inscrivant dans le temps est susceptible de faire évoluer des habitudes dont les racines culturelles sont très profondes.

-Le secret ; il est indispensable que ceux qui sont amenés à recevoir les confidences des personnes en difficulté avec l'alcool s'engagent à respecter un secret absolu et que la campagne se déroule dans un climat de confiance.

Les moyens.

Ils seront adaptés à la situation de chaque entreprise, mais le thème central de la campagne sera l'analyse de la relation que chacun entretient avec l'alcool. Un médecin du travail ou un service de médecine du travail isolé n'aura guère la possibilité d'aller au-delà du dépistage des patients en danger et de l'accompagnement.

Un plan de prévention du risque alcool ne peut qu'être une décision politique au sein d'une entreprise et doit faire l'objet d'un consensus de l'ensemble du personnel.

Le réseau.

-Le service de médecine du travail et le service social de l'entreprise.

-Un "groupe relais" sera créé au sein de l'entreprise incluant si possible des anciens malades.

-Les mouvements d'anciens buveurs de l'entreprise, s'il en existe, ou extérieurs à celle-ci.

-Le comité départemental de prévention de l'alcoolisme, le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, l'hôpital général.

A C C O M P A G N E M E N T T R A I T E M E N T D U M A L A D E A L C O O L I Q U E

La maladie alcoolique est une pathologie complexe, sociale, médicale et psychologique, s'accompagnant de problèmes relationnels et parfois de troubles de la personnalité. Le traitement va donc aborder simultanément ces différents aspects.

*Disons d'emblée que le but que nous recherchons est de permettre le **retour à une situation d'équilibre** que l'on pourrait appeler le bien-être et que l'abstinence n'est qu'un moyen (incontournable) d'y parvenir.*

L'accompagnement s'inscrit dans le **temps** car les difficultés du patient vont évoluer sur une longue période, il devra être aussi précoce que possible.

LES OBJECTIFS

Dans notre société, l'alcool est omniprésent. Sa consommation en tant que rite d'initiation à la vie adulte et aide à la communication conditionne les relations individu - alcool. Ces différentes étapes ne seront pas franchies de façon identique. La vie d'un individu commence dès sa conception, et est conditionnée par les caractères physiques et psychologiques que ses parents vont lui transmettre de façon héréditaire et par l'éducation qu'ils lui donneront. Le caractère et les traits dominants de la personnalité s'élaborent dans les tout premiers moments de la petite enfance, vont ensuite se succéder diverses périodes qui vont caractériser les relations du sujet et de l'alcool :

LES MOYENS

Il faut garder à l'esprit deux notions importantes :

a) l'alcoolisme est une pathologie **globale**, médicale, sociale et psychologique. Son traitement va nécessiter un travail d'**équipe** de façon simultanée et concerté.

b) l'évolution de nos sociétés occidentales a progressivement supprimé la notion de risque et celle de défi. Un des effets pervers du progrès social paraît-être de démotiver certains sujets par rapport à la vie. L'alcool, l'usage d'autres toxiques ou de tranquillisants est souvent un moyen de

supporter cette situation faussement confortable. La part du travail qui va consister à redonner au sujet le goût de la vie, le goût du combat et celui du **défi** en prenant des **risques** et en acceptant des **incertitudes** apparaît donc indispensable. Il est nécessaire de développer ces actions très précocement afin *d'inciter le patient à se prendre en charge, à relever les défis et ainsi à revaloriser son image à ses yeux et à ceux de son entourage.*

LES SEPT PILIERS DE LA SAGESSE ALCOOLOGIQUE

Nous allons examiner successivement les différents domaines dans lesquels l'ensemble des soignants vont intervenir.

1- PILIER SOCIAL.

J'aborde intentionnellement ce chapitre en premier car la prise en compte et la résolution des problèmes sociaux conditionne le succès du traitement .

Le travail.

Le patient a-t-il un travail ? et, dans ce cas, y a-t-il des difficultés à ce niveau ? L'équipe doit se mettre en relation, le cas échéant, avec l'assistante sociale, le médecin du travail ou une association d'anciens buveurs travaillant au sein de l'entreprise . Le **maintien de l'activité professionnelle** est fondamental, particulièrement de nos jours, en cas de menace de licenciement, il est parfois possible de négocier avec l'employeur une période d'essai pendant laquelle on va "donner une dernière chance" à l'employé. Quand il n'a pas d'emploi, il faut vérifier **l'inscription à l'ANPE**, la perception d'allocations, déculpabiliser le patient chômeur et valoriser la "reconquête" d'un emploi.

Les finances.

Beaucoup de nos patients présentent des situations financières très dégradées avec des dettes importantes. Les organismes de crédit et les promoteurs incitent des gens peu informés à souscrire des emprunts bien au delà de leurs

capacités de remboursement. Il est essentiel d'envisager des **plans de redressement**, ceci en relation avec les services sociaux, car une psychothérapie et un traitement médical sont complètement illusoire chez une personne écrasée de dettes.

La justice.

Certains patients nous sont adressés en raison de conduite délictueuse (alcoolémie positive au volant, acte médico-légaux), il est parfois nécessaire de les assister dans ce domaine . Nombreuses aussi sont les procédures de divorce où il est important d'essayer de limiter les conflits et d'encourager les solutions simplifiées type consentement mutuel.

2- PILIER PSYCHOLOGIQUE.

La prise en charge psychologique de la pathologie alcoolique est bien évidemment essentielle. Elle va du soutien léger du patient et souvent de son conjoint à la psychothérapie proprement dite pratiquée par un psychologue ou un psychiatre dans le but d'amener à une prise de conscience

des mécanismes de l'alcoolisation et de lutter contre celle-ci. Cette thérapeutique amenant souvent une certaine frustration, il est important que d'autres membres de l'équipe ou un mouvement d'anciens buveurs jouent un rôle rassurant par rapport au patient.

3- PILIER FAMILIAL.

La famille et particulièrement le conjoint souffre également à cause de l'alcool. Le patient alcoolique est souvent amené à renoncer en partie à son rôle au sein du groupe, il va donc falloir redéfinir de **nouvelles relations** et de nouveaux rôles pour chacun, sans l'alcool. Il est néanmoins un principe essentiel : à l'exception d'un premier entretien où on ne connaît pas la personne, **on ne doit en aucun cas recevoir les membres de la famille ou de l'entourage en l'absence du patient afin d'éviter les "non dits" toujours préjudiciables à la relation de confiance**, il est toujours possible d'orienter un conjoint ou un enfant qui souffre vers un soignant extérieur

4- PILIER CORPOREL.

Le malade alcoolique fait souffrir son corps, il l'

oublie, parfois le rejette ; un travail de «**restauration narcissique** » va permettre une nouvelle harmonie. L'action se développe dans trois directions : l'**esthétique**, le **sport** (si possible celui que le patient pratiquait précédemment) et la **sexualité** très souvent perturbée lorsqu'il existe un problème d'alcool avec perte d'intérêt, absence de contraception, absence de surveillance etc... Il s'agit là d'une dimension importante de la vie relationnelle qui doit être abordée avec un maximum de tact.

5- PILIER ASSOCIATIF (LES GROUPES).

L'apprentissage d'une nouvelle vie sociale est favorisé par la participation à des activités de groupe :

-**groupe de parole** au sein d'une structure de soins en présence de soignants.

-**groupe d'activité** (groupe piscine par exemple).

-**groupe de psychothérapie**. Il est indispensable qu'il soit animé par un thérapeute bien formé.

-**mouvement dits d'anciens buveurs**, ils sont très nombreux, il est souhaitable qu'ils restent indépendants des équipes soignantes. Les patients feront leurs choix en fonction de leurs **affinités** et leurs options philosophiques. Le caractère amical, la prise de **responsabilité** au sein de ces associations, l'**entraide** et la **solidarité** sont autant de facteurs favorables. L'adhésion à ce type d'activité permet également au patient de garder en **mémoire**, pendant longtemps, qu'il a un problème avec l'alcool sans prolonger au-delà du nécessaire des consultations qui perpétuent l'idée de maladie. **Les anciens buveurs sont les alliés naturels et souvent indispensables des soignants.**

6-PILIER CULTUREL.

La culture est la connaissance du monde qui nous entoure et un moyen de se l'approprier pour y vivre mieux. Il ne s'agit pas d'une approche élitiste de l'alcoolologie, mais de donner à chacun les moyens de se valoriser et de choisir ses objectifs.

Les outils sont les **ateliers thérapeutiques** (écriture, musique, arts plastiques) mais aussi leur **prolongement associatif** (bibliothèque, club de théâtre, ciné-club, journal, etc...)

Maîtriser un moyen de communication sur un plan culturel ou artistique est souvent le meilleur moyen pour savoir ensuite l'utiliser dans sa vie.

7-PILIER MEDICAL.

Le traitement médical va souvent rythmer l'accompagnement, il comprend deux dimensions complémentaires :

-le **diagnostic** : type de consommation, gravité, existence de complications.

-le **traitement**: sevrage, maintien de l'abstinence, traitement des complications, traitement psychotrope. Il a un rôle charnière, mais n'a de sens que quand tous les autres éléments sont en place.

LA CHRONOLOGIE

Il n'existe pas de traitement type, le déroulement des soins est variable d'un individu à l'autre, néanmoins quelques points de repère sont utiles.

1-LES TROIS ETAPES :

A- La préparation.

Etape essentielle puisque c'est au cours de celle-ci que l'on va définir les objectifs et choisir les moyens . Il est essentiel d'obtenir l'adhésion du malade au programme proposé en lui faisant comprendre qu'il n'existe pas de solution miracle, que l'abstinence est un moyen de parvenir à régler ses problèmes mais n'est pas un but en soi, qu'elle doit être obtenue mais qu'une *reprise de consommation* est possible, qu'il est important de savoir en parler et que cela ne signifie pas forcément rechute au sens de retour à la "case départ" . En dehors d'une situation d'urgence médicale, il est important d'éviter les décisions hâtives et de laisser le choix au malade, ceci pouvant nécessiter plusieurs séances.

B- Le sevrage.

Il s'agit de l'arrêt total de la consommation de l'alcool, il faut le présenter comme une étape et se méfier du terme de cure souvent investi d'un caractère magique et miraculeux par les patients. Il est important d'utiliser les moyens les plus légers possibles, afin de garder en réserve d'autres possibilités en cas d'échec. Trois possibilités s'offrent à nous :

Le sevrage ambulatoire.

Chez un patient motivé ne présentant pas de complication médicale majeure, il est possible dans environ 50 % des cas et présente l'avantage de ne pas déraciner le patient de son milieu familial. Il impose le respect absolu de quelques règles :

- le patient doit être en arrêt de travail et ne pas conduire car le traitement est difficilement compatible avec ces deux activités et le sevrage est en soi fatigant.

- il ne doit pas être seul afin d'être, ainsi que la personne qui l'accompagne, au courant des symptômes pouvant faire craindre les troubles du sevrage (sueur, tremblements, hallucinations, etc...) et ainsi pouvoir contacter un membre de l'équipe.

- le patient doit être vu tous les jours, par un membre de l'équipe, pendant la période la plus critique, c'est à dire les 4 ou 5 premiers jours au

cours desquels peut survenir un pré DT ou un DT (delirium tremens)

Sur le plan pratique, le traitement associe une vitamino thérapie B et PP à fortes doses, une réhydratation par voie orale dont le volume devra dépasser largement la quantité de boissons alcoolisées habituellement ingérée afin de prévenir tout phénomène de déshydratation et la prescription de tranquillisant, à assez forte dose.

Le sevrage hospitalier court.

qui sera indiqué chez un patient seul, anxieux, présentant des complications médicales ou une situation de conflit familial ou chez des sujets dont la très forte consommation peut faire redouter la survenue de complications de sevrage. Il a lieu dans un service de médecine compétent en alcoologie et utilise le même type de traitement, la réhydratation pouvant être intraveineuse. Il dure entre une et trois semaines.

Les premiers jours passés, débute le programme de "consolidation". Ces soins doivent recevoir l'adhésion du patient, une attitude passive conduisant à de mauvais résultats.

Le sevrage hospitalier long.

C'est la classique "**cure**" pratiquée en centre spécialisé souvent assez loin du domicile du malade . Il sera réservé au patient ayant connu des **échecs** avec des moyens plus légers, et à ceux présentant des **complications** importantes ou des **troubles psychologiques** majeurs. Les techniques sont sensiblement les mêmes, mais la durée est plus longue habituellement quatre semaines et va permettre l'amorce d'un travail de **psychothérapie, d'ergothérapie, de relaxation.**

Les indications sont :

Eloignement.

Echec des traitements antérieurs.

Etat physique ou psychologique précaire.

Mise à distance prolongée par rapport à l'alcool.

Conflits familiaux ou professionnels.

Indication d'outils thérapeutiques spécifiques.

Ne pas oublier :

Un sevrage ne doit **pas** se décider **en urgence**.

Le patient doit être **volontaire**

(pas de cure en Hospitalisation à la demande d'un tiers).

Il doit y avoir une **prise en charge financière**.

Les médicaments du sevrage.

-La réhydratation.

Essentielle, car les reins vont continuer à éliminer une quantité de liquide correspondant au volume de boissons ingérées avant le sevrage et vont avoir besoin de temps pour s'adapter, il faut donc apporter une quantité suffisante de liquide et ne réduire les apports que très progressivement pour éviter tout accident de déshydratation pouvant participer à l'apparition d'un Delirium Tremens.

Par voie orale, de l'eau et des jus de fruits (qui apportent des sels minéraux) en évitant les excès de sucre et de caféine.

Par perfusion, si les quantités nécessaires sont très importantes ou si l'on souhaite pouvoir injecter rapidement un calmant chez un patient agité. Si le soluté contient du glucose, il est essentiel de s'assurer d'un apport de **Vitamine B1** par voie orale ou intra musculaire (en l'absence d'allergie connue), car le métabolisme du glucose consomme de la vitamine B1 ce qui peut entraîner chez des malades carencés et dénutris, une baisse de son taux sanguin et des troubles neurologiques graves.

-Les anxiolytiques (sédatifs en général).

Pour éviter le syndrome de sevrage (dont la forme la plus grave est le Delirium Tremens), provoqué par la suppression de l'effet calmant de l'alcool.

Le Diazepam (Valium®)

est efficace et bien toléré, il prévient les crises d'épilepsie fréquentes au sevrage.

La dose initiale est 30 à 60 mg par 24 h en 3 à 6 prises, avec réduction progressive de la posologie sur une semaine environ en fonction de l'état du patient.

D'autres benzodiazépines (Seresta®, Xanax®...) peuvent être utilisées en fonction des habitudes des médecins, elles sont un peu moins efficaces pour prévenir les crises d'épilepsie.

Le Meprobamate (Equanil®) et ses dérivés (Atrium®) peuvent également être utilisés.

-Les vitamines du groupe B.

sont nécessaires pour permettre au système nerveux de reconstituer les gaines de myéline lésées par l'alcool et des apports insuffisants en vitamines (B1 essentiellement) et améliorer la vitesse de conduction nerveuse.

-L' Acamprosate (Aotal®)

est en principe prescrit après le sevrage, certains l'utilisent dès ce stade, ce qui n'est pas conforme à l'AMM du produit.

C- La consolidation.

a) PRINCIPE.

Il s'agit de faire retrouver une vie harmonieuse sans alcool, au patient et à sa famille. Ce travail est parfois amorcé au cours d'une hospitalisation longue mais sera, de toute façon, à poursuivre pendant **plusieurs mois**, par une équipe pluri disciplinaire, dans un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie ou une consultation hospitalière le plus souvent et ce en relation étroite avec le médecin traitant et les services sociaux concernés.

Elle s'appuie sur ce que nous avons appelé les **sept piliers de la sagesse alcoologique**.

La phase de consolidation doit-être prolongée, en relation avec le médecin traitant permettant progressivement, à l'équipe, de prendre une distance avec le patient. Il est essentiel de lui faire sentir qu'il sera le bienvenu en cas de difficultés, en cas d'angoisse ou de reprise de consommation . Un espacement trop rapide des rendez-vous est souvent un facteur angoissant qui peut entraîner une reprise de l'alcoolisation.

b) LES MEDICAMENTS DE LA CONSOLIDATION

Produits spécifiques:

les "interditeurs" ou "antabuses" comme le **disulfirame (Espéral®) (TTD B3B4®)**. Ce produit se prend de façon quotidienne, il n'a aucun effet chez un patient abstinent . En cas d'absorption d'alcool, il interfère avec le métabolisme provoquant l'accumulation d'un dérivé intermédiaire: l'actetaldehyde qui entraîne des réactions désagréables : flush (bouffées de chaleur), nausées, vertiges, vomissements. Il faut impérativement en respecter les contre-indications, car les accidents peuvent être graves: Epilepsie, Maladies cardiaques, insuffisance hépatique.

Ce type de traitement n'est pas très responsabilisant et est souvent trop investi par les patients d'un pouvoir magique. Cependant, chez des sujets motivés, il peut être une aide au maintien de l'abstinence à condition d'être prescrit, après sevrage, chez un malade régulièrement suivi et informé que le produit n'évite pas les "envies de boire". Son efficacité est également variable d'une personne à l'autre.

Les « implants d'Espéral », comprimés retard implantés sous la peau et actifs six mois ont été retirés du marché en raison d'accidents

thérapeutiques et d'une efficacité insuffisante, le patient étant trop passif.

les "additolytiques", produits agissant sur les mécanismes de la dépendance et visant à réduire l'appétence pour l'alcool :

L'Acamprosate (Aotal®)

est un agoniste du GABA (c'est à dire qu'il stimule les récepteurs normalement activés par ce neurotransmetteur) et se prescrit après sevrage, chez un patient régulièrement suivi . Il paraît diminuer notablement l'envie d'alcool. Il s'agit d'un produit qui aide le malade à "dire non". Là encore, il est essentiel d'informer les patients des limites de ce type de thérapeutique.

La Naltrexone (Revia®)

est un anti-morphinique qui empêche les dérivés de l'alcool ayant une activité de type morphinique de se fixer sur les récepteurs aux endorphines et de stimuler les centres du plaisir. La prise d'alcool est moins gratifiante et l'envie de boire diminue.

Produits non spécifiques.

Vitamines B et Magnésium,

sont prescrits en raison des fréquentes carences causées par l'absorption régulière d'alcool, et une alimentation souvent déséquilibrée. Ils contribuent à l'amélioration du fonctionnement du système nerveux.

Les anxiolytiques,

sont souvent nécessaires chez des patients souvent anxieux, le soutien psychologique n'étant pas toujours suffisant, on privilégiera des produits n'induisant ni dépendance ni troubles de la mémoire, l'usage des benzodiazépines doit-être très prudent.

Les hypnotiques (somnifères),

sont utilisés avec parcimonie, leur prescription n'est pas LA réponse à un trouble du sommeil, le traitement doit être de courte durée et utiliser des produits n'induisant pas de dépendance.

Les neuroleptiques,

sont parfois utiles chez des patients agressifs ou agités, leur usage reste exceptionnel et doit se limiter à des produits faciles à manier.

Les antidépresseurs,

ne sont indiqués que chez des patients présentant un réel état dépressif confirmé à distance (une dizaine de jours) du sevrage. Le traitement doit être prolongé, et on évitera les produits présentant des risques toxiques importants en cas de tentative de suicide.

Un traitement autrefois classique est de moins en moins utilisé: La «**cure de Champeau** » ou « **piqûres chauffantes** »: injections intra-veineuses rapides de Sulfate de Magnésium dont le but est de faire sentir au patient son corps et de lui apprendre à se relaxer. L'essentiel de son intérêt repose dans le dialogue qui s'instaure avec un soignant .

LES C.C.A.A

Ce sont des lieux de consultation, situés le plus souvent dans des appartements, à l'extérieur des hôpitaux. Créés en 1970 sous le nom de **Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA)**, chargés de l'accueil des buveurs à risque et de leur entourage, ils ont vu leur compétence élargie en 1983 et sont devenus **Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA)** ce qui officialisait le fait que les équipes soignaient également des buveurs dépendants. Depuis 1999, du fait de leur changement de statut administratif (loi de 1975) ils sont devenus, **Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)**.

Leur organisation est précisée dans une circulaire ministérielle. Elle comprend une équipe pluridisciplinaire comprenant:

- Un **secrétariat** chargé de l'**accueil**, fonction essentielle dans ce type de structure.
- Un ou plusieurs **travailleurs sociaux**, chargés de la première évaluation, du bilan social et d'une partie de l'accompagnement alcoologique en relation avec le reste de l'équipe soignante.
- Un ou plusieurs **médecins somaticiens** (généralistes le plus souvent) formés à l'alcoologie, chargés du bilan médical, des choix thérapeutiques et des prescriptions éventuelles.
- Un ou plusieurs **psychiatres** habituellement chargés de l'évaluation psychologique de certains malades et du suivi psychothérapique de ceux qui le nécessitent. Ils peuvent être amenés à prescrire des médicaments psychotropes.

-Un ou plusieurs **psychologues** dont la mission est voisine de celle des psychiatres, mais ne prescrivent pas de médicaments.

-Plus rarement, les équipes peuvent comporter **infirmières, diététiciennes ou éducateurs**.

Il est souhaitable de développer des **activités collectives**, groupes de parole, ateliers thérapeutiques, activités sportives, en s'appuyant éventuellement sur une structure associative faisant participer les patients, mais en gardant une indépendance par rapport aux mouvements dits d'anciens buveurs.

Les équipes de CCAA participent à des actions de **prévention, d'information et de formation** (cours, accueil de stagiaires) en relation avec les Comités Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme.

L'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme gère plus de la moitié des CHAA implantés en France, les autres dépendent des DDASS, d'hôpitaux, de centres de santé municipaux ou d'autres associations.

Le **financement** est essentiellement **public**, dépendant principalement du ministère de la santé, mais également des caisses de sécurité sociale, et des collectivités territoriales. Les actes ne sont pas payants pour les usagers.

« CURES ET POST-CURES »

1-DEFINITION.

Il s'agit de services spécialisés accueillant des patients alcooliques motivés. Il est préférable pour des raisons de coût et d'efficacité de les réserver à des patients motivés déjà engagés dans un suivi régulier et chez qui on aura tenté un traitement ambulatoire. Il faut garder à l'esprit qu'au retour le patient aura souvent du mal à retrouver sa place dans sa famille qui aura appris à vivre sans lui.

Les « **cures** » reçoivent généralement des patients non sevrés, le séjour comprend le sevrage, un bilan médical et psychologique approfondi et un travail de réadaptation physique et psychologique. Les programmes thérapeutiques sont parfois très différents, il faut connaître les outils thérapeutiques des différents centres et orienter les patients sur des indications médicales précises. La durée de séjour est habituellement d'un mois.

Les « **post-cures** » reçoivent des patients sevrés, dont l'essentiel des problèmes médicaux est réglé. Les programmes sont également très variables avec trois grandes orientations :

-La remise en forme physique.

-La réinsertion professionnelle (ce qui devient difficile de nos jours).

-La psychothérapie.

2-OUTILS THERAPEUTIQUES.

Les outils classiques.

Médicaments.

Déconditionnement (Piqûres chauffantes).

Ergothérapie.

Sport.

Rencontre avec les associations d'anciens buveurs.

Groupes de parole.

Soutien psychologique.

Les outils " PSY "

Psychothérapie individuelle d'inspiration analytique.

Psychothérapie de groupe.

Thérapies systémiques.

Thérapie familiale.

Thérapie comportementale.

Relaxation et sophrologie.

Les outils culturels.

Ateliers de masque, photo, arts plastiques.

Musicothérapie.

Atelier d'écriture.

Art-thérapie : dessin, terre...

Théâtre.

Vidéo.

Les outils " américains ".

Mis au point par des équipes d'outre Atlantique ils ont l'intérêt de la nouveauté et l'inconvénient de la difficulté dans laquelle se trouvent les patients de les poursuivre à l'extérieur, peu d'équipes les maîtrisant :

Le cri primal.

Le « Re-birth » (re-naissance).

La Programmation Neuro Linguistique (PNL).

L'analyse transactionnelle.

3-OBJECTIFS.

-Apaiser les conflits.

-Restaurer la confiance en soi et l'image de soi c'est la « **Restauration narcissique** ».

-Définir des projets.

-Apprendre à vivre sans alcool et intégrer que c'est possible.

EVOLUTION DE L'ETAT D'ESPRIT DU PATIENT

Il est essentiel que le patient soit motivé et acteur de ses soins, il faut également tenir compte de son état d'esprit pour franchir les différentes étapes du traitement. Le patient va passer par des stades qui conditionneront les indications .

1- LE DENI.

Lors des premiers contacts, le patient est souvent dans une **position défensive**, il peut nier complètement sa dépendance à l'alcool ou minimiser celle-ci, sous estimer sa consommation et ses conséquences comportementales psychologiques et sociales. Cette négation s'adresse tant au soignant qu'à lui même . Il faut donc lui laisser le temps de mesurer la gravité de ses problèmes et de désirer s'en sortir, c'est la raison de l'importance de la phase de **préparation** . Un sevrage imposé ou dont l'accord aura été "arraché" au patient risque de n'avoir qu'un effet très éphémère.

2-LA PHASE DE DEPRESSION.

La prise de conscience des difficultés à surmonter s'accompagne souvent d'un certain découragement du patient et d'une **culpabilisation** vis à vis des conséquences de ses actes et de l'abandon de ses responsabilités. Ceci survient habituellement autour de la phase du sevrage et se trouve aggravé par la suppression des effets antidépresseurs de l'alcool. L'**accompagnement psychologique** est fondamental et il peut-être nécessaire, à ce stade, de mettre en route un traitement antidépresseur sachant que celui-ci n'agit pas immédiatement et devra, s'il est entrepris, être poursuivi pendant plusieurs semaines ou mois.

Cette période est délicate, elle peut-être un facteur de reprise de la consommation et il ne faut pas négliger le risque de suicide.

3-LA PHASE DE « COMPLAISANCE ».

Le bilan est souvent lourd, le moyen de l'accepter est la dérision. Les patients vont donc raconter un peu complaisamment, à l'équipe soignante ou aux autres malades, leurs histoires d'alcool et d'alcoolisation, les bons moments, ceux où l'alcool était leur meilleur ami, ce sont leurs "**histoires de chasse**", elles traduisent la difficulté à affronter une vie plus responsable .

4- LES INTERDITS.

La phase de consolidation est maintenant bien amorcée . Afin d'assurer son choix de vie dans l'abstinence, le patient va avoir besoin de points de repère et de "**barrières**" le protégeant contre l'alcool, ce sont: l'équipe soignante, le groupe, les médicaments, les activités extérieures qu'il va pratiquer et les responsabilités qu'il va prendre ainsi que les « **rites conjuratoires** » (changer d'itinéraire pour aller au travail, contourner les cafés), en laissant parfois la place pour frôler le risque (le diabolos fraise qui accompagne le tiercé du dimanche).

Si la vigilance baisse trop vite, la venue de difficultés peut entraîner des reprises de consommation . C'est souvent pour le patient l'occasion de mesurer sa dépendance et d'asseoir plus fortement son choix d'abstinence à condition qu'il ose venir en parler et donc qu'il sache que ce type événement peut arriver.

5- L'« INTROJECTION DES INTERDITS ».

Il s'agit de l'**intégration** au fond de l'inconscient des **interdits** que le patient s'est donné, il est définitivement établi pour lui que l'alcool est un poison, il va progressivement pouvoir se passer des différentes barrières qu'il avait dressées entre l'alcool et lui, mais ce stade est toujours tardif et certains s'arrêteront en chemin.

ABSTINENCE ET RECHUTE

Diverses écoles s'opposent sur ce sujet, sans faire de l'**abstinence** un dogme et de la rechute un tabou, on peut dire que la **dépendance** est presque toujours un phénomène **permanent** et que chez un patient dépendant, la reprise d'une consommation contrôlée est le plus souvent illusoire et donc dangereuse, car la perte de contrôle est rapide.

La difficulté est parfois de savoir si le patient est en situation de dépendance ou d'abus d'alcool et c'est alors l'**évolution** qui nous renseignera.

L'hypothèse d'une «**reconsommation** » doit-être d'emblée évoquée comme un événement **pouvant survenir** et dont il faut alors **parler**. Le patient doit en connaître le risque même à distance du sevrage, mais notre rôle n'est en aucun cas d'interdire ou de donner des ordres. Chacun doit pouvoir en fonction des informations qui lui sont données faire un **choix personnel**. Il est néanmoins discutable de laisser croire à des patients dépendants que l'abstinence n'est pas nécessaire sur le long terme.

Le terme de «**Rechute** » est souvent traumatisant pour les malades, car il suppose l'anéantissement des efforts déjà accomplis, il est nécessaire de **dédramatiser** un tel événement, de parler de «**Reconsommation** » et de créer un climat de **confiance** qui évitera le déni ou la fuite dans la crainte d'un jugement.

CONCLUSION

Le suivi alcoologique doit être **pluridisciplinaire**, prolongé dans le **temps** et basé sur la **confiance** réciproque. Il est important de respecter la progressivité dans les moyens utilisés et de faire du patient l'**acteur** et non le sujet **de son rétablissement**.