

Dr Jean-Marie Ribeyre*, Pr Florence Thibaut**

* Service de psychiatrie, Centre hospitalier Princesse Grace, 2, avenue Pasteur, MC-98012 Monaco Cedex. Courriel : jmribeyr@chpg.mc

** Service de psychiatrie, CHU Charles Nicolle et CH du Rouvray, INSERM U614, UFR de médecine, Rouen, France

Reçu juin 2007, accepté septembre 2007

La prise en charge des malades alcooliques à l'hôpital de Monaco

Résumé

La dépendance à l'alcool constitue un trouble sévère impliquant des conséquences souvent graves pour l'organisme dans son ensemble. Une prise en charge spécifique doit pouvoir être proposée à chaque malade, au mieux au sein d'une unité spécialisée en addictologie. Il convenait qu'en Principauté de Monaco, où le chiffre de prévalence d'alcoolodépendance semble approcher celui de la France, une équipe se spécialise dans cette pathologie, sur le versant notamment de l'aide au maintien de l'abstinence puisque n'étaient réalisés jusqu'alors que d'uniques soins de sevrage. Ce travail réalisé dans le service de psychiatrie de l'hôpital Princesse Grace à Monaco propose quelques résultats préliminaires axés essentiellement sur la clinique. Ceux qui ont été obtenus dans notre échantillon sont semblables aux données de la littérature en ce qui concerne le nombre d'abstinents stables, mais plus significatifs en ce qui concerne la population de malades dépendants de l'alcool "intermédiaires", c'est-à-dire ayant significativement modifié leur habitus par rapport à l'alcool. Les outils pertinents utilisés pour l'aide au maintien de l'abstinence ont été, d'une part, un programme de prévention (Phares) élaboré en partenariat avec l'industrie pharmaceutique et, d'autre part, l'implication de toute une équipe soignante, particulièrement disponible notamment pour la réalisation d'interventions brèves ou ultra-brèves.

Mots-clés

Addiction – Alcoolodépendance – Prévention de la rechute – Aide au maintien de l'abstinence – Programme Phares.

Summary

Management of alcoholic patients in Monaco hospital

Alcohol dependence constitutes a severe disorder often responsible for serious somatic consequences. Specific management must be proposed to each patient, ideally in a specialized addiction medicine unit. In the Principality of Monaco, where the prevalence of alcohol dependence appears to be similar to that of France, it was therefore important to set up a team specialized in this disease, especially in terms of aid to maintenance of abstinence, as only alcohol withdrawal management has been provided until now. This study, performed in the psychiatry department of the Princess Grace hospital in Monaco, proposes several essentially clinical preliminary results. The results obtained are similar to those reported in the literature in terms of the number of stable abstinent patients, but more significant in terms of the population of "intermediate" alcohol-dependent patients, i.e. who have significantly modified their habits in relation to alcohol. The tools used as an aid to maintenance of abstinence were a prevention programme (Phares) elaborated in partnership with the pharmaceutical industry and active involvement of the entire nursing team, that was readily available especially for the brief or ultra-brief interventions.

Key words

Addiction – Alcohol dependence – Prevention of relapse – Aid to maintenance of abstinence – Phares programme.

La Principauté de Monaco est un état indépendant et souverain s'étendant sur 197 hectares en bande côtière, entre le territoire de plusieurs communes du département français des Alpes-Maritimes (d'ouest en est, Cap d'Ail, la

Turbie, Beausoleil et Roquebrune Cap-Martin) ; elle longe la mer Méditerranée sur 4 100 mètres. Elle ne forme qu'une seule commune, Monaco, dont les limites se confondent avec celles de l'état. En 1966, le Prince Souverain a créé

la Direction de l'action sanitaire et sociale (DASS) qui a pour mission toutes les actions concernant l'hygiène publique et sociale, la prévention et le dépistage des maladies. La DASS dirige et coordonne l'action sociale et assume toutes missions et tâches de caractère sanitaire et social. Au total, les dépenses à caractère social représentent environ 6 % du budget de l'État. En complément de l'action strictement sociale ont été mises en œuvre des mesures de prévention et de dépistage assurées dans le milieu scolaire par l'Inspection médicale des scolaires, dans les entreprises par l'Office de médecine du travail et pour les sportifs par le Centre médico-sportif. Ces mesures concernent également le dépistage du sida, du cancer du sein, ainsi que le suivi des personnes en difficulté avec l'alcool et les toxiques.

Le travail présenté, réalisé dans l'une des unités de psychiatrie du Centre hospitalier Princesse Grace (CHPG), principal établissement public de santé en Principauté, n'aborde que les soins donnés aux malades alcooliques, se déclinant classiquement en deux phases, le sevrage suivi immédiatement du programme de prévention des rechutes et la phase ambulatoire.

Prise en charge de la dépendance alcoolique

L'enquête Assistance publique-Hôpitaux de Paris de prévalence des patients en difficulté avec l'alcool réalisée à l'hôpital Saint-Antoine en mars 2000 montre que 25 % des patients hospitalisés un jour donné ont une consommation nocive d'alcool et 71 % d'entre eux ne bénéficient d'aucun suivi spécifique pour leur conduite à risque. Parallèlement, de nombreux travaux ont conduit la communauté médicale à abandonner la distinction classique fondée sur la nature du produit consommé pour insister sur les différents comportements de consommation de substances psychoactives : usage, abus et dépendance (1). La notion de conduites addictives renvoie à une prise en charge et à une prévention globale du comportement, indépendante du produit consommé. Le concept d'addiction est aujourd'hui largement validé. Il justifie l'élaboration d'une politique globale – tant sur le plan clinique que sur celui de l'enseignement et de la recherche – de prise en charge du patient ayant un comportement addictif.

Les modalités de l'accompagnement du malade alcoolodépendant ont fait l'objet de deux conférences de consensus organisées par la Société française d'alcoologie (2, 3). Si le sevrage, notamment celui réalisé en milieu hospitalier, ne pose en général aucun problème particulier, il n'en va pas de même pour l'accompagnement après un sevrage qui se

doit d'utiliser toutes les techniques existantes, médicamenteuses, soutien psychologique, thérapies cognitives et comportementales, thérapies de groupe, thérapies familiales et mouvements d'entraide. Est-il besoin de rappeler qu'en la matière, il n'existe pas de substitution ! Ce faisant, selon Batel (4, 5), l'évolution à un an de patients alcoolodépendants traités donne environ un tiers d'abstinents, un tiers de consommation contrôlée (évolution intermédiaire caractérisée par une amélioration partielle, en général liée à une réduction de la consommation d'alcool) et un tiers de rechute et/ou d'aggravation.

Les facteurs prédictifs de rechute relevés par les études prospectives ne sont guère plus informatifs que le simple bon sens ; il s'agit en effet de l'importance de la consommation d'alcool, du sexe (homme), d'une faible motivation, de comorbidité psychiatrique sévère, d'un environnement défavorable et d'une sociopathie. Le projet MATCH (1993-1997) a essayé d'identifier des sous-groupes de patients particulièrement sensibles à tel type de traitement. En effet, l'histoire "naturelle" de l'évolution de la consommation d'alcool à dix ans donne à peu près les mêmes chiffres qu'après traitement, soit un tiers d'abstinence, un tiers sans amélioration et un tiers d'alternance abstinence/consommation. Ce résultat peu encourageant laisse à penser que l'équivalence d'efficacité des différentes techniques est à mettre sur le compte de l'hétérogénéité du groupe des malades alcoolodépendants. Malheureusement, les résultats à un an du projet MATCH ne montrent aucune différence entre les différents traitements proposés dans l'étude, à savoir : les thérapies cognitives, les thérapies motivationnelles et des thérapies de facilitation.

Cela étant, à long terme, le traitement par thérapie motivationnelle possède le meilleur rapport coût/efficacité. Ce ne sont probablement pas les traitements qui définissent des sous-groupes de patients, mais le poids respectif des trois groupes étiologiques : la biologie – la génétique, l'environnement – la culture et la psychopathologie. Il convient donc d'admettre que tous les traitements, même une rencontre brève, permettent une amélioration de 30 % ; il existe probablement des sous-groupes répondeurs que l'on ne sait toujours pas identifier. Il faut utiliser les stratégies dont l'efficacité a été démontrée et les mouvements d'aide aux anciens buveurs.

Programme de prévention de la rechute au CHPG

Au CHPG, dans le service de psychiatrie où n'est pas identifié un secteur d'addictologie, nous avons mis en place une

stratégie d'aide au maintien de l'abstinence basée principalement sur le programme Phares, conçu par les laboratoires Merck Lipha Santé, Unité thérapeutique alcool et dépendances, inspiré de Monti et al. (6). Ce programme, composé de sept cassettes vidéo, est présenté au malade alcoolique, au cours des trois à quatre semaines que va durer son hospitalisation, le cas échéant à l'issue du sevrage réalisé ou non dans notre unité. Le contenu de chaque cassette est repris par un(e) infirmier(ère) de l'équipe soignante de manière plus ou moins formelle, en tenant compte des exercices proposés ainsi que des interventions et demandes des malades. La psychologue de l'unité prend parallèlement en charge les patients en entretien individuel et/ou en groupe sous la forme d'une séance hebdomadaire d'une durée de 1 heure 30 environ ; les patients sont également invités à y assister après leur hospitalisation lorsque la phase ambulatoire a débuté. Lors de cette phase ambulatoire, les infirmiers(ères) sont amenés à intervenir de manière ultra-brève ou brève auprès des patients, à leur demande et parfois en urgence.

D'un point de vue purement médical, nous assurons le suivi du malade pendant l'hospitalisation et au cours de la phase ambulatoire, essentiellement sous l'angle de la pharmacothérapie associée à un soutien psychothérapique non spécifique. Comme ailleurs, la difficulté essentielle réside dans l'absence de structure spécifique et d'équipe spécialisée disposant de tout le temps nécessaire à la prise en charge de malades alcoolodépendants. En effet, cette activité s'exerçant, pour le moment, au sein du service de psychiatrie générale, la vocation des personnels soignants est bien évidemment d'apporter des soins à l'ensemble des patients hospitalisés sans faire de distinction diagnostique, et le temps manque cruellement. De même pourrait-on évoquer l'absence non moins problématique de structure ambulatoire hors hôpital, voire de lits d'hospitalisation de jour. Cela étant, la Principauté de Monaco est peu étendue et la centralisation au CHPG est un moindre écueil pour les malades. L'équipe soignante s'est formée sur le terrain et en grande partie grâce au programme Phares. Les stratégies d'intervention ultra-brèves et brèves, ainsi que les questionnaires AUDIT et DETA-CAGE (7) sont maintenant bien connus de tous. L'AUDIT permet une évaluation plus approfondie ; il explore les 12 derniers mois de la vie du patient et non la vie entière comme l'outil précédent. Il permet de mieux préciser usage nocif et dépendance. Sa valeur seuil est parfois discutée (8).

Le programme d'aide au maintien de l'abstinence se compose de six cassettes destinées au malade et d'une septième destinée à son entourage. Comme nous l'évoquions plus haut, il est proposé, à l'issue de chacune des cassettes,

une série d'exercices permettant au patient de mettre en pratique ce qu'il lui a été exposé. Ces exercices supposent un travail avec les soignants sous la forme notamment de jeux de rôle et de mises en situation. En général, ces exercices suggèrent au malade des questions dont il est débattu immédiatement.

Après la phase d'hospitalisation et la réalisation du programme Phares, il est remis au patient un livre de bord édité par les laboratoires Merck Lipha Santé, Unité thérapeutique alcool et dépendances. Ce journal est divisé en 12 mois. Chaque mois, outre une suggestion de lecture et une recette de boisson sans alcool, un tableau de suivi permet de noter l'abstinence, ainsi que l'évolution de l'état de santé général et de la vie sociale. Chaque fin de mois, sont notés les bénéfices tirés de l'abstinence.

Le choix des marqueurs biologiques est également étayé (9, 10) :

- Le volume globulaire moyen (VGM) est un marqueur d'une maladie alcoolique déjà installée ; il faut absorber au moins 150 grammes d'alcool par jour pendant plusieurs mois pour augmenter le volume des globules rouges. Sa demi-vie est de trois mois, il est donc plutôt à considérer comme un marqueur à long terme. Dans l'abus d'alcool, sa sensibilité est de 24 % et sa spécificité de 96 % ; par contre, dans l'alcoolodépendance, sa sensibilité monte à 63 %.

- La gamma-glutamyltransférase (GGT) est une enzyme d'origine hépatique. Son taux augmente après une consommation d'environ 100 grammes d'alcool pur pendant environ un mois. Sa sensibilité dans l'abus d'alcool est meilleure que celle du VGM (42 %), avec une spécificité de 76 % seulement ; dans l'alcoolodépendance, sa sensibilité augmente à 80 %.

- La transferrine désylisée (CDT) est une bêtaglycoprotéine participant au transfert du fer. Son taux s'élève pour une consommation d'environ 60 grammes d'alcool pur par jour pendant environ une semaine. Sa demi-vie est d'environ deux semaines. Elle possède une bonne sensibilité de 82 % et une spécificité de 97 %. Elle est intéressante dans les cas de consommation à risque ; en effet, une consommation d'alcool comprise entre 50 et 80 grammes d'alcool pur par jour pendant au moins deux semaines augmente le taux de CDT chez 81 à 94 % des sujets.

En termes de détection de consommations à risque ou d'usage abusif dans la population générale, le meilleur marqueur consiste à doser simultanément les GGT et CDT. Une élévation de l'un ou l'autre de ces paramètres constitue à la fois un indicateur sensible (> 90 %) et spécifique (> 80 %) d'une consommation excessive d'alcool. Pour éva-

luer de manière longitudinale l'impact d'une prise en charge, la CDT est le marqueur le plus adapté du fait de son turnover rapide.

Résultats

50 patients alcoolodépendants ont été inclus dans ce programme entre juillet 2002 et juillet 2003 (tableau I) :

30 hommes (60 %) et 20 femmes (40 %), dont 49 d'origine caucasienne. Six sont de nationalité monégasque, un de nationalité britannique, 39 de nationalité française, un de nationalité marocaine, un de nationalité suisse, deux de nationalité italienne. 22, soit 44 %, résident en Principauté, 15 résident dans les communes limitrophes (Beausoleil, Roquebrune Cap-Martin, Cap d'Ail et la Turbie) soit 74 %, 12 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), un hors région PACA. Le ratio entre hommes et femmes, dans

Patient	Sexe	Âge	VGM	GGT	CDT	Autres addictions	Pathologies somatiques associées	Pathologies psychiatriques associées*	Complications liées à l'alcool
Le G. Th.	M	33	95,8	89	27,5	Nicotine			
A. A.	M	46	100	NC	20,1	Nicotine		Dépression	Épilepsie Stéatose
M. P.	F	48	104,7	39	ND	Nicotine		Personnalité histrionique	Stéatose
N. G.	M	41	96	51	ND	Nicotine			Syndrome vermien Polynévrite des MI
R. J.J.	M	60	105,4	76	ND	Nicotine	Artériopathie HTA		Stéatose Atrophie cortico sous-corticale
S. A.	M	51	98,8	454	ND	Nicotine		Dépression	Stéatose
C. F.	M	37	95,5	260	ND	Nicotine		Anxiété généralisée	
C. B.	M	43	95	39	16,7	Nicotine			
M. R.	M	64	94,8	174	ND	Nicotine	HTA		Trouble du caractère Stéatose
D. B.	F	49	91,7	32	ND				
E. A.	F	57	88,3	29	14,2	Nicotine			Trouble du caractère
D. U.	M	27	91,5	23	ND	Nicotine			
M.B. F.	F	42	83,9	14	ND	Nicotine		Personnalité <i>borderline</i>	Trouble du caractère Stéatose
D. E.	M	42	90	35	ND	Nicotine		Dépression	
G. E.	M	41	101,8	93	80,4	Nicotine		Personnalité antisociale	Épilepsie Stéatose
T. B.	M	38	85,3	369	39	Nicotine			Stéatose
L. P.	F	43	98,2	44	6,1			Dépression	Stéatose
P. O. (*)	M	39	78,5	114	31,7	Nicotine			Dépression Stéatose
P. C.	F	36	108,8	34	ND	Nicotine Antécédents d'héroïnomanie	Hépatite C	Personnalité <i>borderline</i>	
G. I.	F	39	96,3	18	16,8	Nicotine		Personnalité <i>borderline</i>	Trouble du caractère
C. J.	M	56	96,1	92	28	Nicotine	Cancer de vessie DNID		Anxiété généralisée
N. Th.	M	44	92,4	183	41,5	Nicotine Psychotropes		Personnalité dépendante Dépression	Trouble du caractère
P. M.	F	47	104,1	234	ND	Nicotine	AVC		Stéatose
B. J.	F	55	91,4	15	23,2			Personnalité histrionique	
B.V. A.	F	56	93	23	19			Anxiété généralisée	Trouble du caractère Stéatose
T. A.	M	57	104,1	381	ND	Nicotine			Stéatose Épilepsie Atrophie cortico sous-corticale
M. B.	M	41	95	30	ND	Nicotine		Personnalité antisociale	Trouble du caractère Stéatose

Tableau I : Données cliniques et biologiques des 50 patients inclus dans le programme de prévention de la rechute alcoolique au CHPG de Monaco

Patient	Sexe	Âge	VGM	GGT	CDT	Autres addictions	Pathologies somatiques associées	Pathologies psychiatriques associées*	Complications liées à l'alcool
E. R.M.	F	50	98,2	327	ND	Nicotine	AVC		Stéatose
C. A.	F	30	92,5	21	ND	Nicotine		Personnalité histrionique	
D. D.	M	38	94,6	59	51,9	Nicotine			Épilepsie
P. R.	M	54	103,1	NC	26,1	Nicotine			Stéatose
									Atrophie cortico sous-corticale
G. S.	M	40	97,7	20	47,4	Nicotine		Dépression	
G. J.F.	M	48	99,4	105	ND	Nicotine		Dépression	Stéatose
P. D.	M	58	90,9	245	29,1	Nicotine	Artériopathie	Dépression	Stéatose
M. M.	F	61	88,9	NC	18,8				Anxiété généralisée
W. P.	M	50	103,6	598	ND	Nicotine	HIV positif	Anxiété généralisée	Stéatose
							Hépatite C		
A. G.	M	51	92,4	4825	26,4		Obésité HTA		Trouble du caractère
N. M.	M	37	91,3	405	13,2	Nicotine	Hépatite C	Trouble cyclothymique	Stéatose
P. J.	F	54	102,8	78	ND	Nicotine			Atrophie corticale
H. P.	F	35	102	67	ND	Nicotine		Personnalité histrionique	Stéatose
M. P.	M	34	98,1	129	ND	Nicotine			Pancréatite
C. P.	F	47	88,4	15	12,8	Nicotine	Artériopathie		Stéatose
B. M.M.	F	48	100,7	37	ND	Nicotine		Dépression	Psychose alcoolique
M. D.	F	43	89,6	252	ND	Nicotine	HIV positif	Personnalité	
						Antécédents d'héroïnomanie	Hépatite C	borderline	
De R. S.	F	54	92,2	55	33	Nicotine			Trouble du caractère
A. K.	F	30	92,8	16	ND	Nicotine		Personnalité	
								borderline	
B. E.	M	40	94,6	42	ND	Nicotine			Dépression
									Stéatose
L. D.	M	50	92,9	50	ND	Nicotine			
B. Et	M	36	96,3	126	ND	Nicotine			Stéatose
De T. J.L.	M	60	102,7	31	51,7	Nicotine	Néphrectomie droite	Dépression	Atrophie corticale
							Adénome prostatique		

Valeurs en gras : hors des normes du laboratoire ; NC : non connu ; ND : non dosé ; VGM : volume globulaire moyen – Valeurs normales : entre 80 et 92 fL ; GGT : gamma-glutamyltransférase – Valeurs normales : entre 12 et 43 UI/l chez la femme, 15 et 73 UI/l chez l'homme ; CDT : transferrine désaturée – Valeurs normales : < 18,7 mg/l chez l'homme et < 23,5 mg/l chez la femme. *Selon les critères du DSM-IV.

Tableau 1 (suite)

notre population, est de 1,5. L'âge moyen est de 45,2 ans chez les hommes et de 46,2 ans chez les femmes. Tous présentaient les critères de la dépendance à l'alcool, selon le DSM-IV (11) et avaient un score noté sur l'AUDIT supérieur à 13.

Le VGM moyen de cette population est de 95,6 et le taux moyen de GGT est de 222,3 ; ces deux paramètres se situent au-dessus des normes du laboratoire du CHPG. 38 patients sur 50, soit 76 %, ont un VGM supérieur à la normale ; 24 sujets sur 47 (trois valeurs non connues), soit 51 %, ont un taux de GGT au-dessus des normes du laboratoire. La valeur moyenne de la CDT dans cet échantillon est de 35,4 chez les hommes et 17,8 chez les femmes ;

seule la valeur moyenne des hommes est anormalement élevée. Parmi les 15 sujets hommes chez lesquels la CDT a été dosée, 13, soit environ 87 %, ont une valeur anormalement élevée ; parmi les huit sujets femmes dosés, un, soit 14 %, a une valeur de CDT anormalement élevée.

Tous les patients ont reçu un traitement par acamprosate dès le premier jour de leur hospitalisation et tout au long de celle-ci. Seulement trois patients (6 %) n'ont pas eu à réaliser la période de sevrage dans notre service ; pour l'un, il y avait eu arrêt de l'intoxication plus de deux mois avant l'hospitalisation, pour les deux autres, il s'agissait de transfert dans notre unité après réalisation du sevrage dans un autre service.

44 patients, soit 88 % de l'échantillon, présentent une addiction au tabac. Parmi eux, on retrouve 97 % d'hommes et 75 % de femmes nicotinodépendants. Deux sujets (4 %) présentent des antécédents d'héroïnomanie et l'un (2 %) une addiction aux psychotropes. La consommation de cannabis n'a pu être évaluée avec précision, mais aucun patient de l'échantillon ne répond au diagnostic d'usage à risque pour cette substance (selon les critères du DSM-IV).

Neuf sujets (18 %), sept hommes et deux femmes, souffrent de dépression (critères DSM-IV) comorbide, traitée parallèlement à la pathologie alcoolique. De même, trois patients (6 %), deux hommes et une femme, souffrent d'anxiété généralisée (critères DSM-IV). Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 12 sujets, soit 24 % de l'échantillon : personnalité histrionique (critères DSM-IV) pour quatre femmes, personnalité *borderline* (critères DSM-IV) pour cinq femmes, personnalité antisociale (critères DSM-IV) pour deux hommes, personnalité dépendante (critères DSM-IV) pour un homme. Enfin, un sujet homme (2 %) souffre d'un trouble cyclothymique (critères DSM-IV).

26 patients (52 %) souffrent de complications somatiques liées à l'alcool. Parmi eux, 25 (96 %) répartis en 18 hommes et sept femmes présentent une stéatose hépatique. Un seul sujet de sexe féminin souffre de complications pancréatiques. Les autres complications somatiques sont essentiellement neurologiques avec huit cas dans cette population étudiée, soit 16 %. Parmi ces 16 %, on retrouve quatre cas (50 %) d'épilepsie de sevrage chez des hommes exclusivement, un syndrome vermien (12 %) couplé à une polyneuropathie des membres inférieurs chez un homme, cinq cas (62 %) d'atrophie corticale ou cortico-sous-corticale chez quatre hommes et une femme, couplés dans deux cas avec une épilepsie de sevrage.

14 sujets, soit 28 % de la population étudiée, présentent des complications psychiatriques consécutives à l'alcool : troubles du caractère (critères DSM-IV) dans neuf cas sur 14 (64 %), dont cinq femmes et quatre hommes ; dépression (critères DSM-IV) pour deux patients hommes (14 %) ; anxiété généralisée (critères DSM-IV) dans deux cas (14 %), un homme et une femme ; enfin, un sujet (7 %) de sexe féminin a présenté une psychose alcoolique (critères DSM-IV).

27 sujets (55 %) sont à ce jour suivis régulièrement par notre équipe. Parmi ceux-ci, neuf (33 %) sont demeurés abstinents avec certitude depuis leur entrée dans le programme ; l'un d'eux était abstinente au moment de l'entrée dans le programme depuis plus de deux mois et l'est demeuré ; pour un autre, le seul en injonction thérapeu-

tique à la suite d'une conduite en état d'ivresse, le doute subsiste. Quatre (15 %) n'ont pas modifié leur comportement face à l'alcool de manière durable, voire se sont aggravés. Les 13 autres (48 %) ont significativement modifié leurs habitudes, soit par un contrôle de leur consommation, soit par une abstinence ponctuée d'une ou plusieurs réalcoolisations brèves.

Discussion

Si le nombre de sujets abstinents après prise en charge spécialisée, évalué à 33 % dans notre échantillon, au moment de l'analyse fin 2003, est celui habituellement cité dans la littérature (5), celui des sujets ayant rechuté sans modification de leur comportement est inférieur de moitié au profit de celui des patients "intermédiaires" (respectivement 15 et 48 %), si l'on considère la classique règle du tiers (un tiers de rechute, un tiers de rémission totale, un tiers de rémission partielle).

Bien entendu, il s'agit de résultats préliminaires ; l'ensemble est à nuancer puisque l'on ne dispose pas du même recul pour tous les patients inclus. Toutefois, pour sept des neuf patients demeurés abstinents, le recul moyen est de 9,8 mois (pour les deux autres inclus entre mai et juin 2003, le recul moyen est de 1,3 mois) ; or un grand nombre de travaux cliniques rapportent une fréquence élevée de réalcoolisation (40 à 60 %) dans les six premiers mois. Parmi notre groupe abstinente, quatre sujets, soit près de un sur deux, sont indemnes de pathologie psychiatrique comorbide, trois souffrent d'une dépression maintenant guérie et un souffre d'un trouble anxieux actuellement atténué de manière très significative par un traitement adapté. Dans ce sous-groupe, seule une patiente, faisant partie des plus récemment inclus, présente un trouble de la personnalité de type *borderline*. On peut donc considérer que la grande majorité des abstinents est indemne de trouble psychiatrique comorbide, soit qu'il n'ait jamais existé, soit qu'il soit guéri ou stabilisé. Il est remarquable de noter que la situation est tout autre dans le sous-groupe des quatre malades ayant rechuté ou dont l'état s'est aggravé ; dans celui-ci, en effet, on retrouve 100 % de sujets présentant un trouble psychiatrique comorbide (troubles de la personnalité et trouble cyclothymique), formant vraisemblablement un facteur de risque permanent et difficilement modifiable. Le résultat global d'environ 80 % de patients améliorés, regroupant les sujets en rémission complète (33 %) et les sujets en rémission partielle (48 %) que rapporte cette étude, au moment de l'analyse, est supérieur aux classiques deux tiers de la littérature, même s'il est vraisemblable que

l'on va assister à un rééquilibrage au cours du temps entre les groupes "rémission partielle" et "rechute".

La CDT apparaît comme le marqueur de l'alcoolisme le plus pertinent chez les hommes de notre population qui ont pu bénéficier de son dosage ; ce résultat est compatible avec la littérature (10). En effet, l'élévation de la CDT est considérée comme un marqueur sensible d'une consommation excessive d'alcool (> 60 g/jour) chez l'homme. Chez la femme, les taux normaux de CDT circulante sont plus élevés que chez les hommes, faisant suggérer que leur mesure pourrait être un marqueur moins sensible chez les femmes à risque que chez les hommes (12). Les taux plasmatiques de CDT dépendent également de la masse corporelle, avec une sensibilité à l'alcool plus élevée chez les sujets maigres (13).

Le ratio hommes/femmes dans notre échantillon est de 1,5. Cette tendance à l'équilibre est décrite dans la littérature, dans une moindre mesure : en dix ans, ce ratio est en effet passé de 5,2/1 à 2,8/1 (14).

Si l'on considère les complications somatiques hépatiques dans cette population d'alcoolodépendants, on ne retrouve pas le classique facteur de risque lié au sexe féminin (18 hommes atteints de stéatose hépatique versus sept femmes) ; toutefois, il convient de préciser qu'aucun des patients de cet échantillon n'a bénéficié d'une ponction-biopsie hépatique et que ce diagnostic n'a été posé que sur l'imagerie ; or l'on sait que l'histologie demeure l'outil principal de ce diagnostic. Par ailleurs, ni les quantités d'alcool ingérées, ni les moments de consommation par rapport aux repas n'ont été déterminés avec précision dans le cadre de ce travail.

Le nombre de complications neurologiques n'appelle pas de commentaires particuliers en dehors du fait que, là encore, ce sont les sujets de sexe masculin qui en sont majoritairement atteints. Il n'a pas été réalisé d'études avec la caméra à positons pour apprécier une éventuelle hypovascularisation frontale, classiquement décrite dans la littérature.

Aucun sujet inclus dans cette étude ne souffre actuellement d'autres complications somatiques : cirrhose (avec la même réserve qu'aucun de nos patients n'a pu bénéficier de ponction-biopsie hépatique), cardiomyopathie, pathologies cancéreuses, notamment.

Les complications psychiatriques liées à l'alcool retrouvées dans notre échantillon – trouble du caractère, dépression, anxiété notamment – sont décrites de manière très classique chez les alcoolodépendants. Contrairement à la répartition

très déséquilibrée observée pour les complications somatiques, entre les sexes masculin et féminin, celle de ces complications psychiatriques par rapport à ce paramètre l'est au contraire parfaitement. 22 % de notre population présentent un trouble psychiatrique comorbide (dépression et anxiété généralisée) d'intensité modérée à moyenne ; parmi eux, nous retrouvons 73 % d'hommes et 27 % de femmes. Dans cette étude, le diagnostic de dépression est majoritaire chez les hommes (sept hommes et deux femmes) ; ce résultat est en désaccord avec les données classiques de la littérature (14). L'étude ECA (15) rapporte que 65 % des femmes contre 44 % des hommes avec abus et/ou dépendance à l'alcool présentent au moins un trouble psychiatrique sur la vie entière (principalement dépression et trouble anxieux), par rapport à 36 % de l'ensemble des femmes de la population étudiée. De même, 22 % des sujets présentent un trouble de la personnalité, essentiellement des femmes (72 %) et, en termes de caractéristiques cliniques, retrouve-t-on posés chez huit femmes alcoolodépendantes de l'échantillon les diagnostics de personnalité histrionique et *borderline* ; il s'agit là par contre d'un résultat habituel (16). Si nous faisons le total des troubles psychiatriques comorbides dans notre échantillon, nous obtenons un chiffre de 50 %, avec un ratio hommes/ femmes de 1,1. Le chiffre de 50 % de sujets ayant un trouble psychiatrique associé à leur alcoolodépendance paraît supérieur à celui habituel de 20 à 30 % cités par les addictologues ; ceci pourrait être au moins partiellement lié à un biais de recrutement inhérent à la spécialisation en psychiatrie initiale de notre unité.

Le chiffre d'environ 90 % de fumeurs retrouvés chez nos alcoolodépendants est un chiffre classique. Il a été systématiquement proposé au patient entrant dans notre programme, de réaliser un sevrage conjoint de nicotine, sauf s'il existait un doute quant à une dépression primaire évolutive (17). Environ 30 % des sujets inclus ont accepté de rencontrer le tabacologue et la plupart ont pu ainsi diminuer leur consommation de tabac sans toutefois parvenir à un sevrage complet. La séquence de l'apparition des addictions alcool/nicotine n'est pas connue pour cet échantillon de sujets.

Rappelons enfin que tous les patients de l'échantillon ont reçu de l'acamprosate dès le premier jour de leur hospitalisation et l'on sait que cette molécule favorise l'abstinence après le sevrage d'alcool (18).

Conclusion

Le résultat essentiel de ce travail rapporte un pourcentage d'environ 80 % de patients alcooliques améliorés (en rémis-

sion complète ou en rémission partielle). Il est très certainement à rattacher à l'intervention spécifique du personnel soignant, notamment infirmier, exceptionnellement impliqué dans son ensemble et d'une grande disponibilité pour intervenir de manière brève ou ultra-brève auprès des malades alcoolodépendants. Ce résultat tend à relativiser le pronostic global à un an de l'alcoolodépendance traitée et sa classique règle du tiers. On sait par ailleurs que les études naturalistiques montrent que seuls 4 à 10 % des patients s'améliorent spontanément, toute intervention d'un soignant multiplie donc au moins par trois les chances de progrès. ■

Remerciements. – Les auteurs remercient l'ensemble du personnel soignant pour sa contribution à la réalisation de ce travail.

J.-M. Ribeyre, F. Thibaut

La prise en charge des malades alcooliques à l'hôpital de Monaco

Alcoologie et Addictologie 2008 ; 30 (3) : 285-292

Références bibliographiques

- 1 - Reynaud M. Dossier addictions : repérer et prendre en charge. L'inventaire des risques et les questionnaires spécifiques. *Rev Praticien – Médecine Générale* 2002 ; 16 (561) : 3-14.
- 2 - Société Française d'Alcoologie. Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Maison de la Chimie, Paris, 1999. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 80S-90S.
- 3 - Société Française d'Alcoologie. 2^{ème} Conférence de consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 173-182.
- 4 - Batel P. Traitement de l'alcoolodépendance. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2001 ; 9-004-B-10 : 9.
- 5 - Batel P. Alcoolodépendance. *Rev Praticien – Médecine Générale* 2000 ; 14 (508) : 1547-1561.
- 6 - Monti PM, Abrams DB, Kadden RM et al. Treating alcohol dependence. A coping skills training guide. New York : The Guilford Press, 1989.
- 7 - Yersin B. Les questionnaires de dépistage en alcoologie. *Alcoologie* 1999 ; 21 : 397-401.
- 8 - Aubin HJ, Marla D, Barrucand D. Modes d'évaluation standardisée de l'alcoolisme. In : Adès J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie, données actuelles et perspectives. Paris : Masson, 1997 : 57-65.
- 9 - Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Rapport au Directeur général de la Santé. Paris : La Documentation française, 2002.
- 10 - Reynaud M, Schellenberg F, Loiseaux-Meunier MN et al. Objective diagnosis of alcohol-abuse: compared values of carbohydrate-deficient transferrin (CDT), gamma-glutamyl transferase (GGT), and mean corpuscular volum. *Alcohol Clin Exp Res* 2000 ; 24 : 1414-1419.
- 11 - American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Traduction française par Guelfi JD et al. Paris : Masson, 1996.
- 12 - Lof K, Seppa K, Itala L et al. Carbohydrate-deficient transferrin as an alcohol marker among female heavy drinkers: a population-based study. *Alcohol Clin Exp Res* 1994 ; 18 : 889-894.
- 13 - Conigrave KM, Egenhardt LJ, Whitfield JB et al. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002 ; 26 : 332-359.
- 14 - Limosin F. Spécificités cliniques et biologiques de l'alcoolisme de la femme. *Encéphale* 2002 ; XXVIII : 503-509.
- 15 - Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiat* 1984 ; 41 : 949-958.
- 16 - Dejong CA, Van der Brink W, Harteveld FM et al. Personality disorders in alcoholic and drug addicts. *Compr Psychiat* 1993 ; 34 : 87-94.
- 17 - Dawson DA. Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug Alcohol Depen* 2000 ; 59 : 235-249.
- 18 - Gual A, Leheret P. Acamprosate during and after acute alcohol withdrawal: a double-blind placebo-controlled study in Spain. *Alcohol* 2001 ; 36 (5) : 413-418.