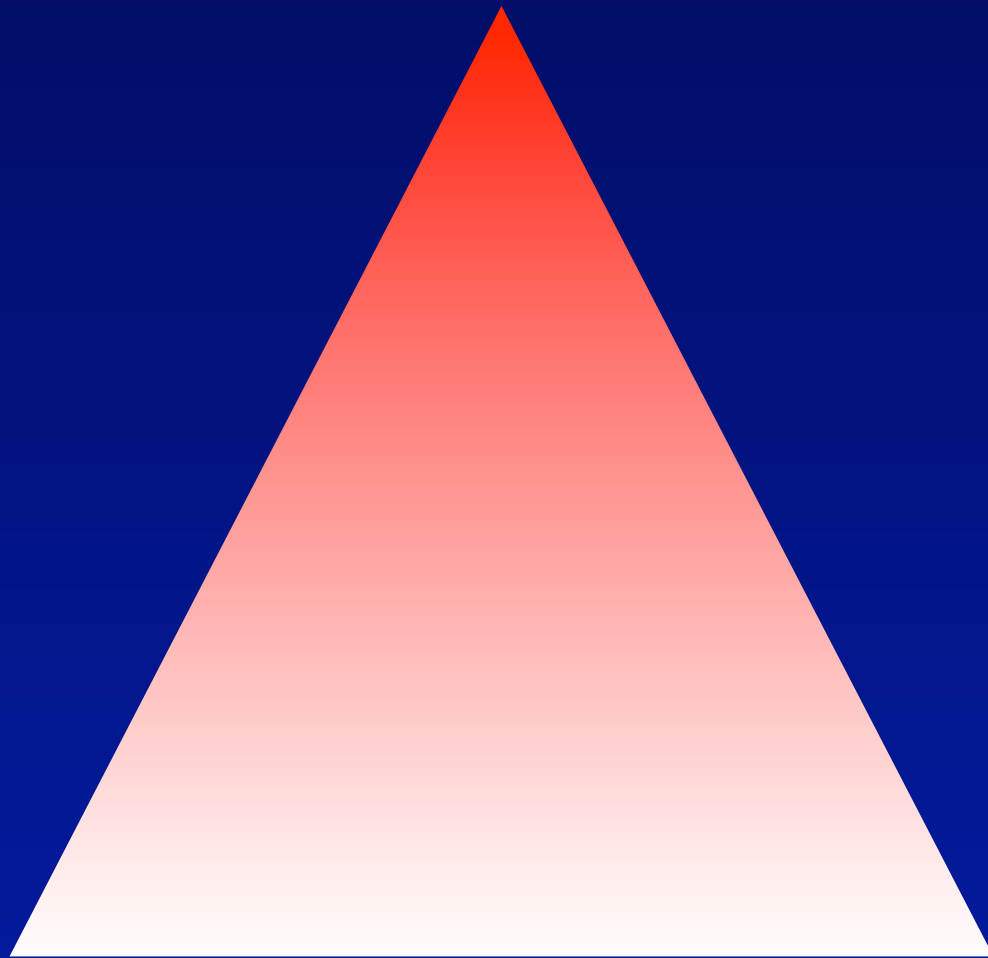


# **La clinique de l'alcoologie**

**Intégrer les descriptions classiques à  
la nosographie moderne à partir de  
cas concrets**

Caroline Le Lan



**Mésusage - nocif**  
- dépendance  
- à risque



**Usage**

**(socialement réglé)**  
**(sans risque)**  
**(normes OMS)**

---

**Non usage**

## **Mr G 57 ans**

**Hospitalisé en avril 2005 pour hémorragie digestive**

**Aucun antécédent**

**Consommation**

**vin à table et apéritifs : à risque pdt 30 ans**

**augmenté depuis retraite 55 ans: > 1 bouteille vin+ 1-2 apéritifs**

**Aucune conséquence auparavant**

**Diagnostic cirrhose évoluée**

**sevrage complet et assiduité**

**Persistance cirrhose grave+ carcinome hepatocellulaire**

**Greffe hépatique en septembre 2007**

**Abstinence**

**Aucun critère de dépendance**

**Usage nocif**

# Hétérogénéité des patients alcoolo-dépendants

## Classification de Fouquet

Alcoolite

Alcoolisme primaire

Alcoolose

Somalcoolose

Alcoolisme secondaire

Alcoolisme type II Cloninger  
type B Babor

Phase terminale

## **Mr AI 57 ans, marié, 3 enfants**

- Début 2005 hospitalisation urgence malaise  
alcool + dépression

histoire:long passé alcool "convivial"

acutisation en 2003 – drame familial

traitement par antidépresseur

**sevrage simple, arrêt des ADP, thymie OK**

- QQs mois d'abstinence, rechute
- Mai 2006 **stage d'alcoologie**  
depuis 2 mois dépressif dépendance physique
- Aout 2006 abstinent va bien
- Septembre 2006 reprise en intention de maîtrise  
perte de contrôle rapide dégradation thymie  
**-Nouveau sevrage simple**

- Mars 2007 reprise d'alcool "imitation schéma de tempérance"
- Juin 2007 **sevrage** à sa demande

Un an d'abstinence bien vécue en 2007-2008

Été 2008, rechute, AEG, syndrome dépressif, idées suicidaires, neuropathie périphérique

Evolution favorable avec le **sevrage + convalescence**

Motivé pour l'abstinence

# Points marquants

**Symptômes dépressifs**

**s'installent après la rechute**

**disparaissent avec le sevrage (sans ADP)**

**Gestion du temps / ennui = rechute**

**Cirrhose diagnostiquée à la première prise en charge et  
conséquences neurologiques**

**Bonne insertion socio-familiale**

**Ambivalence importante**

# Séquence

Dépendance  
psychique  
physique

Usage nocif méconnu  
dépression  
cirrhose

Usage à risque



# **Alcoolite - Alcoolisme primaire**

## **Alcoolisation d'entraînement d'habitude social**

**Consommation régulière ANCIENNE**

**Ivresses symptomatiques rares ou tolérées**

**Longue phase d'usage à risque puis nocif méconnus**

**Accoutumance progressive donc augmentation des doses**

**Dépendance d'installation insidieuse et progressive, psychique puis physique**

**Complications somatiques +++ cirrhose / perte neurocognitive**

**PAS DE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE SOUS JACENTE NI  
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ**

## **Mr M 39 ans, divorcé 1 enfant**

**39 ans**

**études supérieures poste de cadre commercial**

**Mariage 27 ans 1 enfant, divorce en 2001**

**Alcool pendant les études, augmentation progressive malgré les conséquences sur son couple, augmentation + après le divorce.**

**2003 responsabilités plus importantes = consommations augmentent à visée anxiolytique, deviennent matinales.**

**Anxiété : depuis l'adolescence, type généralisée, majorée actuellement.**

**Symptômes dépressifs modérés**

**Tabagisme associé**

**Vient car remarques au travail, arrêt de travail, AEG. Se sent mal**

# Plan de traitement

**Sevrage ambulatoire puis stage 2 semaines**

**Arrive sevré depuis 11 jours**

**bonne participation aux activités**

**sortie avec traitement addictolytique**

**traitement anxiolytique de fond (IRS)**

**suivi alcoologique**

**prise en charge psychologique**

**Evolution favorable à un an et demi**

**meilleure qualité de vie**

**anxiété OK sous traitement**

**abstinence totale sans difficulté ni regret**

## **Points marquants**

**Trouble anxieux pré-existant...  
mais nettement aggravé par l'alcoolisation**

**Nécessité d'une prise en charge associée  
De l'alcoolodépendance  
Du trouble anxieux**

**Abstinence facile ... peu d'appétence**

**Patient intelligent... a compris les enjeux**

# Séquence

Dépendance psychologique rapide

Usage normal ou à risque



## Mr T

2000 33 ans

Première démarche sur séparation

Alcoolisations conviviales, plus augmentation croissante depuis 4 ans, solitaires, clandestines, culpabilisées Dépendance Phy=0

Timidité ancienne sans troubles dépressifs associés

Concubinage depuis 10 ans, une fille de 8 ans

Parents divorcés qd 14 ans, rapport fusionnel avec mère

Retentissement somatique = 0,

Travail dans le bâtiment

Tabagisme

Stage deux semaines peu de projet si ce n'est de se remettre en couple.

**rechute rapide**

**Consommations par entraînement plus vespérales anxiolytiques**

**Dépendance physique modérée**

**RMI**

**Séjour en cure de 3 semaines écourté**

**Ambivalence plus nouvelle relation amoureuse rencontrée en soins**

**Peu de projets**

**2004**

**Est resté abstinent un mois après la cure précédente: allait bien**

**rechute car pensait contrôler**

**A eu suivi ambulatoire épisodique**

**3 mois de cure**

**Intolérance à la frustration - immaturité - impulsité**

**Anxiété surtout le soir**

**Malaise existentiel ancien (père absent - mère trop envahissante)**

**Ambivalence - désir de maîtrise - alcool permissions**

**Peu de projets traitement anxiolytique de fond**

**Rechute rapide**

**2004 – 2010 : 1 à 2 hospitalisations par an, alternance abstinence, maîtrise, rechute**

**Invalidité cat 2**

## **Les points marquants**

**La grande appétence à l'alcool surtout psychologique**

**La dépendance affective**

**Lien à la mère**

**Lien aux mères**

**L'immaturité l'impulsivité l'intolérance aux frustrations l'anxiété**

**La répétition .....**

# **Alcoolose - Alcoolisme secondaire**

## **Alcoolisation de compensation - névrotique**

**Utilisation de l'alcool à visée psychotrope**

**Maladie psychiatrique ou trouble de la personnalité pré-existant**

**Consommation souvent solitaire, ivresses aiguës fréquentes**

**Culpabilité précoce ALCOOLISATIONS CACHEE**

## **Mme R**

**2001 52 ans**

**vient suite TS OH + médicaments**

**Alcoolisations à visée psychotrope cachées très culpabilisées  
anxiété sous jacente**

**Retentissements cognitifs (mémoire) psychologique et relations  
Conflit conjugal**

**Sevrage suivi puis cure de trois mois**

**Depuis**

**Suivi régulier MT alcoologue psychologue sans interruption**

**Evolution en dent de scie**

**Phase de rechutes jusqu'à ce que les conséquences soient trop pénibles alternant avec des phases d'abstinence ou de contrôle**

**Conflits familiaux évoluant dans le temps  
mari, fille**

**Situation sociale stable (retraite, maison,)**

**Association Vie libre pendant quelques années**

**Hospitalisations en 2001 (bonne phase après) 2007 et début 2009**

**Diagnostic de troubles anxieux traité par paroxetine (arrêt des benzo)**

**Bonne phase depuis dernière hospitalisation**

# **Les faits marquants**

**L'anxiété sous-jacente très ancienne**

**La grande ambivalence**

**Appétence à l'alcool et bénéfices secondaires**

**Effets dépressiogènes cognitifs sur l'état général et les relations**

**Le retentissement tout compte fait pas si important**

**La culpabilité, la difficulté à verbaliser ses alcoolisations... qui diminue avec le temps**

# Mr H

**Fin 2008**

**Arrive au SAU avec demande de soins, SDF**

**Toxicomanie IV arrêtée vers 23 ans avec passage à l'alcool  
parents divorcés 6 ans, violence paternelle, suivi psy à 13 ans**

**Fugue dès l'adolescence, prison pour violence, délinquance  
alcool plus benzo peu de tabac peu de cannabis**

**sort avec projet de post cure, motivé pour reinsertion, renouer avec femme  
et fille perdues de vue**

**Interruption de la cure sur impulsivité**

**Debut 2009 demande de sevrage programmé**

**Solitude sociale et familiale, foyers**

**dépendance physique hépatite C + alcool fibrose II**

**bon contact pendant hospitalisation mais ressort à la rue**

**Eté 2009**

**détresse morale et demande de sevrage  
En attente de logement (alfadi)**

**Fin 2009**

**Sevrage programmé, intègre un logement, suivi ADSAO**

# **Les faits marquants**

**L'ancienneté**

**La toxicomanie relayée par alcool plus benzo**

**Les troubles de la personnalité**

**L'amélioration (relative) progressive avec l'âge**

**L'insertion dans le milieu de la rue**

# **Alcoolisme type II de Cloninger ou B de Babor**

**Début précoce +++ < 20 ans**

**Début précoce +++**

**Dépendance rapide**

**Facteur familial important**

**Trouble de la personnalité  
antisocial**

**Dépendance sévère**

**Toxicomanie**

**++ polytoxicomanies  
fréquentes**

**Génétique**

**Co-occurrence psychiatrique**

**Idem chez le père**

**Hyperactivité déficit de  
l'attention dans l'enfance**

**FdR enfance (agressivité -  
impulsivité)**

**Conséquences sociales graves - pronostic mauvais**

## **En réalité**

**Intrication des facteurs**

**Évolution au cours de l'histoire du patient**

**au moment de la consultation**

**Evaluation des différents secteurs ++**

## **Histoire et contexte de la maladie alcoolique**

**premières consommations**

**premières pertes de contrôles**

**historique des soins**

**manière de consommer**

**entourage**

## **Co-morbidités psychiatriques**

**pré-existantes ou secondaire**

## **Diagnostic**

**consommation à risque / nocive / dépendance**

## **Retentissement**

**Somatique**

**social : familial / professionnel / judiciaire**

## **Dépendances associées**

**tabac médicaments drogues illicites autres comportements**

# Évolution commune

L'alcoolisme terminal



# **Stade évolué TERMINAL**

**Dépendance physique marquée**

**Alcoolémie élevée 24h/24**

**Atteintes somatiques marquées**

**Altérations neuro-cognitives +++**

**Apsychognosie et asomatognosie / Déni**

**A CE STADE ...**

**PRISE EN CHARGE SOUVENT PALLIATIVE**

# Conclusions

**Importance du dépistage précoce**

**Intérêt d'une prise en charge  
personnalisée**

**par étape**

# **Importance du dépistage précoce**

**Usage à risque ou nocif**

**avant la réalisation du risque ou la  
décompensation de la maladie**

**Dépendance méconnue ou cachée**

**prise en charge avant les complications  
somatiques  
sociales**

**et l'évolution vers la phase terminale**

# **Prise en charge personnalisée**

**Maîtrise ou abstinence**

**Prendre en compte**

**Le contexte socio-culturel et psychiatrique**

**Le stade de motivation du patient**

**Les conséquences somatiques**

## **Mme L, 43 ans**

**Décembre 2007 : hospitalisée en HDT/mari  
Délirium tremens. Jamais aucune prise en  
charge préalable**

**Patiente employée accueil et comptabilité**

**3 enfants 7, 9 11 ans**

**Mari chef d'entreprise absent**

**Alcool psychotrope**

**Déni massif initial**

**- Janvier 2008 stage, bon investissement mais deni partiel persistant.**

**Abstinence 1 mois, rechute cachée++**

**-Juin 2008 hépatite alcoolique aigue grave, dépendance physique, delirium, AEG**

**-Décembre 2008 : situation se dégrade, atrophie cerebrale, ,neuropathie, sd cerebelleux.**

**Demande divorce**

**Son mari « l'installe » dans un appart**

**-mars 2009 : incurie, asomatognosie massive, phase terminale ???**

**-Aout 2009 : cirrhose, dénutrition majeure, fauteuil roulant**

**-Septembre 2009, abstinente, divorce**

**-Janvier 2010 5 mois d'abstinence.....**