

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2019

N° 2019-74

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Pangui Mapondo Bernadette

née le 06/05/1989 à Rennes

Présentée et soutenue publiquement le 11/06/2019

Évaluation de l'intérêt du suivi nutritionnel en consultation médicale chez le patient alcoolique dépendant avec troubles psychiatriques comorbides

Présidente : Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec

Directrice de thèse : Madame le Docteur Muriel BOSSARD

Remerciements

A Madame le Professeur Grall,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Drapier,

Pour avoir accepté sans hésitation de juger ce travail et de venir partager votre expérience, recevez tous mes remerciements.

A Monsieur le Professeur Darmaun,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury, pour la disponibilité dont vous avez fait preuve pour juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance

A Madame le Docteur Muriel Bossard,

Pour m'avoir acceptée et accompagnée dans la réalisation de ce travail. Votre confiance et vos conseils ont été nécessaires pour le mener à bien. Pour cela, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Anne Chassevent,

Pour m'avoir accueillie dans votre service, pour l'intérêt porté à mon travail de thèse, recevez ici toute ma sympathie

A mes collègues internes, aux côtés desquels j'ai apprécié de travailler tout au long de mon internat.

A tous les services et équipes soignantes qui m'ont accompagné tout au long de mes études.

A ma Famille

A mes parents Edouard et Jeanne pour leur amour, leur soutien et pour m'avoir transmis le goût du travail

A mes frères et sœurs, Emma, J-B, J-P, Edouard, Raphaël pour leur affection au quotidien surtout dans les moments difficiles.

Aux amis de toujours

pour tout le reste, notamment, Pauline, Christel, Ronelus, Sylvie, Eloge, Brigitte, Mickaël, Jérôme, Côme, Alphonse, Albert, Phélie, Paul, Yolande, Hilaire, Yves, Henriette, Efricia, Firmine, Arnaud, Rodrigue, Daniel, et tous ceux que j'oublie...

Remerciements particuliers

Aux services de psychiatrie, de gynécologie-obstétrique et des urgences du CHU de Brazzaville.

Au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital Sud de Rennes et tout particulièrement au Professeur Grall.

A toute la famille Cloup à Saint-Brieuc.

Table des matières

Liste des sigles et acronymes utilisés	13
1.Introduction	15
1.1 Définition, principes généraux	17
1.1.1 Principes de dépendance et de consommation à risques	17
1.1.1.1 Principe de dépendance	17
1.1.1.2 Principe de consommations à risque	18
1.2 Place de la nutrition et du suivi nutritionnel en milieu hospitalier.....	20
1.3 Place du suivi nutritionnel en suivi ambulatoire	23
1.4 Place du suivi nutritionnel en addictologie.....	24
1.5 Place de la nutrition dans la formation médicale.....	24
2. Principe de l'évaluation nutritionnelle	25
2.1 Généralités sur l'équilibre alimentaire	25
2.2 Outils d'évaluation nutritionnelle.....	27
2.2.1 Paramètres anthropométriques	27
2.2.1.1 Le Poids.....	27
2.2.1.2 La Taille	27
2.2.1.3 L'Indice de masse corporelle	28
2.2.1.4 Le Poids habituel	28
2.2.1.5 Calcul de la perte de poids ou de la vitesse de la perte de poids.....	28
2.2.1.6 Mesure des plis cutanés	29
2.2.1.7 La circonférence musculaire brachiale (CMB)	29
2.2.1.8 La Circonférence du mollet.....	29
2.2.1.9 La Mesure du tour de taille et du tour de hanches.....	29
2.2.1.10 Le Rapport tour de taille/ tour de hanches	30
2.2.1 Paramètres biologiques	31
2.2.2.1 L'Albumine	31
2.2.2.2 La Pré-albumine et Transthyrétine	31
2.2.3 Indices nutritionnels composites.....	32
2.2.3.1 Le MNA : Mini Nutritional Assessment	32
2.2.3.2 Le NRI : Nutritional Risk Index ou index de Buzby.....	32
2.2.3.3 Le Bilan calorique	33
2.2.3.4 La Mesure de la dépense énergétiques	33
2.2.4 L'Evaluation des ingestas	34
2.2.4.1 Les enquêtes alimentaires par interview ou rétrospectives	34

2.2.4.1.1 Le rappel des 24 heures.....	34
2.2.4.1.2 L'histoire alimentaire	34
2.2.4.1.3 Le journal alimentaire sur 7 jours	34
2.2.4.1.4 L'Enquête de trois jours.....	34
2.2.4.1.5 La Feuille de surveillance alimentaire	35
2.2.4.1.6 La Comparaison entre les besoins et les apports.....	35
2.3 Intérêt de l'évaluation nutritionnelle en pratique clinique	36
3. Neurobiologie des addictions.....	37
3.1 Le circuit de la récompense.	37
3.2 Le système opioïde	39
3.3 Rôle du système dopaminergique au cours du comportement alimentaire	41
3.4 Rôle du système opioïde au cours du comportement alimentaire	42
4. Alcool et comorbidités psychiatriques.....	43
4.1 Alcool et dépression	45
4.2 Alcool et trouble bipolaire	46
4.3 Alcool et trouble anxieux	47
4.4 Alcool et schizophrénie	47
4.5 Alcool et trouble de la personnalité	47
4.6 Alcool et autres troubles addictifs	48
5. Nutrition et psychiatrie	49
5.1 Les acides-gras oméga 3	51
5.2 S Adenosyl-Méthionine.....	51
5.3 N Acétyl-cystéine	51
5.4 Le zinc	51
5.5 Les vitamines du groupe B	51
5.6 La vitamine D	52
6. Impact nutritionnel de l'alcool sur l'organisme.....	53
6.1 Métabolisme pharmacologique de l'alcool	53
6.1.1 Phase d'oxydation alcool/ acétaldéhyde.....	55
6.1.1.1 Voie de l'alcool déshydrogénase	55
6.1.1.2 Voie du MEOS ou du CYP 2E1	56
6.1.2 Phase d'oxydation acétaldéhyde/acétate.....	57
6.1.2.1 Voie de l'aldéhyde déshydrogénase.....	57
6.2 Métabolisme biologique de l'éthanol.....	59
6.2.1 Impact de l'alcool sur le métabolisme.....	60

6.2.1.1 Métabolisme des acides gras	60
6.2.1.2 Métabolisme du glucose.....	61
6.2.1.3 Métabolisme énergétique.	62
6.2.1.4 Alcool et métabolisme vitaminique.....	62
6.2.1.4.1 Vitamines hydrosolubles.....	63
6.2.1.4.1.1 Vitamine B1	63
6.2.1.4.1.2 Vitamine B6	63
6.2.1.4.1.3 Riboflavine Vitamine B2	63
6.2.1.4.1.4 Acide folique	63
6.2.1.4.1.5 Vitamine B12	63
6.2.1.4.1.6 Vitamine C	63
6.2.1.4.2 Vitamines liposolubles.....	64
6.2.1.4.2.1 Vitamine A	64
6.2.1.4.2.2 Vitamine D	64
6.2.1.4.2.3 Vitamine K	64
6.2.1.5 Métabolisme des minéraux.....	65
6.2.1.5.1 Le calcium.....	65
6.2.1.5.2 Le magnésium	65
6.2.1.5.3 Le potassium	65
6.2.1.5.4 Le phosphore.....	65
6.2.1.5.5 Le fer	65
6.2.1.5.6 Le zinc.....	65
6.2.1.5.7 Le cuivre	65
6.2.1.5.8 Métabolisme de l'eau et des électrolytes	66
7. Alcool et conduites alimentaires.....	67
7.1 Statut nutritionnel de l'alcool.....	67
7.2 Alcool et dénutrition.....	67
7.3 Alcool et surpoids.....	68
7.4 Alcool et troubles du comportement alimentaire	68
8. Alcool et facteurs de risques cardio-vasculaires.....	70
8.1 Alcool et syndrome métabolique	70
8.2 Alcool et hypertension.....	72
8.3 Alcool et système cérébro-vasculaire	72
8.4 Alcool et diabète	73
9. Étude de cas	74

9.1 Introduction	74
9.2 Matériel et méthodes	74
9.3 Étude de cas numéro 1	75
9.3.1 Présentation du cas.....	75
9.3.1.1 Clinique psychiatrique.....	77
9.3.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux	77
9.3.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels.....	77
9.3.1.1.3 Histoire clinique.....	77
9.3.1.1.4 Présentation clinique.....	78
9.3.1.2 Clinique addictologique	78
9.3.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux	78
9.3.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels	78
9.3.1.2.3 Habitudes de consommation	78
9.3.1.2.3.1 Consommations d'alcool.....	78
9.3.1.2.3.2 Consommations de tabac.....	80
9.3.1.2.3.3 Consommations de cannabis	80
9.3.1.3 Clinique nutritionnelle.....	81
9.3.1.3.1 Histoire pondérale	81
9.3.1.3.2 Habitudes alimentaires	81
9.3.1.3.3 Évaluation des apports caloriques.....	82
9.3.1.3.4 Examen clinique nutritionnel	83
9.3.1.3.5 Examen somatique	83
9.3.2 Évolution clinique.....	84
9.3.2.1 Clinique psychiatrique.....	84
9.3.2.2 Clinique addictologique	84
9.3.2.2.1 Habitudes de consommations.....	84
9.3.2.2.1.1 Consommations d'alcool.....	84
9.3.2.2.1.2 Consommations de tabac.....	85
9.3.2.3 Clinique nutritionnelle.....	86
9.3.2.3.1 Évolution pondérale	86
9.3.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires.....	86
9.3.2.3.3 Évaluation des apports caloriques.....	86
9.3.2.3.4 Examen clinique nutritionnel	87
9.3.2.3.5 Évolution somatique	87
9.3.3. Synthèse.....	87

9.4 Étude de cas numéro 2.....	88
9.4.1 Présentation du cas.....	88
9.4.1.1 Clinique psychiatrique.....	89
9.4.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux	89
9.4.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels.....	89
9.4.1.1.3 Histoire clinique.....	90
9.4.1.1.4 Présentation clinique	90
9.4.1.2 Clinique addictologique	91
9.4.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux	91
9.4.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels	91
9.4.1.2.3 Habitudes de consommations.....	91
9.4.1.2.3.1 Consommations d'alcool.....	91
9.4.1.2.3.2 Consommations de tabac.....	92
9.4.1.3 Clinique nutritionnelle.....	93
9.4.1.3.1 Histoire pondérale	93
9.4.1.3.2 Habitudes alimentaires	93
9.4.1.3.3 Évaluation des apports caloriques.....	94
9.4.1.3.4 Examen clinique nutritionnel	95
9.4.1.3.5 Examen somatique	95
9.4.2 Évolution clinique.....	96
9.4.2.1 Clinique psychiatrique.....	96
9.4.2.2 Clinique addictologique	97
9.4.2.2.1 Habitudes de consommations.....	97
9.4.2.2.1.1 Consommation d'alcool	97
9.4.2.2.1.2 Consommation de tabac	97
9.4.2.3 Clinique nutritionnelle.....	97
9.4.2.3.1 Évolution pondérale	97
9.4.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires.....	97
9.4.2.3.3 Évaluation des apports caloriques.....	99
9.4.2.3.4 Examen clinique nutritionnel	100
9.4.2.3.5 Évolution somatique	100
9.4.3 Synthèse	100
9.5 Étude de cas numéro 3.....	101
9.5.1 Présentation du cas.....	101
9.5.1.1 Clinique psychiatrique.....	102

9.5.1.1.1	Antécédents psychiatriques familiaux	102
9.5.1.1.2	Antécédents psychiatriques personnels.....	102
9.5.1.1.3	Histoire clinique.....	102
9.5.1.1.4	Présentation clinique.....	103
9.5.1.2	Clinique addictologique	103
9.5.1.2.1	Antécédents addictologiques familiaux	103
9.5.1.2.2	Antécédents addictologique personnels.....	103
9.5.1.2.3	Habitudes de consommations.....	104
9.5.1.2.3.1	Consommations d'alcool.....	104
9.5.1.2.3.2	Consommations de tabac.....	105
9.5.1.2.3.3	Consommations de cannabis	105
9.5.1.2.3.4	Consommations médicamenteuses.....	105
9.5.1.3	Clinique nutritionnelle.....	106
9.5.1.3.1	Histoire pondérale	106
9.5.1.3.2	Habitudes alimentaires.....	106
9.5.1.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	107
9.5.1.3.4	Examen clinique nutritionnel.....	107
9.5.1.3.5	Examen somatique	107
9.5.2	Évolution clinique.....	108
9.5.2.1	Clinique psychiatrique.....	108
9.5.2.2	Clinique addictologique	108
9.5.2.2.1	Habitudes de consommations.....	108
9.5.2.2.1.1	Consommations d'alcool.....	108
9.5.2.2.1.2	Consommations de tabac.....	109
9.5.2.2.1.3	Consommations médicamenteuses.....	109
9.5.2.3	Clinique nutritionnelle.....	109
9.5.2.3.1	Évolution pondérale	109
9.5.2.3.2	Évolution des habitudes alimentaires.....	109
9.5.2.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	110
9.5.2.3.4	Examen clinique nutritionnel.....	111
9.5.2.3.5	Évolution somatique	111
9.5.3	Synthèse	111
9.6	Étude de cas numéro 4.....	112
9.6.1	Présentation du cas.....	112
9.6.1.1	Clinique psychiatrique.....	113

9.6.1.1.1	Antécédents psychiatriques familiaux	113
9.6.1.1.2	Antécédents psychiatriques personnels.....	113
9.6.1.1.3	Histoire clinique.....	113
9.6.1.1.4	Présentation Clinique	113
9.6.1.2	Clinique addictologique	114
9.6.1.2.1	Antécédents addictologiques familiaux	114
9.6.1.2.2	Antécédents addictologiques personnels	114
9.6.1.2.3	Habitudes de consommations.....	114
9.6.1.2.3.1	Consommations d'alcool.....	114
9.6.1.2.3.2	Consommations de tabac.....	115
9.6.1.3	Clinique nutritionnelle.....	115
9.6.1.3.1	Histoire pondérale	115
9.6.1.3.2	Habitudes alimentaires.....	115
9.6.1.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	116
9.6.1.3.4	Examen clinique nutritionnel	117
9.6.1.3.5	Examen somatique	117
9.6.2	Évolution clinique.....	118
9.6.2.1	Clinique psychiatrique.....	118
9.6.2.2	Clinique addictologique	118
9.6.2.2.1	Habitudes de consommations.....	118
9.6.2.2.1.1	Consommations d'alcool.....	118
9.6.2.2.1.2	Consommations de tabac.....	119
9.6.2.3	Clinique nutritionnelle.....	120
9.6.2.3.1	Évolution pondérale	120
9.6.2.3.2	Évolution des habitudes alimentaires.....	120
9.6.2.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	121
9.6.2.3.4	Examen clinique nutritionnel	122
9.6.2.3.5	Évolution somatique	122
9.6.3	Synthèse clinique	122
9.7	Étude de cas numéro 5.....	123
9.7.1	Présentation du cas.....	123
9.7.1.1	Clinique psychiatrique.....	124
9.7.1.1.1	Antécédents psychiatriques familiaux	124
9.7.1.1.2	Antécédents psychiatriques personnels.....	124
9.7.1.1.3	Histoire clinique.....	124

9.7.1.1.4	Présentation clinique	124
9.7.1.2	Clinique addictologique	125
9.7.1.2.1	Antécédents addictologiques familiaux	125
9.7.1.2.2	Antécédents addictologiques personnels	125
9.7.1.2.3	Habitudes de consommations.....	125
9.7.1.2.3.1	Consommations d'alcool.....	125
9.7.1.2.3.2	Consommations de tabac.....	126
9.7.1.2.3.3	Consommations de cannabis	126
9.7.1.2.3.4	Jeux-vidéos.....	126
9.7.1.3	Clinique nutritionnelle.....	127
9.7.1.3.1	Histoire pondérale	127
9.7.1.3.2	Habitudes alimentaires.....	127
9.7.1.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	128
9.7.1.3.4	Examen clinique nutritionnel	129
9.7.1.3.5	Évolution somatique	129
9.7.2	Évolution clinique	130
9.7.2.1	Clinique psychiatrique.....	130
9.7.2.2	Clinique addictologique	130
9.7.2.2.1	Habitudes de consommations.....	130
9.7.2.2.1.1	Consommations d'alcool.....	130
9.7.2.2.1.2	Consommations de tabac.....	130
9.7.2.2.1.3	Consommations de cannabis	130
9.7.2.3	Clinique nutritionnelle.....	131
9.7.2.3.1	Évolution pondérale	131
9.7.2.3.2	Évolution des habitudes alimentaires.....	131
9.7.2.3.3	Évaluation des apports caloriques.....	132
9.7.2.3.4	Examen clinique nutritionnel	133
9.7.2.3.5	Évolution somatique	133
9.7.3	Synthèse	133
10.	Présentation graphique des résultats.....	134
10.1.	Évolution psychiatrique globale	134
10.2	Évolution nutritionnelle globale	135
10.2.1	Indice de masse corporel moyen.....	135
10.2.2	Périmètre abdominal moyen	135
10.2.3	Apports caloriques moyens.....	136

10.3 Evaluation somatique	137
11. Discussion.....	138
11.1. Outils d'évaluation nutritionnelle.....	138
11.2 Limites de notre travail.....	138
11.3 Discussion des résultats	139
11.4 Apports du suivi nutritionnel.....	140
11.4.1 Alliance thérapeutique	140
11.4.2 Prévention et sensibilisation aux soins somatiques	140
11.4.3 Évaluation de l'estime de soi	141
11.4.4 Applicabilité en pratique clinique.....	141
11.4.5. Perspectives.....	142
12. Conclusion.....	143
13. Bibliographie.....	145
14. ANNEXES.....	153
14.1 Échelle de Beck	154
14.2 Repères de consommation alimentaire du PNNS.....	156
14.3 Extrait du journal alimentaire patient 1	157
14.4 Extrait du journal alimentaire patient 2	158
14.5 Extrait du journal alimentaire patient 3	159
14.6 Extrait du journal alimentaire patient 4	160

Liste des sigles et acronymes utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AMPc	Adénosine Monophosphate Cyclique
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVP	Accident de la Voie Publique
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor
BECK	Beck Depression Inventory
BEP	Brevet d'Etude primaire
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAP	Certificat d'Aptitude primaire
CAPPA	Centre d'accompagnement et de Prévention en Addictologie
C.A.T	Centre d'Aide par le Travail
CMB	Circonférence Musculaire Brachiale
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CNA	Conseil National de l'Alimentation
CSAPPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prevention en addictologie
DER	Dépense Energétique
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder
ETP	Education Thérapeutique
GABA	Acide Gamma Amino Butyrique
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour

HDL	High Density Lipoprotein
HTA	Hypertension Artérielle
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut national de Prevention et d'Education pour la santé
LDL	Low Density lipoprotein
LPA	Lypophoshatidic Acid
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MMORPG	Massively Multiplayer Online Game
MNA	Mini Nutritional Assessment
NAD	Nicotinamide Adénine Dinucléotide
NLAES	National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey
NRI	Nutritional Risk Index
NYHA	New York Heart Association
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OFDT	Observatoire français des Drogues et Toxicomanies
PNNS	Plan National nutrition Santé
POE	Peptides Opioides Endogènes
SAMe	S Adenosyl Méthionine
TCA	Troubles du comportement alimentaire
VLDL	Very Low Density Lipoprotein

1.Introduction

L'alcool est devant le tabac la substance psychoactive la plus consommée en France et constitue, du fait de ses multiples complications, un problème majeur de santé publique. La France est au troisième rang européen des 35 pays membres de l'OCDE concernant la consommation de boissons alcoolisées.

On estime le nombre de décès liés à l'alcool entre 40 000 et 50 000 par an soit près de 10% de mortalité toutes causes confondues. L'alcool reste la troisième cause de mortalité en France, après les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Il est, après le tabac, la deuxième cause de mortalité évitable. (1) Cette mortalité est principalement en lien avec le taux de consommation. En effet, on constate que la mortalité diminue proportionnellement à l'adhésion aux soins. (2)(3)

Selon une étude publiée en 2015 par l'OFDT, on estime à 120 milliards d'euros le coût social lié à l'alcool et au tabac dont 66 milliards d'euros sont attribuables à l'alcool. (4) La majoration des coûts sociaux serait liée à l'absentéisme professionnel, la violence, la maltraitance, les conflits familiaux, les suicides, les accidents de la route et domestiques engendrés par la consommation d'alcool.

De plus, l'alcool est responsable d'une soixantaine de pathologies psychiques et somatiques dont les carences nutritionnelles constituent une part importante. (4) La consommation d'alcool a une grande influence sur l'apport alimentaire et l'état nutritionnel d'un sujet en terme d'apport énergétique et de composition nutritionnelle de l'apport. Le risque de malnutrition est constant, objectivé dans la littérature et peu exploré. (5)

Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les carences nutritionnelles jouaient un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de plusieurs pathologies psychiatriques. (6) L'alimentation aurait un rôle fondamental dans la promotion de la santé mentale et dans la prévention des complications somatiques liées aux consommations excessives d'alcool.

Malheureusement l'évaluation et le suivi de l'état nutritionnel des patients ne fait pas partie des procédures de routine, ni à l'admission des patients à l'hôpital, ni durant leur séjour mais également dans leur suivi ambulatoire (11). Il existe un manque de sensibilisation du personnel soignant concernant cette problématique. Pourtant le suivi nutritionnel pourrait être un socle d'accompagnement du patient en vue d'une meilleure observance et vigilance face à ses conduites alimentaires.

Ainsi, à l'occasion de ma pratique clinique, les préoccupations pondérales et nutritionnelles ont fait partie des demandes exprimées par les patients durant les entretiens médicaux en addictologie. La question de la mise en place d'un suivi nutritionnel reste une problématique complexe dans l'accompagnement de ce profil de patient.

Il existe aussi une absence de remboursement des prises en charge diététiques. De plus, la problématique d'observance du suivi chez les patients présentant des problématiques addictives contrecarre les perspectives potentielles de prise en charge nutritionnelle dans cette population de patient.

Dans ce contexte l'objet de notre propos serait d'évaluer l'intérêt d'un suivi nutritionnel en consultation médicale chez les patients alcooliques dépendant et ses modalités de mise en application en pratique clinique au travers de cinq études de cas de patients présentant une d'alcoololo-dépendance associés à des troubles psychiatriques comorbides. Le but de cette étude est d'évaluer la pertinence d'un suivi nutritionnel standardisé en consultation addictologique et d'en évaluer l'impact d'un point de vu psychiatrique, addictologique et nutritionnel.

Au travers d'un suivi addictologique sur trois mois, nous effectuerons une évaluation nutritionnelle standardisée basée sur un suivi des mesures anthropométriques associée à des recommandations hygiéno-diététiques standard suivant les sources du PNNS.

Nous évaluerons dans un second temps l'impact de ce suivi nutritionnel sur l'évolution de leurs habitudes alimentaires ainsi que l'impact éventuel de ces changements au niveau addictologique, psychiatrique et en de terme de qualité de vie.

1.1 Définition, principes généraux

1.1.1 Principes de dépendance et de consommation à risques

1.1.1.1 Principe de dépendance

Le principe de dépendance, selon le DSM 4, est défini comme un 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 (cf figure 1) à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois. (8)

Le chapitre du DSM 4 lié au diagnostic d'abus et de dépendance a été remplacé dans le DSM V par le chapitre « Troubles liés aux substances et addictions ». (« substance related and addictive disorders. »). Le terme dépendance a été supprimé du DSM-5 et remplacé par « le trouble de l'usage de substances » en retirant le critère d'abus et problèmes légaux » et en ajoutant un nouveau critère : le craving. Il est défini par un fort désir ou une envie irrésistible d'utiliser la substance.

Une définition internationale (DSM 5)

Un patient est dépendant quand il présente au minimum **2 des 11 critères** pendant au moins un an :

1. Incapacité de remplir des obligations importantes
2. Usage même lorsqu'il y a un risque physique
3. Problèmes interpersonnels ou sociaux
4. Augmentation de la tolérance au produit addictif
5. Présence d'un syndrome de sevrage, à l'arrêt
6. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance
7. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
8. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances
9. Activités réduites au profit de la consommation
10. Poursuite de la consommation malgré les dommages
- 11. Le craving, « besoin impérieux et irrésistible ».**

23

Figure 1: Critères diagnostiques de dépendance selon le DSM 5. Source : Boyer ; J-D Guelfi, DSM5 . Mars 2015

L'intérêt de cette révision du DSM est de cibler davantage le diagnostic non plus en fonction du type de substance ou de la quantité consommée mais plutôt en fonction du mode d'usage. (14)

1.1.1.2 Principe de consommations à risque

Il existe différents repères de consommations à risque d'alcool définis par des organisations sanitaires publiques nationales et internationales (OMS, HAS, INPES) (9) L'information sur la consommation d'alcool et ses effets sur la santé provient principalement de la recherche biomédicale et repose sur la relation dose-réponse entre les niveaux de consommations et des résultats sanitaires particuliers.

Cette relation est donnée en termes d'« unités » d'alcool pur, exprimées en « grammes d'éthanol » et cette même convention est également appliquée aux recommandations fournies au grand public.

Les recommandations de consommation d'alcool sont ainsi présentées de l'une des deux manières suivantes : (1) en termes de grammes d'éthanol ; (2) en termes de nombre de verres « standards » (ou « unités ») consommés sur un jour ou une semaine. L'information est généralement accompagnée par la définition du verre « standard » ou de l'« unité ». Exprimée en « grammes d'éthanol », cette définition permet une conversion facile en alcool pur (10)

En France, ces repères sont définis comme ci-joint dans la population adulte selon l'**HAS**

La consommation standard se définit par :

- Une consommation de 2 verres par jour pour les femmes. (soit 20 grammes d'alcool pur)
- Une consommation de 3 verres par jour pour les hommes (soit 30 grammes d'alcool pur par jour)
- 4 verres d'alcool pur par consommation quelque soit le sexe, dans le cadre d'une consommation occasionnelle.

A noter qu'un verre standard d'alcool se définit par 10 grammes d'alcool pur.

A l'échelle nationale, les directives officielles sur la consommation d'alcool sont généralement produites par les gouvernements, par le Ministère de la Santé ou autres services gouvernementaux ou par une entité du gouvernement en charge de l'alcool tel l'**INPES** en France. (10)

Cependant, d'autres directives existent, parfois non gouvernementales et jouissant d'un statut officiel. Elles incluent les recommandations de consommations données par des associations médicales ou par des organisations non gouvernementales ayant autorité sur les questions de l'alcool.

Ainsi, il existe des recommandations de consommation d'alcool spécifiques à chaque région du globe. (tableau 1) (10).

Directives internationales de consommation d'alcool				
Pays	Verre standard	Seuils de consommation (niveaux maxima en grammes d'alcool)		Source
Afrique du Sud	12 g	Homme : 21 unités/semaine maximum	Femme : 14 unités/semaine maximum	Conseil national sud-africain sur l'alcoolisme et la toxicomanie
Allemagne	12g	Homme : 24g/jour Recommandation: 2 jours d'abstinence par semaine	Femme : 16g/jour	drinkingandyou.com
Australie	10 g	Homme : Max 20g/jour Liste de population à risque (ex : femmes enceintes, jeunes)	Femme : 20g/jour	National Health and Medical Research Council (NHMRC)
Autriche	20 g	Homme : 168g/semaine Consommation dangereuse : 60 (H) et 40 (F) g/jour	Femme : 112g/semaine	Ministère fédéral du travail, de la santé et des affaires sociales
Belgique	PAS DE DIRECTIVES OFFICIELLES			
Canada	13,6 g	Homme : 2 unités/jour Max 15 unités par semaine	Femme : 2 unités/jour Max 10 unités par semaine	Centre pour l'addiction et la Santé mentale, Fdus'Alcool
		Consommation à risque : 3 verres pour les femmes et 4 pour les hommes en une seule occasion Liste de population à risque : femmes enceintes ou période d'allaitement		
Danemark	12 g	Homme : 21 unités/semaine Les enfants de moins de 15 ans ne doivent pas boire	Femme : 14 unités/semaine	Conseil national de santé
Emirats Arabes Unis	PAS DE DIRECTIVES OFFICIELLES			
Espagne	10 g	Consommation d'alcool très restreinte		Ministère de la santé
Espagne	10 g	Homme : Max 40 g/jour	Femme : Max 24 g/jour	Ministère de la santé
Etats-Unis	14 g	Homme : Max 2 verres/jour Max 14 unités/semaine	Femme : 1 verre/jour Max 7 unités/semaine	Département de l'agriculture, Département de la santé
Finlande	11 g	Homme : 15 unités/semaine	Femme : 10 unités/semaine	Alko Inc.
France	10 g	Homme : 3 unités/jour Max 4 unités en une occasion Les femmes enceintes, les jeunes et les personnes dans des situations à risque ne doivent pas boire	Femme : 2 unités/jour Au moins 1 jour sans alcool	Ministère des affaires sociales et de la santé, Académie nationale de médecine

Tableau 1: Directives Internationales de consommation d'alcool. Source ICAP, 2010; AIM,2012; Department of health, 2016; IARD, 2016

1.2 Place de la nutrition et du suivi nutritionnel en milieu hospitalier.

La prévalence de la dénutrition à l'hôpital varie entre 30 et 50% et celle de la dénutrition sévère est de 25 %. (7)

Les tâches que doivent remplir le diététicien dans les établissements de santé ont été précisées dans la circulaire du 4 mars 1985. (12)

Elles se répartissent **en trois missions** :

- Une **mission traditionnelle** en liaison avec les services économiques de l'établissement, et les responsables du personnel de cuisine :

Il établit des menus de régime normal et de régimes standards. Dans le cadre de textes en vigueur, il surveille la qualité alimentaire tout au long de la chaîne de production. Il supervise l'équilibre alimentaire. Le diététicien surveille et traduit la prescription médicale. Il concilie alors les besoins nutritionnels du malade et ses goûts.

Le diététicien s'assure avec l'équipe soignante de l'adaptation du régime au malade et contribue à le rendre efficace. Il s'entretient aussi avec le médecin, du suivi et de la modification éventuelle des régimes thérapeutiques. Il participe également à la gestion des stocks de denrées courantes nécessaires, de produits diététiques, ainsi que le matériel particulier exigé.

Durant l'hospitalisation cette prise en charge se traduit par des entretiens individuels ou en groupe avec participation éventuelle des familles.

Auprès des consultants externes, il participe aux actions de prévention menées, par exemple, auprès des femmes enceintes dans les maternités. Auprès du personnel, il intervient dans les unités de soins en vue d'une sensibilisation, et dans les cuisines pour informer le personnel sur les techniques spécifiques à certaines prescriptions.

- **Une mission de formation**

Il participe à la formation des élèves diététiciens ainsi qu'au paramétrage et à la mise en place des systèmes informatisés de la prise de commande des repas. Le suivi des patients est effectué par l'intermédiaire de la fiche diététique permettant d'établir un dossier diététique figurant dans le dossier patient.

- **Une mission de liaison**

Les diététiciens participent activement à l'activité du comité de liaison alimentation et nutrition présent dans certains établissements. (7)

L'évaluation de l'état nutritionnel ne fait pas partie des procédures de routine ni à l'admission des patients à l'hôpital ni durant leur séjour hospitalier. (11) Pourtant le soin nutritionnel fait partie intégrante des soins hospitalier.

Le **CNA**, conseil national de l'alimentation, est une instance consultative indépendante placée auprès des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation et de la santé. Le **CNA** plénier a adopté en juillet 2017 l'Avis n°78 Alimentation en milieu hospitalier. Il s'agit du premier avis sur l'alimentation à l'hôpital. (13)

Plusieurs constats récurrents furent mis en avant sur la dénutrition à l'hôpital notamment sur les conséquences graves et multiples concernant l'évolution clinique des patients. L'alimentation à l'hôpital a été identifiée comme facteur de risque pouvant conduire à l'apparition ou au développement de situations de dénutrition.

Le manque de standard nationaux entraîne une grande hétérogénéité entre les hôpitaux concernant la prise en charge nutritionnelle qui dépend principalement de l'intérêt individuel apporté à cette pratique à l'échelle d'un établissement de santé. (14)

La nutrition en milieu hospitalier présente des enjeux économiques notamment en terme de coût lié à la dénutrition (allongement des durées de séjours, ré-hospitalisations) associé au coût lié au gaspillage alimentaire. D'après ce rapport, il existerait un manque de communication entre acteurs du soin, associée à une lacune de formation aboutissant à un cloisonnement des prises en charge.

Selon la nouvelle réglementation hospitalière française, les centres hospitaliers sont tenus de mettre en place les **CLAN**, afin de fédérer les différents acteurs de l'alimentation. Or, leur mise en place n'a pas permis de valoriser l'alimentation dans le système de soins. (14)

Il fut mis en exergue la place secondaire de l'alimentation parmi les tâches logistiques principalement en lien avec les contraintes de temps, de lieu et de la charge de soins croissante réalisée à effectifs constants ou réduits. Le **CNA** soulignait l'intérêt d'une revalorisation de l'alimentation à l'hôpital. Notamment dans sa dimension symbolique et conviviale, suscité chez le patient.

L'analyse de ces problématiques montre qu'elles concernent d'une part l'état nutritionnel des patients et d'autre part, leur alimentation.

Selon une étude de Reilly et coll de 1995, la malnutrition des patients hospitalisés ou à risque de dénutrition à l'admission ou lors d'actes thérapeutiques est souvent sous-estimée voir « ignorée » des soignants. (15)

De même les groupes à risques (sujets âgés, traumatisés, pathologie infectieuse) échapperaient à une évaluation initiale systématique et répétée de leur état nutritionnel. (15)).

Il a été objectivé que la malnutrition lorsqu'elle n'est pas prise à temps induit une augmentation de la morbidité voir de la mortalité et du coût d'hospitalisation (16). En effet, les patients à haut risque nutritionnel ont une durée moyenne d'hospitalisation de 8,2 à 14 jours. S'ils représentent 56% des patients hospitalisés, le cout atteint 72% des charges financières. (17)

En revanche une prise en charge nutritionnelle appropriée des patients à risque, réduirait la durée de leur séjour ainsi que le coût moyen de l'ordre de 25% pour ce dernier. De plus, il a été montré que plus l'intervention nutritionnelle est précoce, plus la durée d'hospitalisation est raccourcie. (17)

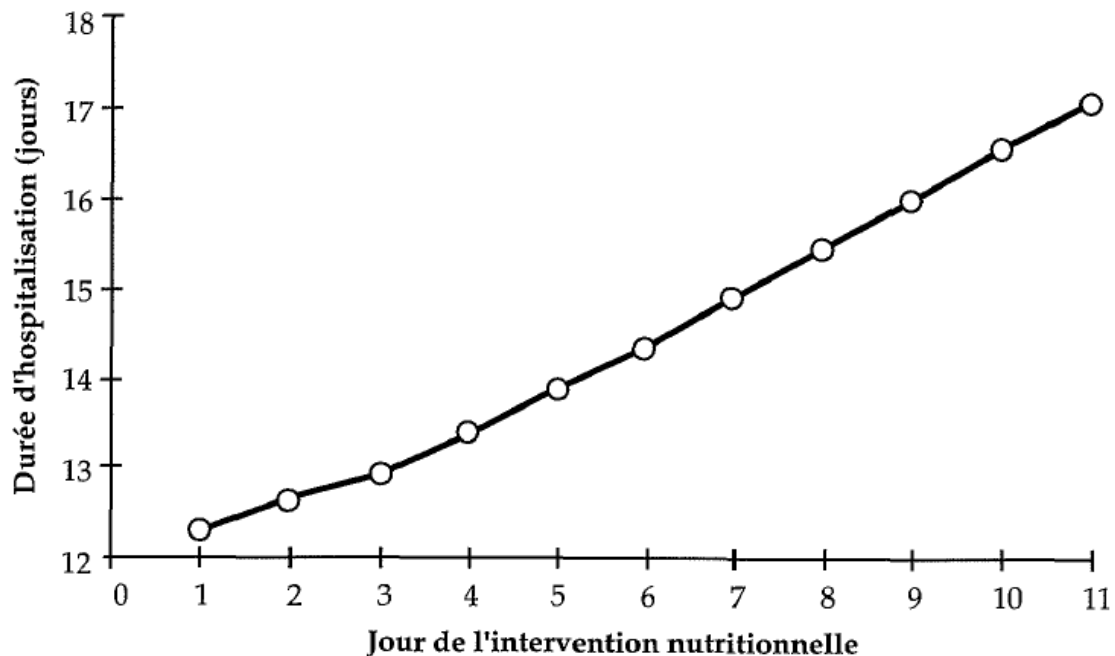


Schéma 1 : Relation entre la durée d'hospitalisation en jours et le début de l'intervention nutritionnelle de Tucker et Miguel 1996

La problématique nutritionnelle reste une préoccupation majeure en milieu hospitalier notamment par ses répercussions en terme de morbi-mortalité, de coût, de durée et qualité d'hospitalisation ainsi que de rétablissement. Elle occupe paradoxalement une place secondaire dans la prise en charge des patients et reste souvent sous-évaluée en pratique hospitalière.

1.3 Place du suivi nutritionnel en suivi ambulatoire

En pratique médicale ambulatoire, la prévalence de la dénutrition reste moindre. Elle varie entre 2 à 5 % chez les personnes défavorisées, précaires voire en exclusion. Chez les sujets âgés la prévalence est estimée entre 5 et 10% hors institutionnalisation (7)

Seulement 28 % des suivis en ambulatoire sont référés par un médecin. La plupart des prises en charge sont des initiatives directes des patients. La représentation de l'activité diététique dans le secteur libéral reste encore très modeste. Il n'est recensé à ce jour que 300 diététiciens exerçant une activité libérale. La majorité d'entre eux exerce donc dans le secteur hospitalier (environ 70%).

La prise en charge nutritionnelle ambulatoire est principalement réalisée par un diététicien, professionnel de la santé et spécialiste de l'alimentation. Elle s'effectue via des consultations individuelles. Il établit un programme alimentaire adapté aux besoins, aux goûts, et mode de vie du patient. Des interventions auprès de groupes sont réalisées pour dispenser des séances de formation et d'information.

Dans le secteur libéral, une demande d'information, dispensée auprès des médecins et des patients, sur le rôle des diététiciens, est récurrente. La consultation diététique n'est pas remboursée par les caisses d'assurance maladie et quelques mutuelles commencent, dans certaines conditions, à effectuer des remboursements partiels. (18)

La **prise en charge** ambulatoire des pathologies de la nutrition est actuellement un point faible en France. La continuité des soins institutionnels, initiés à l'hôpital, se confronte à l'absence d'une prise en charge coordonnée pour les patients. Une fois sorti, si l'alimentation ne relève pas de la nutrition artificielle, le patient n'obtient pas de suivi ambulatoire. Les structures spécialisées sont peu développées. Les plus défavorisés sont les plus exclus de cette prise en charge

Plusieurs freins à l'optimisation de l'intégration des aspects nutritionnels dans les parcours de soins ont été identifiés : une formation insuffisante, un manque de temps, de motivation de la part des médecins généralistes et spécialistes, des difficultés de financement de l'éducation thérapeutique, un manque de valorisation des actions multi-professionnelles, ainsi qu'un manque d'organisation et de coordination. (19)

1.4 Place du suivi nutritionnel en addictologie

L'**addictologie** est l'étude des addictions, c'est-à-dire de la dépendance physiologique et psychologique à une substance ou à un comportement. Cette discipline vise à appréhender, dans un cadre commun, les aspects psychopathologiques entraînant les rapports de dépendance. (20)

Les filières de soins en addictologie sont constituées de plusieurs maillons parmi lesquels, les consultations, les hôpitaux de jour, l'hospitalisation complète de court séjour, (programmée ou non programmée), l'équipe de liaison et de soins en addictologie, les services de soins de suite et de réadaptation. L'objectif de ces filières est de permettre l'accompagnement, l'orientation et si besoin l'hospitalisation. (21)

La prise en charge diététique en addictologie, est réalisée sur prescription médicale. Les diététiciens conçoivent des prises en charge personnalisées afin de rendre autonome le patient dès son retour au domicile. Cette prise en charge garantit des apports nutritionnels adaptés à son état physiologique, sa pathologie et son traitement.

Le rapport sur l'évolution du métier de diététicien rédigé par le professeur **Krempf** a pu mettre en exergue un manque de précision et d'évolution concernant la place et le rôle des diététiciens dans la prise en charge globale du patient. (18)

Il existe un effet de contraste entre, l'importance des problématiques de santé publique et la place réelle de la prise en charge nutritionnelle en milieu médical. La position du corps médical non spécialisé en Nutrition est souvent très ambivalente concernant la place du suivi diététique dans le parcours de soins global du patient.

1.5 Place de la nutrition dans la formation médicale

L'alimentation est considérée comme un élément central des stratégies de prévention et joue un grand rôle en politique de santé publique.

Le statut de médecin « nutritionniste » n'existe pas au sens des spécialités attribuées par le Conseil de l'Ordre des Médecins. Le terme de médecin nutritionniste est attribué aux médecins ayant validé le DESC de nutrition (créé en 1986 ou travaillant dans des services agréés de nutrition.)

Un médecin en deuxième cycle d'études médicales aurait uniquement 20 heures d'enseignement sur l'alimentation. Elle occupe donc une place minimale au sein de la formation médicale. Malgré la prise en considération de la nutrition au cours de l'histoire médicale, celle-ci n'a jamais été reconnue par le passé comme une discipline médicale à part entière (22).

2. Principe de l'évaluation nutritionnelle

2.1 Généralités sur l'équilibre alimentaire

Une alimentation équilibrée est une alimentation variée apportant les apports nutritionnels nécessaires d'un point de vu quantitatif et qualitatif.

En 2001, un programme appelé **Programme National Nutrition Santé** a été lancé en France afin d'améliorer l'alimentation de la population française. L'objectif est d'atteindre un meilleur équilibre dans les apports énergétiques et ainsi réduire l'obésité, le surpoids et les maladies associées.

Sur le plan qualitatif, le **Programme National Nutrition Santé** propose les repères suivants

- Fruits et légumes : au moins 5 par jour.
- Produits laitiers : 3 par jour (3 ou 4 pour les enfants ou adolescents)
- Féculents : à chaque repas et selon l'appétit.
- Viandes, poissons, œufs : 1 à 2 fois par jour.
- Matières grasses : à limiter (privilégier les matières grasses végétales)
- Produits sucrés : à limiter.
- Sel : à limiter.
- Eau : à volonté pendant et entre les repas.

Le PNNS préconise également une activité physique d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour pour les adultes (ou équivalent) et d'au moins une heure pour les enfants ou les adolescents (ou équivalent).

Sur le plan quantitatif, pour favoriser une bonne adéquation entre les apports et les besoins énergétiques d'une personne, il faut conseiller à la personne de :

- Se baser sur ses signaux alimentaires internes (faim, rassasiement), et de stopper les apports dès disparition de la sensation de faim.
- Éviter les restrictions alimentaires
- S'alimenter dans un cadre bienveillant et serein en veillant à un temps de mastication suffisant. (23)

On distingue :

- L'équilibre qualitatif réalisé quand tous les groupes d'aliments sont présents au moins une fois à l'exception des groupes qui ne doivent pas être répétés.
- L'équilibre quantitatif qui tient compte des apports nutritionnels recommandés, variables, selon l'âge, le sexe, l'activité physique.

En France, le PNNS recommande donc de consommer :

- 1 portion de féculent à chaque repas.
- 5 à 10 portions de fruits et légumes par jour.
- 1 à 2 portions d'aliments riches en protéines par jour, en variant leur nature.
- 3 produits laitiers par jour.
- L'équivalent de 2 cuillères à soupe de matière grasse, en privilégiant les huiles végétales.

La Pyramide Alimentaire du Plan National Nutrition Santé (2009)

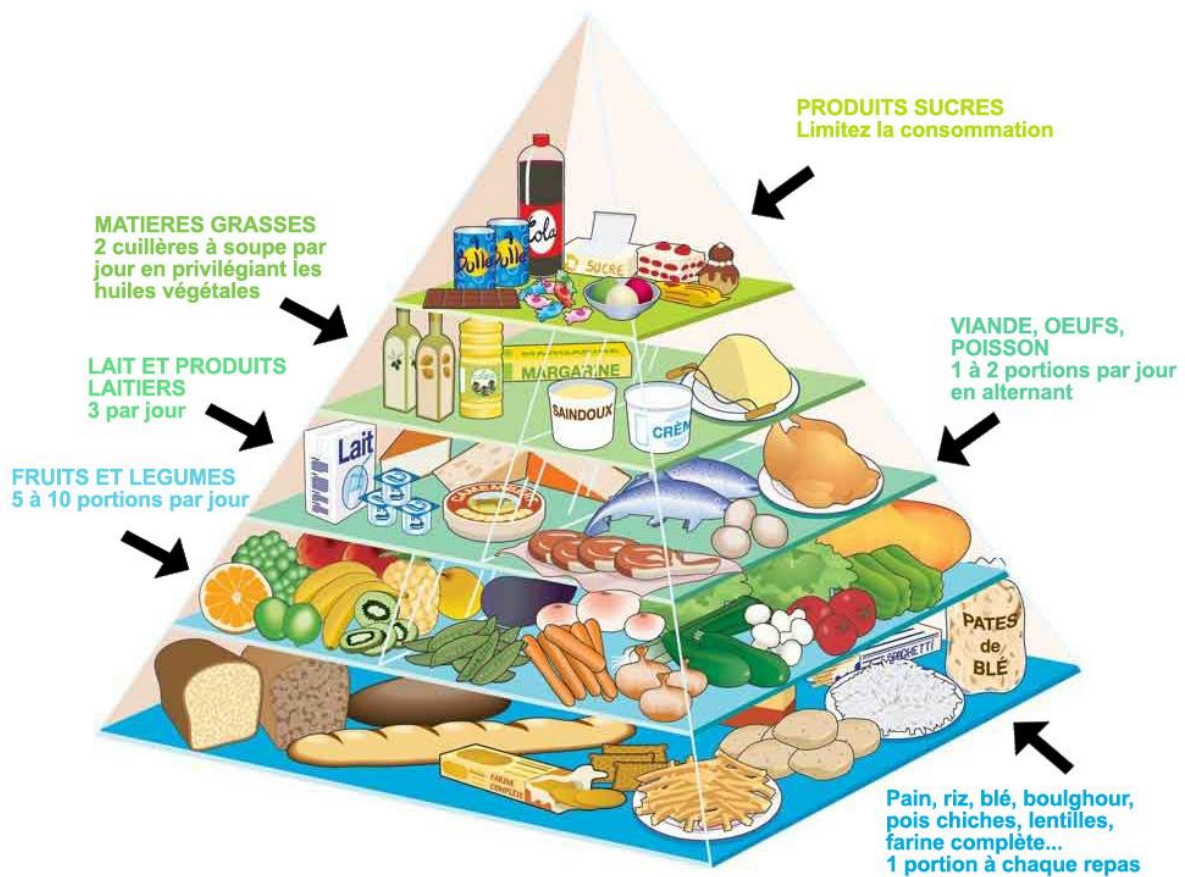


Figure 2 : Pyramide alimentaire du Plan national nutrition santé de 2009

2.2 Outils d'évaluation nutritionnelle

Le diagnostic nutritionnel reste souvent secondaire dans les procédures diagnostiques. Dans la pratique clinique courante, le manque de temps et la méconnaissance des problèmes nutritionnels ont une conséquence sur la santé des patients. Les pathologies nutritionnelles souvent perçues comme secondaires comparé à la maladie originelle.

L'introduction d'un soutien nutritionnel précoce et adapté est un gage d'une diminution des comorbidités, de la durée des séjours à l'hôpital et des coûts d'hospitalisation.

Le diagnostic nutritionnel est établi au terme du recueil d'un ensemble de paramètres cliniques facilement accessibles, d'éléments biologiques couramment disponibles et de l'utilisation d'indices composites validés. Aucun appareil de mesure élaboré n'est nécessaire pour porter un diagnostic nutritionnel adéquat. (24)

2.2.1 Paramètres anthropométriques

2.2.1.1 Le Poids

La prise de poids constitue le temps essentiel du diagnostic nutritionnel notamment pour l'estimation de la corpulence du patient et pour quantifier une variation pondérale. La prise de poids standardisée est réalisée le matin, à jeun, la vessie vide, en sous-vêtements. La recherche d'œdèmes doit être évaluée car les œdèmes perturbent l'évaluation du poids sec du patient.

2.2.1.2 La Taille

Il s'agit du deuxième paramètre de base. Sa mesure standard doit être réalisée au moyen d'une toise, le patient ayant retiré ses chaussures. Elle peut être recueillie par l'interrogatoire. Elle est calculée par la mesure de la hauteur talon-genou pour les patients ne pouvant soutenir l'orthostatisme ou grabataires et calculée au moyen de l'équation de **Chumlea**.

Chez l'homme :

$$Taille(cm) = 64,19 - 0,04 \times age(ans) + 2,03 \times TalonGenou(cm)$$

Chez la femme :

$$Taille(cm) = 84,88 - 0,24 \times age(ans) + 1,83 \times TalonGenou(cm)$$

2.2.1.3 L'Indice de masse corporelle

L'IMC le plus utilisé est l'indice de Quételet

$$IMC(kg.m^{-2}) = \frac{poids(kg)}{taille(m)^2}$$

Il évalue l'état nutritionnel des patients dénutris mais également des sujets obèses. La norme de l'IMC est comprise entre 18,5 et 25 kg.m⁻².

L'obésité correspond à un IMC supérieur ou égal à 30 kg.m⁻². Le diagnostic de dénutrition correspond à un IMC inférieur à 17 kg.m⁻² pour un patient de moins de 70 ans ou 21 kg.m⁻² pour une personne âgée de plus de 70 ans.

La dénutrition est à distinguer de la maigreur constitutionnelle qui se caractérise par un IMC abaissé mais stable, chez une personne en bonne santé, les valeurs de l'IMC étant le plus souvent comprises entre 18,5 et 16 kg.m⁻², sans altération de la masse maigre, ni risque accru de comorbidités.

2.2.1.4 Le Poids habituel

Il s'agit du poids de référence, à savoir le poids qu'avait le patient avant qu'il ne commence à maigrir ou à prendre du poids. C'est une donnée d'interrogatoire à rechercher auprès du patient lui-même ou de son entourage.

2.2.1.5 Calcul de la perte de poids ou de la vitesse de la perte de poids

$$Perte\ de\ poids\ (kg) = Poids\ habituel(kg) - Poids\ actuel(kg)$$

Elle est exprimée en kilogrammes ou en pourcentage du poids initial. Elle est un élément d'alerte de premier ordre en faveur d'une dénutrition. Au-delà d'une perte de 10% du poids initial, il existe une incidence accrue de comorbidités liées à la perte de masse maigre.

2.2.1.6 Mesure des plis cutanés

Elle s'effectue via un compas. Les mesures sont exprimées en millimètres. Elle est réalisée au niveau des plis tricipital, bicipital, sous-scapulaire, supra-iliaque. Elle évalue la masse grasse de l'organisme à partir de la somme des quatre plis cutanés, du poids, de l'âge, du sexe du sujet. L'évaluation des plis cutanés n'est actuellement plus recommandée en pratique clinique du fait d'une trop faible sensibilité en cas de dénutrition débutante, une baisse significative n'étant observée qu'en cas présence d'une dénutrition évoluée.

2.2.1.7 La circonférence musculaire brachiale (CMB)

La CMB est un indicateur de masse maigre de l'organisme. Elle est calculée via un mètre ruban, placé à mi-distance entre l'olécrane et l'acromion, coude fléchi à 90° ; associée à la valeur de l'épaisseur du pli cutané tricipital selon la formule suivante :

$$CMB(cm) = \text{Périmètre brachial}(cm) - \pi \times \text{Pli cutané tricipital}(cm)$$

Une baisse de la CMB en dessous de 22 cm est en faveur d'une dénutrition avérée

2.2.1.8 La Circonférence du mollet

La circonférence du mollet est un marqueur de la masse musculaire, mesurée sur un sujet allongé, le genou fléchi à 90°, au niveau du plus grand diamètre du mollet. Une baisse de la circonférence du mollet en dessous de 31 cm est en faveur d'une dénutrition.

2.2.1.9 La Mesure du tour de taille et du tour de hanches

Selon les recommandations OMS, la mesure est réalisée à l'aide d'un mètre ruban, le patient étant en décubitus dorsal à mi-chemin entre le rebord costal inférieur et les crêtes iliaques pour la mesure du tour de taille et au niveau des grands trochanters pour la mesure du tour de hanches. Le tour de taille est un marqueur du tissu adipeux abdominal péri viscéral et son augmentation définit l'obésité abdominale ou androïde.

Les valeurs normales du tour de taille varient avec l'origine ethnique des populations étudiées. Selon l'International Diabetes Federation (IDF), le tour de taille est augmenté lorsqu'il dépasse 94 cm chez un homme européen de sexe masculin et 80 cm chez une femme européenne. Ces seuils sont plus stricts chez les populations asiatiques (90 cm pour les hommes et 80 cm pour les femmes).

2.2.1.10 Le Rapport tour de taille/ tour de hanches

Le quotient tour de taille/ tour de hanches définit l'obésité abdominale lorsqu'il dépasse 0,90 chez l'homme et 0,85 chez la femme.

2.2.1 Paramètres biologiques

L'intérêt des protéines nutritionnelles sériques est de mieux évaluer l'état nutritionnel. Cependant aucune d'entre elles pris isolément n'est suffisante pour porter un diagnostic nutritionnel correct par manque de sensibilité et spécificité.

2.2.2.1 L'Albumine

C'est le marqueur le plus utilisé en pratique clinique pour évaluer l'état nutritionnel. Sa demi-vie est de 21 jours. Les valeurs normales varient entre 35 et 50g/l. Il existe une bonne corrélation entre la baisse de l'albuminémie et l'augmentation de la mortalité ou de la morbidité dès que sa valeur diminue en dessous de 35g/l.

2.2.2.2 La Pré-albumine et Transthyréline

Ce sont des protéines vectrices des hormones thyroïdiennes. Elles ont une réactivité rapide aux apports protéino-énergétiques alimentaires en raison d'une demi-vie courte. Les taux sériques varient entre 250-350 mg/l. En cas de dénutrition la pré-albuminémie a une valeur inférieure à 110 mg/l.

En cas de dénutrition sévère le taux reste inférieur à 50 mg/l. Il existe d'autres marqueurs biologiques nutritionnels mais présentant un moindre intérêt en pratique clinique du fait notamment du manque de spécificité avec le statut nutritionnel des patients. (24)

2.2.3 Indices nutritionnels composites

Il s'agit d'indices associant des marqueurs biologiques à des paramètres cliniques ou anthropométriques utilisés dans le but d'augmenter la spécificité et la sensibilité des différents marqueurs pris isolément. Nous en évoquerons trois principaux, le MNA, le NRI et le bilan calorique

2.2.3.1 Le MNA : Mini Nutritional Assessment

La forme simplifiée du MNA peut être utilisée comme un outil de dépistage de la dénutrition chez la personne âgée de plus de 75 ans. Un score inférieur à 12 sur un total de 14 indique que le patient est à risque d'être dénutri et implique la réalisation d'un MNA complet.

2.2.3.2 Le NRI : Nutritional Risk Index ou index de Buzby.

Indice défini précisément pour les patients devant bénéficier d'une chirurgie programmée. L'objectif étant d'évaluer l'état nutritionnel de ces patients et de discriminer ceux qui étaient à risque de développer des comorbidités. Son calcul comprend l'albuminémie (g/l) et le rapport entre le poids actuel et le poids habituel du patient.

$$NRI = 1,519 \times \text{albuminémie}(g.l^{-1}) + 41,7 \times \frac{\text{Poids actuel (kg)}}{\text{Poids habituel (kg)}}$$

Plus le NRI est bas, plus l'albuminémie est basse et/ou que le pourcentage de perte de poids intervenu est important

- **NRI supérieur à 100** : le patient est **faiblement** dénutri et son risque nutritionnel est nul.
- **NRI compris entre 100 et 97,5** : le patient est faiblement dénutri et son risque nutritionnel nul.
- **NRI compris entre 83,5 et 97,5** : patient modérément dénutri présentant des risques de développer des comorbidités liées à une dénutrition modérée.
- **NRI est inférieur à 83,5** : le patient est sévèrement dénutri et son risque nutritionnel est élevé justifiant une attention particulière sur le plan nutritionnel.

2.2.3.3 Le Bilan calorique

Il permet de quantifier les ingestas et les besoins caloriques du patient. L'objectif est d'évaluer les éventuels déficits caloriques chez les patients dénutris ou des restrictions énergétiques à opérer chez un patient obèse ou en surcharge pondérale.

2.2.3.4 La Mesure de la dépense énergétiques

Plusieurs méthodes permettent d'évaluer la dépense énergétique du sujet à partir de la production de chaleur générée par ses métabolismes.

- **Calorimétrie indirecte**

Elle permet d'évaluer la dépense énergétique d'un patient à partir de la mesure de ses échanges gazeux. (Consommation d'oxygène et production de CO₂). C'est la méthode de référence de la mesure de la dépense énergétique.

- **Calcul des besoins caloriques**

Elle est réalisée à partir de l'équation de Harris et Benedict. La dépense énergétique de repos est calculée à partir du sexe, de l'âge, du poids et de la taille du patient.

$$DER(\text{homme}) = 66,47 + 13,75 \times \text{Poids}(kg) + 5 \times \text{Taille}(m) - 6,76 \times \text{Age}(ans)$$

$$DER(\text{femme}) = 65,51 + 9,56 \times \text{Poids}(kg) + 1,85 \times \text{Taille}(m) - 4,68 \times \text{Age}(ans)$$

Il faut appliquer un coefficient de correction tenant compte de l'activité physique du patient ou des pathologies intercurrentes.

$$\text{Besoins énergétiques} = DER \times \text{coefficient de correction}$$

2.2.4 L'Evaluation des ingestas

Elle permet de quantifier précisément les apports alimentaires du patient

2.2.4.1 Les enquêtes alimentaires par interview ou rétrospectives

Elles se réalisent par l'interrogatoire

2.2.4.1.1 Le rappel des 24 heures.

C'est une méthode simple, peu coûteuse et rapide (moins de 20 minutes). Une mauvaise mémorisation nuit à ce rappel.

2.2.4.1.2 L'histoire alimentaire

Leur but est d'évaluer les habitudes alimentaires réelles du patient en l'interrogeant sur ses fréquences de consommations des différents groupes d'aliments. Sa durée reste plus longue (1 heure). Ces méthodes font partie des mesures prospectives. Elles évaluent le suivi nutritionnel ambulatoire chez le patient dénutri ou en surcharge pondérale.

2.2.4.1.3 Le journal alimentaire sur 7 jours

Le patient doit consigner de manière prospective sur un support papier tous les ingestas et les boissons aux différents moments de la journée. Il permet de s'exonérer des troubles mnésiques. Il existe un moindre biais puisque les prises alimentaires en dehors du domicile peuvent être prises en compte.

2.2.4.1.4 L'Enquête de trois jours

Il est demandé au patient de consigner les consommations alimentaires sur 2 jours de semaines et un jour de repos ou de week-end.

2.2.4.1.5 La Feuille de surveillance alimentaire

C'est une méthode semi-quantitative réservée le plus souvent aux patients hospitalisés ou en institution. Elle consiste à faire remplir pendant 2-3 jours par l'équipe soignante, voire par le patient lui-même, la feuille en mettant une croix dans la case correspondant à la consommation effective des aliments.

2.2.4.1.6 La Comparaison entre les besoins et les apports

C'est la différence entre les besoins et les apports qui va permettre de décider des modalités de la prise en charge nutritionnelle. Ainsi pour un patient en surcharge pondérale, la différence calorique permet de déterminer le niveau de restriction énergétique et opérer les restrictions qualitatives. Pour un patient dénutri, elle permettra d'évaluer le type de soutien nutritionnel (enrichissement de l'alimentation, en passant par la prescription de compléments nutritifs oraux, d'une nutrition artificielle entérale ou parentérale.)

Il existe d'autres méthodes d'évaluation de la composition corporelle (impédancemétrie, TDM, IRM...). Ces méthodes restent par ailleurs invasives et peu disponibles pour cette indication en pratique clinique.

Le diagnostic nutritionnel demeure simple à réaliser en pratique clinique courante. Il est basé sur le recueil d'éléments cliniques biologiques et paracliniques simples et accessibles pour la plupart des acteurs du soin. Il reste important pour identifier les troubles nutritionnels présents. Ce n'est qu'après un diagnostic nutritionnel précoce et adéquat qu'un soutien nutritionnel pourra être débuté dans le but de réduire, voire de prévenir les comorbidités associées à la dénutrition.

Il demeure l'étape initiale indispensable de toute prise en charge nutritionnelle conditionnant à la fois la thérapeutique et le pronostic ultérieur de la pathologie nutritionnelle. (31)

2.3 Intérêt de l'évaluation nutritionnelle en pratique clinique

Le lien entre un certain nombre de maladies et l'alimentation est démontré, plus particulièrement dans certaines pathologies dont la prévalence a augmenté ces dernières années. Les maladies, dont le lien avec la nutrition a été montré, sont l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires, les cancers (cancer colorectal, cancer des voies aérodigestives supérieures, le cancer du sein.) et plus récemment la psychiatrie.

La promotion d'un mode de vie favorable à la santé s'adresse à la population générale, à des populations défavorisées et à du personnel en surpoids. Elle est basée sur l'application des repères du PNNS. Elle comprend une évaluation de la prise alimentaire de l'activité physique associée à un travail motivationnel systématique.

Elle fournit des informations opportunes de qualité et prouvées pour fixer des objectifs, à savoir planifier surveiller et évaluer la nécessité d'une prise en charge en lien avec des carences nutritionnelles. (25). Elle devrait faire partie des missions des professionnels de santé en pratique clinique. L'évaluation nutritionnelle étant le meilleur moyen de déterminer si les besoins nutritionnels des personnes sont atteints.

Le diagnostic nutritionnel est souvent secondaire dans les procédures diagnostiques en pratique clinique courante du fait d'un manque de temps, de méconnaissances des problèmes nutritionnels et de leur retentissement sur la santé des patients. (26) Ce diagnostic reste important pour identifier les troubles nutritionnels présent dans une stratégie médicale préventive des comorbidités associées à la dénutrition ou au surpoids.

3. Neurobiologie des addictions

Le système de récompense est la base neurobiologique des conduites addictives, il est également impliqué dans les processus d'apprentissage. Il est nécessaire à la survie, car il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés. (satisfaction des besoins vitaux tels que la recherche de nourriture, la reproduction, l'évitement des dangers).

Le système de renforcement est constitué par **trois composantes** :

- **affective**, correspondant au plaisir provoqué par les “récompenses”.
- **motivationnelle**, correspondant à la motivation pour obtenir la “récompense”.
- **cognitive**, correspondant aux apprentissages (conditionnement).

3.1 Le circuit de la récompense.

Toutes les substances addictives (y compris le tabac et l'alcool) agissent directement ou indirectement sur les mêmes réseaux de neurones du système nerveux central, le système méso-corticolimbique, et conduisent à une augmentation extra-cellulaire de dopamine. Le système dopaminergique est constitué de **deux voies majeures**.

- Le système nigro-strié, allant de la substance noire jusqu'au corpus du striatum.
- Le système méso-corticolimbique, allant de l'aire tegmentale ventrale (corps cellulaires des neurones dopaminergiques) jusqu'au noyau accumbens, tubercules olfactifs, cortex frontal, amygdale. (cf figure 3 ci-dessous)

Dans l'aire tegmentale ventrale, l'activation des neurones dopaminergiques induit la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Ils sont notamment activés par la stimulation de récepteurs nicotiques dont ils sont munis. Par ailleurs les neurones dopaminergiques sont soumis au contrôle inhibiteur des neurones GABA. Divers produits dont les opiacés qui agissent sur les récepteurs μ réduisent l'activité des neurones GABA d'où une désinhibition des neurones dopaminergiques.

Dans le noyau accumbens, la dopamine libérée agit sur des récepteurs post-synaptique d'où l'effet de récompense, de renforcement. Au niveau de la terminaison prés- synaptique, un système de transport assure la recapture d'une partie de la dopamine libérée.

Les substances addictives ont des actions différentes sur les neuromédiateurs. (27)

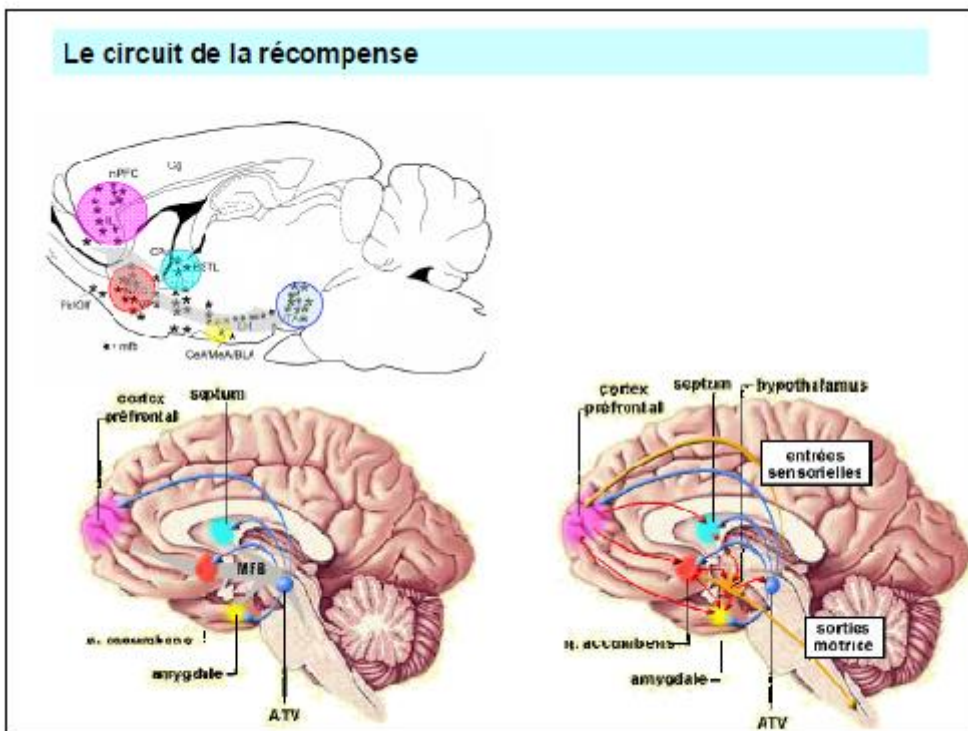
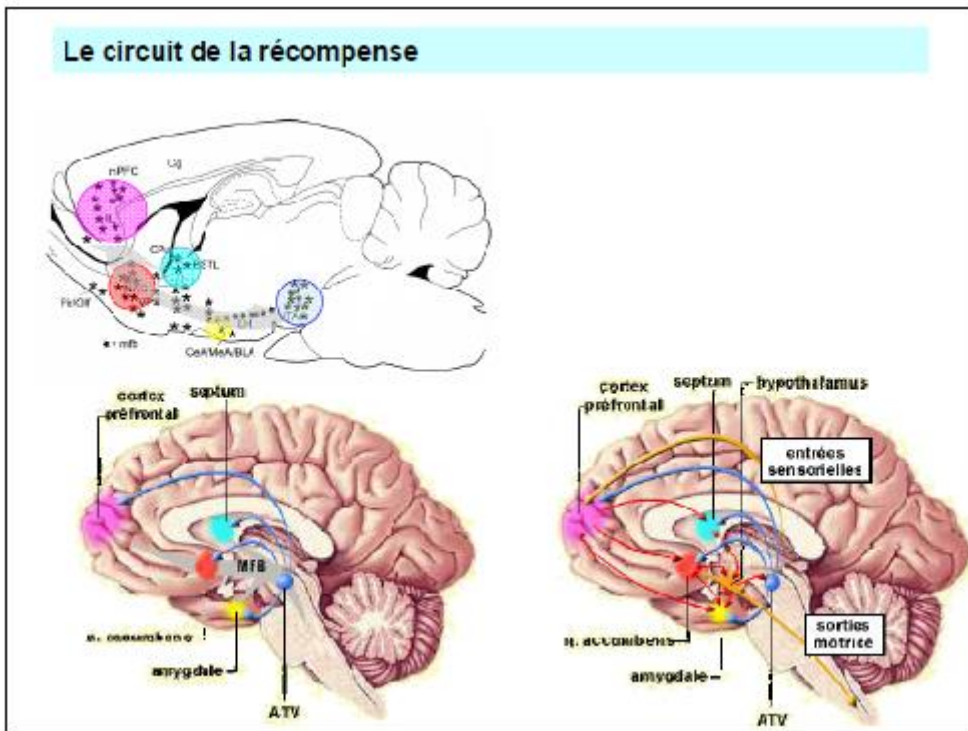


Figure 3 : Circuit de la récompense Stahl et al 2013

3.2 Le système opioïde

Les récepteurs opioïdes et les peptides opioïdes endogènes sont très largement présents dans les structures cérébrales qui contrôlent les phénomènes de récompense, en particulier le système mésolimbique. (27)

Ces récepteurs et peptides participent à plusieurs aspects des processus addictifs induits par les opiacés, les cannabinoïdes, les psychostimulants, l'alcool et la nicotine. Ils sont représentés par les peptides opioïdes et les récepteurs opioïdes dont l'existence a été démontré pour la première fois en 1973.

Les récepteurs opioïdes appartiennent à la superfamille des récepteurs à sept hélices transmembranaires couplés à des protéines Gi/ Go dont l'activation induit dans les cellules des effets inhibiteurs à savoir, la diminution de la synthèse d'AMPc, de l'activité des canaux calciques voltage dépendant et l'ouverture de canaux potassiques.

Il existe **trois types de récepteurs opioïdes** :

- Les récepteurs δ qui sont trouvés au niveau du cortex, du thalamus, du striatum et les noyaux du pont.
- Les récepteurs κ présents dans l'hypothalamus, le noyau accumbens, la substance noire, l'aire tegmentale ventrale et le noyau du tractus solitaire.
- Les récepteurs μ sont localisés principalement dans le thalamus et la substance périaqueducale, mais également dans la moëlle épinière et le système digestif.

Trois précurseurs différents des peptides opioïdes endogènes ont été identifiés, la **propiomélanocortine**, la **proenképhaline**, et la **prodynorphine**. Ces trois précurseurs génèrent divers peptides opioïdes incluant la bêta- endorphine, la met et la leu-enképhaline, les dynorphines et néo-endorphines respectivement.

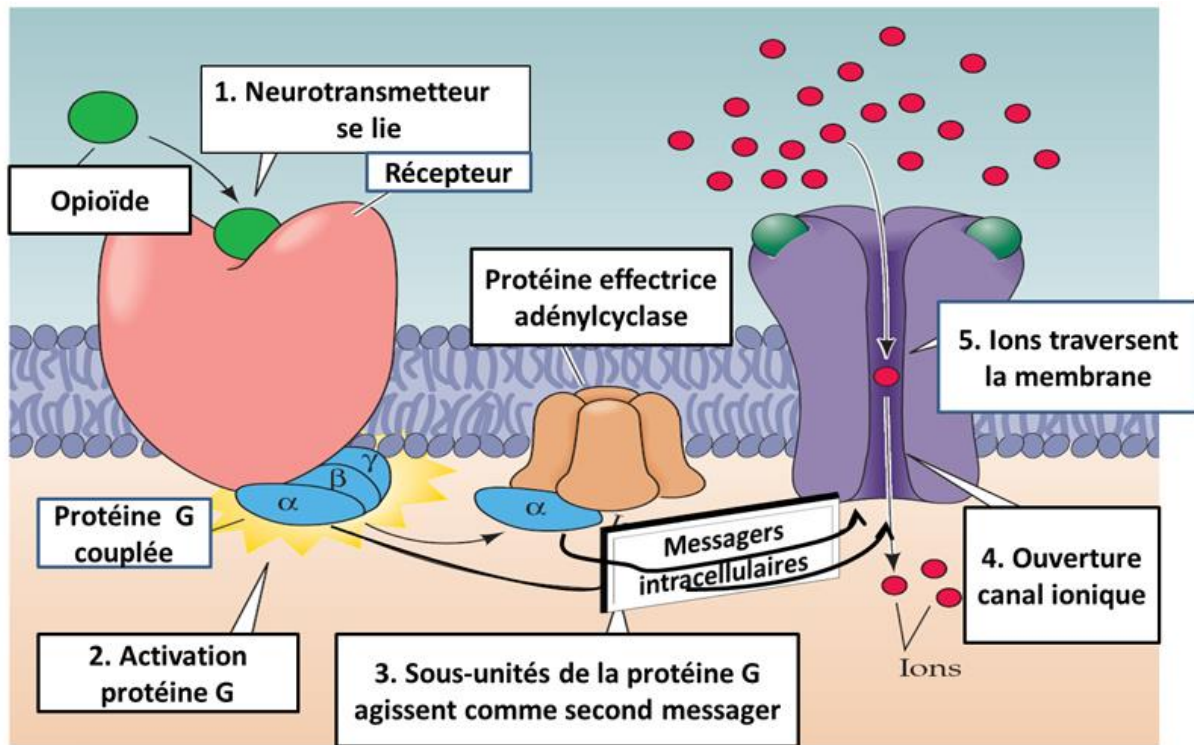


Schéma 2 : Fonctionnement d'un récepteur opioïde. Palli-science.2013

Les peptides opioïdes endogènes ont une affinité différente pour chaque type de récepteurs opioïdes. La bêta endorphine manifeste une affinité préférentielle pour les récepteurs μ , la met et la leu-enképhaline montrent une meilleure affinité pour les récepteurs δ , et les dynorphines et néoendorphines pour les récepteurs κ . Les peptides opioïdes endogènes sont inactivés par un mécanisme de dégradation enzymatique.

Concernant l'alcool, la participation du système opioïde endogène dans les effets renforçants de l'alcool a été décrite dans plusieurs études. Selon certaines études réalisées chez l'animal des variations au niveau des gènes codant pour le récepteur μ et la propiomélanocortine ont été associés à des facteurs de risques pour l'addiction à l'alcool chez l'homme. (27)

Les récepteurs opioïdes sont donc directement impliqués dans les propriétés renforçatrices de l'alcool et de plusieurs autres substances (nicotine, cannabinoïdes, opiacés et autres stimulants). Ce système endogène joue donc un rôle stratégique dans le développement des addictions et ouvre des perspectives thérapeutiques concernant la prise en charge des pathologies addictives. (35)

3.3 Rôle du système dopaminergique au cours du comportement alimentaire

Le site d'action et le rôle exact de la dopamine dans les différents aspects du comportement alimentaire et son interaction avec les autres neuromédiateurs reste encore complexe et discuté. (28)

Le système dopaminergique a été décrit expérimentalement à travers l'étude du comportement visant l'acquisition des aliments. Le système dopaminergique a fait l'objet d'études utilisant la prise alimentaire comme « récompense ou stimulus motivationnel » (29). En condition expérimentale d'un comportement ciblé sur l'acquisition alimentaire, il a été démontré que l'activation du système dopaminergique favorisait la phase dite appétitive (ou phase anticipatoire d'approche).

L'innervation dopaminergique striatale dorsale (noyau caudé et corps du noyau accumbens) semble importante dans la sélection des comportements et des stratégies motrices associées aux modifications du contexte motivationnel.

Ce système serait en rapport avec le comportement alimentaire « moteur » d'obtention de nourriture. Il correspond au comportement dirigé vers un but. Il inclue les efforts pour obtenir la nourriture, établissant l'association récompense-environnement et récompense-action (30). Par ailleurs il ne paraît pas directement impliqué dans la phase dite consommatoire d'un comportement motivé, ni dans l'attribution du caractère hédonique suscité par l'obtention de la récompense (31)

Pour conclure, le système dopaminergique ne paraît pas modifier la prise alimentaire elle-même ni favoriser la sensation hédonique liée à l'ingestion d'aliment. Pour autant la dopamine permet l'émergence d'actions dirigées vers un but et potentialise les efforts développés pour y parvenir (dimension motivationnelle). Les expériences d'inhibition sélective du système dopaminergique au sein du noyau accumbens semblent confirmer cette hypothèse (32) (33).

3.4 Rôle du système opioïde au cours du comportement alimentaire

Les connaissances actuelles attribuent aux peptides opioïdes un rôle important et spécifique dans le contrôle des aspects hédoniques de la prise alimentaire et dans la caractérisation de la palatabilité des aliments (34)

Il est actuellement considéré que les récepteurs opioïdes ne véhiculent pas d'informations relatives à la perception ou à la reconnaissance du goût lui-même mais davantage à des informations liées aux signaux gustatifs (35)(36).

Les récepteurs opioïdes, sont en effet présents au sein de l'ensemble du circuit cérébral qui véhicule les informations gustatives (37) incluant le Noyau subthalamique le noyau parabrachial pontique (38), les noyaux amygdaliens (39), l'hypothalamus et l'aire tegmentale ventrale (40)(41). Le striatum serait également impliqué dans ce réseau.

Il a été démontré chez le rat, que la stimulation des récepteurs opioïdes majorait l'ingestion des aliments palatables (42). Ils apparaissent impliqués dans les aspects hédoniques de la prise alimentaire car les animaux ingéraient préférentiellement des aliments palatables mais dépourvus de valeur énergétique. (43)

Le système opioïde a donc une double implication, à la fois dans le mécanisme de dépendance en lien avec l'addiction aux substances mais également dans les aspects végétatifs, métaboliques et motivationnels du comportement alimentaire. (28)

4. Alcool et comorbidités psychiatriques

L'OMS a défini les comorbidités psychiatriques dans le champ addictologique comme la co-occurrence d'un trouble due à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique. Une étude a mis en évidence que 50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffriraient en même temps de troubles psychiatriques majeurs. (44)

Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie, et certains troubles de la personnalité.

Trois types de relations peuvent être envisagés entre **addictions et pathologies mentales**

- Les troubles mentaux préexistants qui peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité aux addictions, à travers notamment des conduites d'automédication
- Les troubles mentaux d'apparition secondaires aux prises de produits, correspondant plutôt à des symptômes psychiatriques que des pathologies mentales avérées (anxiété, affect dépressifs)
- La co- occurrence fortuite, beaucoup plus rare. (45)

Des études récentes montrent l'existence de facteurs communs entre comorbidités addictives et psychiatriques, notamment entre les problèmes d'alcool et les troubles de l'humeur, l'anxiété généralisé et certains troubles de la personnalité. Les mêmes conclusions se retrouvent dans la comorbidité entre addiction à l'alcool et addiction aux autres drogues. (46)

Ce qu'on peut retenir des effets psychotropes de l'alcool est qu'ils varient en fonction du type de consommation. En effet, à faible dose, l'effet excitant est prédominant. La phase de consommation aiguë est marquée par une augmentation de l'impulsivité. A haute dose, c'est l'effet dépressogène qui est proéminent.

En phase de sevrage, la présence d'une anxiété pouvant être accompagnée dans le cas du delirium tremens, de manifestations psychotiques, peut être un facteur de confusion avec des troubles mentaux. (47)

Selon une autre étude, seulement 8% des patients comorbides reçoivent des soins spécifiques intégrés ou parallèles prenant en compte les deux diagnostics. (48)

Parmi les problématiques rencontrées chez les patients souffrant de troubles comorbides on note une plus grande difficulté à adhérer aux soins, (49) une occurrence plus fréquente de comorbidités physiques. Il existe une plus grande fréquence de troubles cognitifs, de troubles relationnels, et de problématiques sociales. (50)(51). On note une majoration du taux de décès par suicide dans le cas de la schizophrénie, de la dépression majeure et des troubles bipolaires. (52)(53)(54).

4.1 Alcool et dépression

Les états dépressifs majeurs sont deux fois plus fréquents chez les patients présentant une dépendance à l'alcool comparé à la population générale. (55)

Environ 98% des alcooliques présentent à un moment de leur existence des symptômes dépressifs. La survenue d'une dépression majeure peut majorer la sévérité et les conséquences de la conduite alcoolique et inversement.

Les chiffres de prévalence de la dépression chez les alcooliques sont variables d'une étude à l'autre, principalement due à l'hétérogénéité des populations étudiées (consommateurs excessifs, alcoolique dépendants, patients sevrés ou non au moment de l'évaluation, ancienneté des conduites...) et à la diversité des méthodes d'évaluation de la dépression (échelles, questionnaires.).

La National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) (56) est une étude ayant porté sur la dépression et l'alcoolisme. Chez les patients présentant un abus ou une dépendance alcoolique, la prévalence de la dépression était de 36,3% sur l'année et de 40 % sur la vie entière. La différence entre l'abus et la dépendance alcoolique en terme de risque de dépression était sensible. La principale complication mise en exergue par cette étude est la corrélation, alcoolisme-dépression et risque suicidaire. Le taux de mortalité par suicide variait entre 7 et 27 % chez l'alcoolique.

Cornelius et coll en 1995 ont étudié le risque suicidaire chez les alcooliques déprimés. Ils ont montré que 40 % de ces sujets avaient fait une tentative de suicide dans la semaine précédant leur hospitalisation, et que 70 % d'entre eux avaient fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. (57) Les tentatives de suicide chez les alcooliques étaient le plus souvent impulsives, peu préméditées ou préparées, avec une majoration des conduites addictives peu avant le passage à l'acte. (58)

Une étude de David Fergusson réalisée en Nouvelle-Zélande, portait sur les associations entre alcool et dépression chez des patients adultes jeunes. (59). Elle mettait en avant un risque doublé de dépression majeure chez les patients présentant des critères d'abus.

Les auteurs se sont également intéressés à l'intrication entre dépression et conduite addictive. Ils ont testé trois hypothèses. La première étant que les deux pathologies auraient une association réciproque dans le temps. La seconde, que l'addiction à l'alcool provoquerait la dépression. La dernière étant que la dépression provoquait l'abus d'alcool.

Leur analyse montrait que le modèle le plus juste est celui d'une association plutôt unilatérale de l'abus d'alcool vers la dépression et qu'il n'y a pas d'effet inverse de la dépression majeure vers les troubles associés à l'alcool.

Selon certains auteurs, ces mécanismes pourraient s'expliquer par des processus génétiques où l'usage d'alcool déclencherait des marqueurs génétiques augmentant le risque de dépression majeure. (59)

L'addiction à l'alcool est donc associée à l'apparition de comorbidités dépressive qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la prise en charge des patients.

4.2 Alcool et trouble bipolaire

Le diagnostic de trouble bipolaire est quatre fois plus élevé dans la population dépendante à l'alcool que dans la population générale. (55)

Le trouble bipolaire est un facteur de risque important sur le plan suicidaire et ce risque est doublé chez les personnes bipolaires ayant un trouble lié à l'alcool. (59) En résumé, il existe une comorbidité massive (40%) entre trouble bipolaire et addiction mais celle-ci est peu et mal repérée. Elle apparaît plus importante en population clinique qu'en population générale, et concernerait de façon prééminente les patients bipolaires de type I que ceux de type II, davantage les drogues que l'alcool, plus la dépendance que l'abus. Elle apparaît le plus souvent de façon indépendante que secondaire et serait le plus souvent expliquée par les troubles psychiatriques associés.

On retrouve chez les patients bipolaires présentant un alcoolisme comorbide, plus d'antécédents familiaux d'alcoolisme, davantage, d'agressivité, un âge de début précoce des conduites. Il y aurait plus de manies dysphoriques, d'états mixtes et plus de cycles rapides.

La sévérité des symptômes serait également plus élevée, ainsi que le risque suicidaire. Les périodes d'euthymies sont plus brèves. Les passages à l'acte seraient plus fréquents, l'observance thérapeutique de moins bonne qualité, la réponse thérapeutique plus faible, mais aussi plus spécifique.

Plusieurs hypothèses ont été mises en exergues concernant les étiologies liées à cette comorbidité psychiatrique. Selon une étude réalisée en 2008 et dirigée le professeur Gorwood l'addiction serait un symptôme des troubles bipolaires. (60)

D'autres hypothèses ont été évoquées supposant que l'addiction serait une automédication du trouble bipolaire. Une troisième hypothèse considère que l'addiction provoque le trouble bipolaire; et enfin la quatrième que l'addiction et les troubles bipolaires partagent des facteurs de risques communs. (61)

Il existe une organisation complexe entre initiation d'une consommation, évoluant vers une dépendance, elle-même pouvant être un facteur de risque d'apparition d'un trouble bipolaire. Il est important de prendre en compte ces mécanismes d'actions spécifiques afin de proposer une prise en charge spécialisée et adaptée à chaque type de patients.

4.3 Alcool et trouble anxieux

Les troubles anxieux notamment le trouble de panique, les phobies sociales et spécifiques, l'anxiété généralisée sont trois fois plus fréquents dans la population alcoolique que dans la population générale. (55).

Selon certaines études une proportion de 30% de syndrome de stress post-traumatique serait estimé dans la population dépendante à l'alcool, soit quatre fois plus que dans la population générale. (62)

Il existerait une association intra- familiale entre les troubles anxieux et l'alcoolisme, l'abus d'alcool favorisant l'apparition de troubles anxieux chez les apparentés du premier degré et inversement.

Les études émettent des avis divergents dans l'intrication entre apparition de troubles anxieux et conduites addictives.

Cet effet anxiolytique ou anxiogène est fonction de la quantité d'alcool ingérée et de la vulnérabilité psychologique des patients.

4.4 Alcool et schizophrénie

Le risque de suicide chez les patients schizophrènes souffrant de dépendance à l'alcool serait trois fois plus important qu'en population générale. (63)

L'usage d'antipsychotiques de première et de seconde génération se révèle efficace malgré une moins bonne réponse au traitement comparativement aux patients sans problèmes d'alcool. (64)

4.5 Alcool et trouble de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont fréquents chez les patients présentant une addiction à l'alcool.

En comparaison à la population générale, on en relève une fréquence trois fois plus élevée tous types confondus (cinq fois plus élevée dans le cadre de la personnalité histrionique, quatre fois pour les personnalités dépendantes et antisociales). (55).

Aucune base scientifique ne permet de recommander un traitement spécifique de la comorbidité entre problèmes d'alcool et troubles de la personnalité. Le traitement habituel de ces troubles restant la psychothérapie.

4.6 Alcool et autres troubles addictifs

L'association entre alcool et comorbidités addictives est fréquente et semble venir de facteurs étiologiques communs. Il existerait vingt fois plus d'abus à d'autres substances chez les personnes dépendantes à l'alcool que dans la population générale.

Parmi les patients présentant une addiction à l'alcool, il y en a 5% environ qui présenteraient une dépendance à une autre substance. (65)

5. Nutrition et psychiatrie

Le lien entre mauvaise santé mentale et carence nutritionnelle a longtemps été reconnu par les nutritionnistes. Ce n'est que récemment que les psychiatres commencent à prendre conscience de l'intérêt de l'utilisation des approches nutritionnelles dans le domaine de la santé mentale. (66)

En effet, les déterminants de la santé psychique sont complexes et la nutrition jouerait un rôle dans l'émergence des troubles mentaux.

Selon une étude publiée dans *The Lancet* en 2015 la nutrition serait un facteur comorbide commun entre troubles psychiatriques et troubles somatiques. En effet les changements de mode vie liés à l'urbanisation (manque d'activité physique, changements d'habitudes alimentaires...) seraient à l'origine de l'augmentation des pathologies psychiatriques. (67)

Par ailleurs un nombre important de carences nutritionnelles concernerait des nutriments nécessaires au bon fonctionnement neurobiologique.

Les mécanismes par lesquels la nutrition impacterait la santé mentale restent à ce jour abstraits. Un premier constat serait que le cerveau ayant un fort métabolisme consommerait une majeure partie des calories et nutriments apportés. (6) Une autre hypothèse serait que certains nutriments apportés par l'alimentation auraient un impact sur le système immunitaire, ce dernier ayant une influence sur la santé mentale.

Le système immunitaire serait également impliqué dans le développement de troubles psychiques de par l'utilisation de cofacteurs enzymatiques apportés par l'alimentation.

Plusieurs études épidémiologiques incluant des études prospectives, ont montré le lien entre une hygiène alimentaire saine et la diminution du risque de dépression et de suicide (67).

Une étude européenne réalisée en 2013 a montré une réduction de l'incidence de la dépression chez des patients soumis à un régime méditerranéen et cet effet serait majoré chez les patients ayant présenté un diabète de type 2. (68)

Une autre étude réalisée en 2014 a montré que les conseils alimentaires étaient aussi efficaces que la psychothérapie dans la prévention de la dépression chez les personnes âgées. (69)

De même durant la grossesse, l'hygiène alimentaire de la mère et des premiers stades de la vie aurait un impact sur la santé mentale future des enfants (70).

Par ailleurs, des carences sévères en macronutriments durant des périodes spécifiques de l'embryogénèse seraient impliqués dans l'apparition de trouble de l'humeur et de psychose. (71)(72)

Certains suppléments nutritionnels (utilisés isolément ou en combinaison) auraient un impact sur des cascades neurochimiques ayant un effet bénéfique dans l'évolution des troubles mentaux (6). Certains de ces compléments nutritionnels auraient été identifiés tels, les acides gras oméga 3, la S adénosyl méthionine, la N acétyl cystéine, le zinc, la vitamine B (incluant l'acide folique), et la vitamine D. (73)

5.1 Les acides-gras oméga 3

Ils seraient impliqués dans plusieurs cascades neurochimiques intervenant dans la neuromodulation de certains neurotransmetteurs (noradrénaline, dopamine et sérotonine). Ils auraient un rôle dans la recapture, la synthèse, et la liaison aux récepteurs.

Il a été noté des actions anti-inflammatoires et anti apoptotiques. Ils ont un rôle dans le renforcement de la fluidité membranaire et dans la neurogénèse via la synthèse du BDNF (74)(75).

5-2 S Adenosyl-Méthionine

Il s'agit d'un métabolite soufré, impliqué dans la méthylation des neurotransmetteurs régulant l'humeur. Plusieurs essais cliniques ont montré que la SAME avait un effet antidépresseur et pouvait potentialiser les effets des traitements en cas d'administration conjointe. (76)(77).

5.3 N Acétyl-cystéine

Elle aurait un effet significatif, dans la dépression bipolaire, la schizophrénie, la trichotillomanie, et dans d'autres comportements addictifs compulsifs. De par sa composante amino-acide, elle aurait un effet anti- oxydant, anti-inflammatoire et neuroprotecteur. (78)

5.4 Le zinc

Il est impliqué dans la régulation des cytokines et dans la neurogénèse de l'hippocampe via l'augmentation du BDNF. Il modifierait l'activité du N-Méthyl – D aspartate et du glutamate. (79). Il a été démontré qu'une carence en zinc était lié à une augmentation des symptômes dépressifs. Une supplémentation en zinc améliorerait l'humeur dépressive et potentialiserait les effets des traitements anti-dépresseurs.

5.5 Les vitamines du groupe B

Elles sont importantes pour la fonction neuronale. Une carence en vitamine B9 a été identifiée chez les populations de patients dépressifs présentant une faible réponse aux traitements anti-dépresseurs. (80). Plusieurs études ont démontré l'effet anti- dépresseur de l'acide folique et son effet potentialisant lors de son utilisation conjointe avec les thérapeutiques anti- dépressives.

5.6 La vitamine D

La vitamine D est un neurostéroïde. Il a été démontré qu'une carence en vitamine D chez la mère est associée à un risque majeur d'apparition de la schizophrénie, et de carences qui elles-mêmes induiraient une majoration des symptômes dépressifs à l'âge adulte. (81)

La nutrition joue donc un rôle majeur dans l'apparition, la pérennisation mais aussi dans l'amélioration éventuelle des troubles psychiques, notamment de par son effet potentialisant sur les traitements et son rôle dans la neurobiologie des troubles.

De façon plus large, plus d'importance devrait être accordé à l'aspect nutritionnel dans le cadre des problématiques addictologiques de par les carences sévères constatées dans cette population de patients. L'objectif serait d'améliorer leurs comorbidités psychiatriques et somatiques.

Il serait également important de s'intéresser au rôle de la supplémentation nutritionnelle en psychiatrie mais également en addictologie.

6. Impact nutritionnel de l'alcool sur l'organisme

La consommation d'alcool peut avoir un impact sur le statut nutritionnel d'un individu, par effet de substitution et/ou de malabsorption de certains nutriments. Enfin, l'alcool présente un apport calorique pouvant influencer sur l'évolution pondérale d'un patient. (82)

Il existe donc des interactions entre certaines carences nutritionnelles, majorant les effets de l'alcool, et inversement, l'alcool majorant les troubles nutritionnels en modifiant notamment le métabolisme de certains nutriments.

6.1 Métabolisme pharmacologique de l'alcool

La majeure partie de l'alcool est oxydée au niveau de l'hépatocyte. Le métabolisme fait intervenir deux phases d'oxydation. La première transforme l'alcool en acétaldéhyde, la seconde, l'acétaldéhyde en acétate.

Elle se fait selon trois voies enzymatiques, chacune étant située dans un compartiment cellulaire différent.

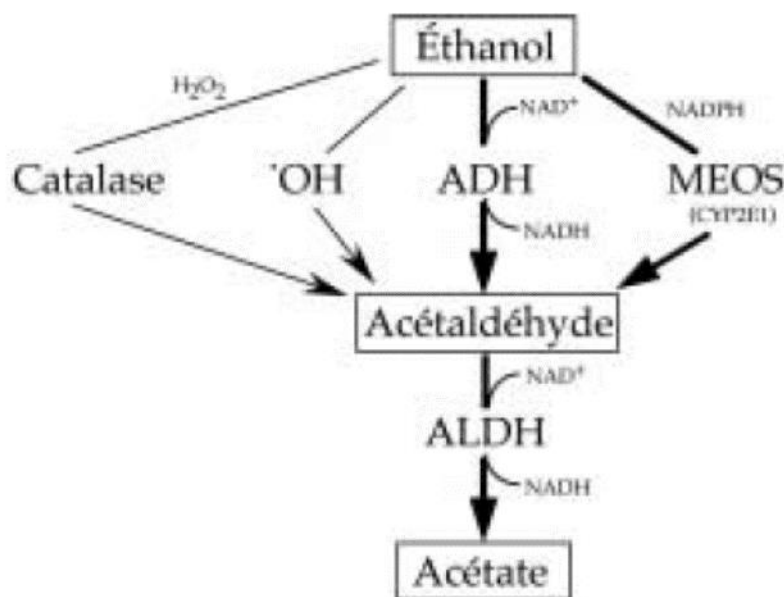


Figure 4 : Métabolisme hépatique de l'éthanol. ADH alcool déshydrogénase ; ALDH : aldéhyde déshydrogénase, MEOS : voie microsomale ; CYP : cytochrome P450.INSERM.2001

Les voies les mieux établies sont celles de l'alcool déshydrogénase (ADH) qui est cytosolique, et celle du système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS) faisant intervenir le cytochrome P450 2E1 (CYP2E1) qui est localisée dans le réticulum endoplasmique. (*cf figure 8 ci-dessus*)

La voie de la catalase localisée dans le peroxyosome a une action moindre, car la présence d'eau oxygénée, nécessaire à cette réaction est limitée dans l'organisme. (83)(84)(85)

Une partie de l'éthanol peut être oxydée par voie radicalaire, résultant de l'attaque de l'éthanol par des radicaux hydroxyles générés au cours de son métabolisme. Cette voie reste encore mal connue.

L'acétaldéhyde est ensuite oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase dont la localisation est cytosolique et mitochondriale.

L'acétate est libéré en grande partie dans la circulation générale et oxydé en CO₂ et H₂O dans les tissus extra-hépatiques.

6.1.1 Phase d'oxydation alcool/ acétaldéhyde

6.1.1.1 Voie de l'alcool déshydrogénase

Il s'agit de la voie classique. L'alcool déshydrogénase est une enzyme cytosolique utilisant le NAD comme co-facteur. C'est une protéine dimérique contenant deux atomes de zinc par sous unités.

Les sous-unités sont associées deux par deux pour former des isoenzymes réparties en cinq classes selon leur propriétés électrophorétiques, enzymatiques et leur similarité de séquence.

Ces enzymes sont principalement localisées au niveau du foie et au niveau gastrique. Elles joueraient un rôle dans le métabolisme de premier passage de l'éthanol. (86)

La partie de l'alcool métabolisée dans l'estomac utilise cette voie comme durant les repas où le NADH est transformé en NAD⁺. Le métabolisme de l'alcool permettra de recycler les NAD en NADH permettant l'absence de son accumulation. (cf figure 5 ci-dessous)

Cette voie intervient pour des consommations modérées, non à jeun, non chronique.

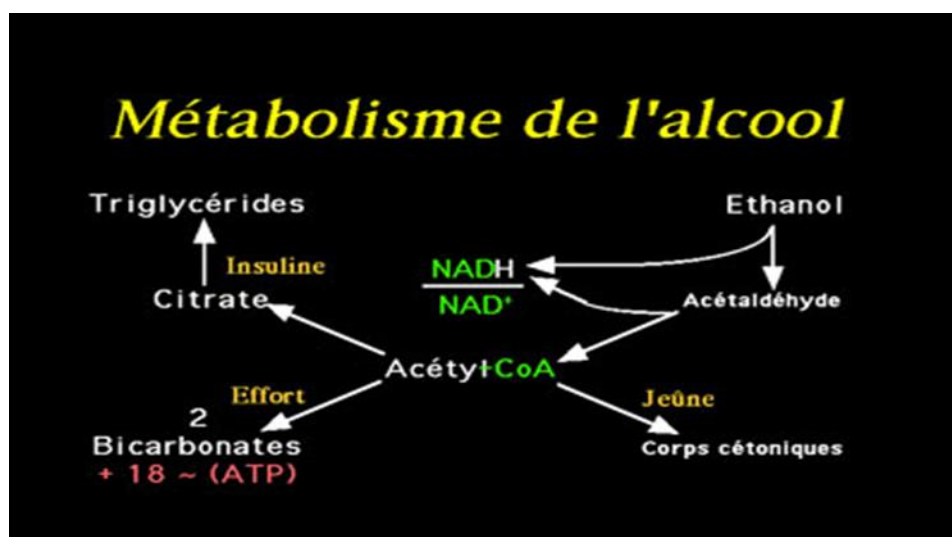


Figure5 : Métabolisme de l'alcool. Source : Chups.jussieu.fr/polys/biochimie/index.html

6.1.1.2 Voie du MEOS ou du CYP 2E1

Il s'agit de la voie utilisée pour les fortes consommations (alcoolémie supérieure à 0,5g/l) ou de consommations chroniques. Il s'agit de la voie d'adaptation à l'alcoolisme chronique. Elle fait intervenir le CYP 2 E1 (85).

Cette enzyme appartient à la superfamille des cytochromes P 450 qui utilisent le NADPH et l'oxygène comme co- facteurs.

D'autres isoenzymes du P450, les CYP1A2 et CYP3A4, peuvent contribuer au métabolisme de l'éthanol. Ces enzymes membranaires sont localisées principalement dans le réticulum endoplasmique.

Le CYP 2E1 est impliqué dans la création d'anions superoxydes, conduisant en présence d'eau oxygénée à la formation de radicaux hydroxyles réactifs, agissant de façon destructrice sur les molécules environnantes (85).

6.1.2 Phase d'oxydation acétaldéhyde/acétate

6.1.2.1 Voie de l'aldéhyde déshydrogénase.

L'acétaldéhyde est oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Elle appartient à la famille des enzymes comprenant 16 gènes chez l'homme. Comme l'ADH, elle est NAD⁺ dépendante (104). Elles ont une spécificité pour les amines aliphatiques et aromatiques. Elles oxydent les aldéhydes en acide carboxylique correspondant. (*cf figure 6 ci-dessous*)

La réaction est thermodynamiquement irréversible dans les conditions physiologiques.

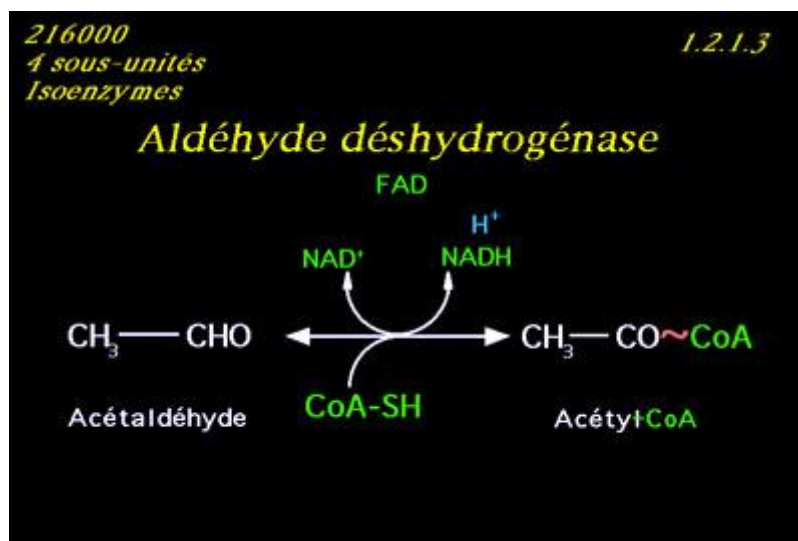


Figure 6 : Schéma de l'aldéhyde déshydrogénase. : Source Chups.jussieu.fr/polys/biochimie/index.html

Diverses sous-populations porteuses d'allèles particuliers de l'ADH ou de l'ALDH se distinguent donc par un métabolisme de l'éthanol modifié. Ainsi, 50 % de la population asiatique, est dotée d'une activité ALDH déficiente voire nulle

L'acétaldéhyde produit à l'issue de cette réaction est un métabolite toxique car très réactif. Il a un impact négatif sur les molécules environnantes (protéines, enzymes, glutathion...). En effet, il modifie les propriétés de certaines protéines (diminution de l'activité enzymatique, transformation en protéines antigéniques à l'origine de certaines réactions immunologiques). Il est également toxique pour la mitochondrie et favoriserait la mort cellulaire. Il traverse le placenta, diminue la méthylation de l'ADN foetal et peut contribuer au syndrome d'alcoolisation foetal.

Les principaux facteurs responsables de désordres métaboliques et de la toxicité de l'éthanol sont l'augmentation du NADH, la production d'acétaldéhyde, la génération de radicaux libres et l'induction du CYP2E1 (84).

6.2 Métabolisme biologique de l'éthanol

L'éthanol est une molécule absorbée par simple diffusion. La majeure partie (70 % à 80 %) est absorbée au niveau de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum). Quand l'alcool est ingéré à jeun, la concentration maximale est atteinte rapidement, environ une demi-heure après l'ingestion. L'ingestion de nourriture, en prolongeant le temps de séjour de l'éthanol dans l'estomac, va modifier sa cinétique d'absorption.

La distribution de l'éthanol est très rapide, sa demi-vie de distribution étant de 7 à 8 minutes (87) aux organes très vascularisés comme le cerveau, les poumons et le foie.

L'essentiel du métabolisme de l'éthanol a lieu dans le foie, cependant, d'autres tissus peuvent participer à l'oxydation de l'éthanol, le rein pour une faible part et le tractus gastro-intestinal. Le métabolisme hépatique élimine plus de 80 % de l'alcool ingéré.

L'éthanol est éliminé sous forme inchangée par l'air expiré, les urines, la sueur (88)(89), la contribution de ces différentes voies étant variable suivant les concentrations plasmatiques. Le métabolisme de l'éthanol reste par ailleurs variable et peut être modifié par de nombreux facteurs tels que la consommation chronique d'alcool, l'absorption de nourriture ou de médicaments, mais aussi par l'âge et le sexe. (89).

6.2.1 Impact de l'alcool sur le métabolisme

6.2.1.1 Métabolisme des acides gras

Les acides gras sont dégradés par l'acétyl co-enzyme A. En cas de consommation massive d'alcool, il y aura une accumulation des acides car ils seront moins transformés en acétyl co-enzyme A. Il y a un mécanisme compétitif entre l'acétyl co-enzyme A et l'alcool. Leur accumulation provoque la formation de triglycérides, qui vont se déposer dans le foie et induire une stéatose. Elle provoque une insulino-résistance, des troubles de l'exportation des lipides, et une altération des microtubules. (cf Figure 8)

Quelques acides gras vont être transformés en acétyl coenzyme A, qui ne pourront pas entrer dans le cycle de KREBS et donc vont être transformés en corps cétoniques et induire une acidocétose.

6.2.1.2 Métabolisme du glucose

L'alcool interfère avec le métabolisme des glucides. Il existe une compétition au niveau de l'acétyl co-enzyme A. Une partie du glucose sera transformée en lactate impliqué dans la formation d'acide urique retrouvé notamment dans la crise de goutte.

En cas d'alcoolisme chronique, lors du sevrage, il existe des risques importants d'hypoglycémie car l'éthanol n'interfère plus dans la formation des acétyl- coenzyme A. (cf Figure 10)

Le métabolisme est dérégulé et se détourne vers la voie des glucides surconsommant le glucose présent. Il est donc important de surveiller la glycémie lors des périodes de sevrage. (90)

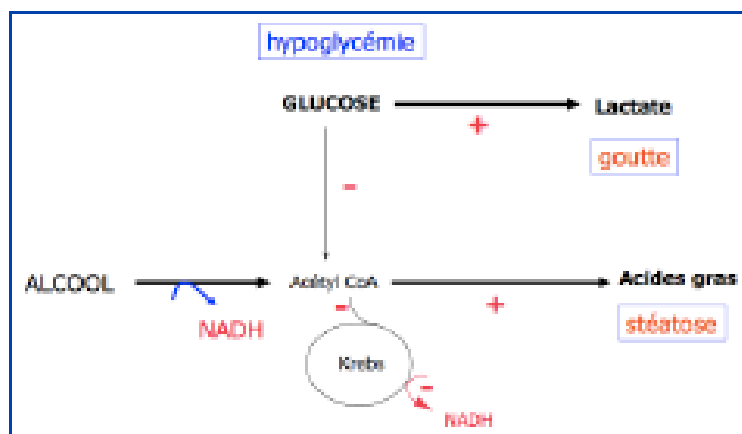


Schéma 3 : Alcool et métabolisme du glucose. Source UE nutrition-alcool et métabolisme (90)

6.2.1.3 Métabolisme énergétique.

L'alcool augmente la consommation d'oxygène et la thermogénèse, la valeur calorique de l'alcool étant estimée à 7,1 kcal par grammes. L'alcool provoque une augmentation de la dépense énergétique induisant dans un premier temps, une vasodilatation périphérique.

L'acétaldéhyde induit une augmentation de la sécrétion d'adrénaline, responsable de la désinhibition et des comportements dangereux. L'acétate induit une augmentation du débit cardiaque.

L'alcool ne peut constituer à lui seul un nutriment idéal car sa pharmacocinétique varie en fonction du taux de consommation. En effet, à consommation modérée, l'alcool sera métabolisé par les voies classiques contrairement aux consommations chroniques qui induiraient les voies accessoires entraînant un déficit en ATP et provoquant une baisse de la valeur calorique de l'alcool. Une sollicitation de la voie du CYP2E1 entraîne la formation de radicaux libre et induit une perte énergétique car elle n'utilise pas la phosphorylation oxydative. (90)

6.2.1.4 Alcool et métabolisme vitaminique

L'alcoolisme chronique a un impact sévère sur la consommation de vitamines. D'une part, la diminution des apports caloriques, induits par la consommation chronique d'alcool, va provoquer une diminution des apports vitaminiques.

De plus il existe une diminution de l'absorption et de l'activation des vitamines liposolubles. Ceci est lié au dysfonctionnement hépatique induit par la consommation. Par ailleurs, la fibrose hépatique détruit les espaces de stockage des vitamines.

L'hypermétabolisme induit par la consommation d'alcool induit une surutilisation de la faible quantité de vitamines à disposition. Par ailleurs l'éthanol ayant un effet diurétique, il augmente l'élimination des vitamines. (90)

6.2.1.4.1 Vitamines hydrosolubles

6.2.1.4.1.1 Vitamine B1

Son déficit est principalement lié à une diminution de son absorption induit plusieurs pathologies connues (syndrome de Korsakoff, délirium tremens, encéphalopathie de Gayet-Wernicke.)

6.2.1.4.1.2 Vitamine B6

Son déficit est lié à une diminution de son absorption et de son stockage.

6.2.1.4.1.3 Riboflavine Vitamine B2

Son déficit est lié à des mécanismes similaires (diminution de son absorption et de son stockage).

6.2.1.4.1.4 Acide folique

Sa carence est liée à une diminution de son absorption et une augmentation des pertes. Cette carence provoquant une macrocytose chez les alcooliques chroniques.

6.2.1.4.1.5 Vitamine B12

Les carences en vitamines B12 restent rares chez l'alcoolique du fait de stocks importants. Sa baisse peut être à une diminution de son absorption.

6.2.1.4.1.6 Vitamine C

Le déficit est principalement dû à une carence d'apport surtout durant la première semaine de sevrage.

6.2.1.4.2 Vitamines liposolubles

6.2.1.4.2.1 Vitamine A

Sa diminution chez le patient alcoolique peut être due, soit à une carence d'apport ou à une diminution de son absorption.

6.2.1.4.2.2 Vitamine D

Son déficit est principalement lié à une carence d'apport chez l'alcoolique

6.2.1.4.2.3 Vitamine K

La vitamine K est importante à la fabrication des facteurs de coagulation. Elle est fortement diminuée en cas de cirrhose.

6.2.1.5 Métabolisme des minéraux

6.2.1.5.1 Le calcium

Son taux est diminué chez l'alcoolique par carence d'apport.

6.2.1.5.2 Le magnésium

L'hypomagnésémie est liée à une augmentation des pertes principalement en cas d'intoxication aiguë.

6.2.1.5.3 Le potassium

Son taux reste bas notamment à cause de l'effet diurétique de l'alcool (urine, vomissement). Il s'agit d'une carence souvent fréquente et grave chez le patient alcoolique et souvent sous-évaluée.

6.2.1.5.4 Le phosphore

Son taux reste bas chez l'alcoolique.

6.2.1.5.5 Le fer

La destruction des hépatocytes chez les gros consommateurs induit une libération du Fer d'où le constat d'un taux de ferritine élevée chez les alcooliques chroniques.

6.2.1.5.6 Le zinc

Une carence est constatée par augmentation des pertes notamment en cas de cirrhose.

6.2.1.5.7 Le cuivre

Son taux reste augmenté par augmentation des stocks. Concernant le métabolisme des minéraux, tous les taux sont diminués exceptés le Fer et le Cuivre qui sont en surcharge.

6.2.1.5.8 Métabolisme de l'eau et des électrolytes

En cas de consommation aiguë, l'alcool a un effet diurétique de par l'inhibition de l'hormone antidiurétique et par l'effet osmotique de l'éthanol.

Ces deux effets couplés induisent une déshydratation en cas de consommation aiguë. En cas de consommation chronique le phénomène de rétention hydrosodée s'opère principalement du fait de la cirrhose, de par l'expansion des volumes extra-cellulaire. (oedèmes, ascite...).

Le statut nutritionnel est donc influencé par la consommation d'alcool, de façon directe ou indirecte, soit par substitution de la prise alimentaire ou par malabsorption liée aux pathologies. Par ailleurs, les carences nutritionnelles majorent les effets de l'alcool et la consommation d'alcool affecte le métabolisme des nutriments.

7. Alcool et conduites alimentaires

7.1 Statut nutritionnel de l'alcool

L'alcool est un nutriment énergétique (7,1 kcal/g). La proportion d'éthanol varie en fonction du type d'alcool. On estime à 5% la proportion d'éthanol pour les alcools faibles, ce taux pouvant atteindre jusqu'à 90% pour les alcools forts. Il en est de même pour l'apport en glucides ; il varie entre 2 et 10 grammes par litre pour le whisky et jusqu'à 120 grammes par litre pour le vin doux et le porto. La teneur en lipide est nulle, il en est de même pour l'apport en protéides et vitamines excepté pour la bière. L'apport en minéraux (fer, cuivre, cobalt) est plutôt spécifique au vin.

7.2 Alcool et dénutrition

Comme dit précédemment des signes de dénutrition protéique en lien avec une malnutrition sévère sont présents chez les consommateurs chroniques d'alcool. (91). Les consommateurs excessifs malnutris ont une alcoolémie plus élevée et qui dure plus longtemps comparée aux consommateurs ne souffrant pas de dénutrition. (92).

Concernant la prise alimentaire, la consommation s'accompagne de modifications qualitatives de la prise alimentaire, même quand la consommation énergétique totale est diminuée.

- A niveau de consommation faible, les calories alcooliques s'ajoutent à la consommation énergétique totale.
- En cas de consommation modérée, l'alcool se substitue partiellement aux glucides.
- A hauts niveaux de consommation, on observe une diminution des autres nutriments, soit par insuffisance d'apport, par substitution aux autres aliments, soit par malabsorption induite par les dysfonctionnements hépatiques.

7.3 Alcool et surpoids

Plusieurs études ont montré que dans la population générale, la consommation d'alcool chez les hommes est souvent associée positivement au poids. (93).

L'alcool favoriserait l'obésité abdominale chez les hommes en particulier lorsqu'il est associé à la sédentarité et à une consommation élevée en lipides.

Dans une étude expérimentale ayant suivi des femmes recevant ou non 30 grammes d'alcool pur par jour pendant trois mois, il a été démontré que les femmes les plus corpulentes, utilisent plus efficacement les calories alcooliques que les autres. (94)

L'alcool a donc un effet sur l'évolution pondérale des patients présentant des problématiques addictives, cette tendance étant fonction des habitudes de consommations mais également de l'hygiène de vie associée.

7.4 Alcool et troubles du comportement alimentaire

La fréquence des troubles du comportement alimentaire n'a pas été bien évaluée chez les patients alcooliques chroniques.

Selon de rares études, 20 à 26% des patients alcooliques souffrent de troubles du comportement alimentaire. Les travaux épidémiologiques des trente dernières années tendent à confirmer que les troubles du comportement alimentaire sont fréquemment associés aux conduites addictives et inversement.

Une méta-analyse sur la comorbidité des TCA et usage de substances addictives a été publiée en 1994 (95). Elle concernait 52 travaux rapportés entre 1977 et 1992. Treize études concernaient l'association entre troubles du comportement alimentaire et consommation de toxiques. L'usage d'alcool et de cocaïne était plus important chez les boulimiques que chez les anorexiques.

Dans 19 études il s'agissait de l'association entre troubles du comportement alimentaire et abus de substances. La survenue d'un trouble du comportement lors de l'abus de substance addictive était rapportée dans 6 études.

L'abus d'alcool ou de drogues était le plus souvent associé à un comportement boulimique qu'à un comportement anorexique restrictif.

Des chercheurs américains de l'université de Washington viennent de découvrir que des gènes sont impliqués à la fois dans l'alcoolisme et les troubles alimentaires. Les personnes alcooliques seraient donc susceptibles d'être boulimiques ou anorexiques, et inversement.

Les résultats de cette étude mettent en exergue que chez les patients ayant présenté des problématiques de dépendance à l'alcool, 11 % des hommes et 13% des femmes ont souffert de troubles du comportement alimentaire. (96)

L'étude a démontré une corrélation statistique significative entre ces comportements alimentaires et l'alcoolisme.

Concernant les facteurs étiologiques, le rôle des opioïdes endogènes pourrait également être évoqué. Les peptides opioïdes endogènes (POE) modulent à la fois la prise alimentaire et celle de l'alcool, car ils interviennent au sein de la transmission dopaminergique mésolimbique connue pour être impliquée dans le contrôle des conduites alimentaires.

Un lien corrélatif existe donc entre troubles du comportement alimentaire et abus de substances addictives. Par ailleurs, le mécanisme mis en jeu dans le lien entre ces deux troubles reste encore mal compris.

8. Alcool et facteurs de risques cardio-vasculaires

La consommation d'alcool peut être mise en relation avec l'incidence des principales maladies cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie, trouble du rythme cardiaque et artériopathie des membres inférieurs.

8.1 Alcool et syndrome métabolique

La consommation d'alcool est reliée à une augmentation dose-dépendante de la concentration des lipoprotéines de haute densité (HDL), fraction du cholestérol plasmatique dite protectrice (97).

Cette augmentation due à la consommation d'alcool concerne également les autres paramètres des HDL, notamment les apolipoprotéines, les lipoparticules LPA-1, LPA-2 et les sous fractions HDL2, HDL3 bien que la relation avec cette sous-fraction n'ait été observée que chez les hommes. Les mécanismes par lesquels la consommation d'alcool élève le cholestérol HDL restent mal connus et plusieurs hypothèses ont déjà été avancées.

L'augmentation du cholestérol serait potentiellement liée à une augmentation de la sécrétion de l'apolipoprotéine A par les hépatocytes. Il y aurait également une action au niveau des enzymes et des protéines régulant le métabolisme des HDL induisant une diminution de l'activité de la triglycéride lipase hépatique.

A l'opposé, la consommation d'alcool ne semble pas influencer le taux de protéines dites athérogènes (LDL), certains auteurs ayant même observé une diminution des chiffres du cholestérol. En revanche la consommation d'alcool est reliée à une élévation des triglycérides et des lipoprotéines de très faible densité. (VLDL) (98)

Selon une étude du Prevention center à Berkeley des chercheurs ont étudié la relation entre consommation d'alcool durant toute la vie et le syndrome métabolique chez 2817 personnes âgées de 35 à 79 ans. Ils se sont intéressés au volume global d'alcool consommé, à la fréquence et l'intensité c'est à dire au nombre de verres consommés par jour où les personnes buvaient. (99).

Ils montrent une corrélation entre l'intensité de la consommation d'alcool et le risque de syndrome métabolique. Dans cette étude, l'intensité de la consommation d'alcool était plus particulièrement associée à certains composants du syndrome métabolique que sont, l'élévation de la glycémie à jeun, l'hypertriglycéridémie, l'hypertension ainsi que l'obésité abdominale pour les femmes.

L'alcool a donc une influence sur le syndrome métabolique, qui reste fonction des habitudes de consommations mais également des facteurs confondants, à savoir les habitudes alimentaires et le niveau de sédentarité. Ces facteurs restent des déterminants majeurs dans l'évolution de ce syndrome. (99)

8.2 Alcool et hypertension

La consommation d'alcool est liée de façon dose-dépendante aux chiffres de la TA systolique et diastolique. Ces augmentations s'observent pour des consommations supérieures à 20 grammes par jour environ, soit 2 verres d'alcool aussi bien chez l'homme que chez la femme (100). Ces résultats sont observés dans la plupart des pays dont la France (101)

Ainsi chez les hommes, la fréquence de l'HTA augmente de 50% pour une consommation de 3 à 5 verres par jour et double pour des consommations supérieures. Chez les femmes, la prévalence de l'HTA double pour des consommations de l'ordre de trois verres par jour. (102)

Plusieurs études ont confirmé les effets de la consommation d'alcool sur les chiffres tensionnels et ceci indépendamment du type de boisson consommée.

Certaines études ont montré qu'une réduction de la prise d'alcool s'accompagne d'une chute de la TA systolique (103). Il ne semble pas exister d'effets bénéfiques d'une consommation modérée d'alcool sur les chiffres tensionnels, l'effet semblant majoritairement dépendre du type de consommation (aiguë ou chronique).

Les mécanismes par lesquels la consommation d'alcool agit sur la TA restent mal connus certains évoquant un potentiel effet sur les catécholamines, d'autres une diminution de la concentration intra-cellulaire de sodium. (104) (105)

8.3 Alcool et système cérébro-vasculaire

La plupart des études montrent que la consommation d'alcool est associée à une élévation du risque d'AVC. Cependant, le risque diffère selon le type d'AVC, l'alcool induit une augmentation de l'incidence des AVC hémorragiques. (106)

Une méta-analyse de 35 études observationnelles a montré qu'une consommation régulière d'alcool supérieure à 60 grammes par jour est associée à un risque accru d'AVC. La relation entre alcool et AVC semble indépendante du type d'alcool consommée. (107)

8.4 Alcool et diabète

Les relations entre consommations d'alcool et diabète sont ambiguës. Les études tendent à montrer qu'une consommation modérée et régulière d'alcool est associée à une diminution de l'incidence du diabète de type 2 et à une amélioration de la sensibilité à l'insuline (108).

Inversement une consommation d'alcool excessive ou par accès augmente le risque de diabète, accentue la résistance à l'insuline, majore le risque cardio-vasculaire et expose à des complications métaboliques chez le diabétique, avec un risque lié à une inhibition de la néoglucogénèse. (108)

La consommation d'alcool expose donc à une majoration du risque cardio-vasculaire. Par ailleurs ce risque reste principalement fonction des habitudes de consommations. Malgré certaines contradictions sur les effets cardio-vasculaires il est important de prendre en compte ce risque dans la prise en charge addictologique des patients alcoolo- dépendants.

9. Étude de cas

9.1 Introduction

Pour illustrer notre propos nous avons effectué cinq études de cas de patients suivis sur une période de trois mois au CAPPa de Nantes, et présentant une problématique d'alcoolodépendance avec troubles psychiatriques comorbides associés. Parmi les troubles psychiatriques comorbides recensés nous avons inclus deux patients présentant une symptomatologie dépressive, une patiente présentant un trouble bipolaire, et deux patients ayant un diagnostic de psychose.

9.2 Matériel et méthodes

Pour chaque patient suivi, nous avons initié un suivi nutritionnel standardisé basé sur l'évaluation des habitudes alimentaires via un calendrier nutritionnel, suivi d'une estimation des apports caloriques par la méthode des 24 heures et calculé via le logiciel Ciqual, base de donnée de référence sur la composition nutritionnelle des aliments (109). Le recueil des mesures anthropométriques a été réalisé à chaque consultation à savoir le poids, la taille avec calcul de l'IMC, le périmètre abdominal. L'évaluation des apports quantitatifs a été estimée par l'interrogatoire et ajustée à l'aide d'une table d'équivalence en grammes des apports quantitatifs recueillie via un référentiel (110).

Une mesure tensionnelle a été effectuée à chaque consultation. Une évaluation psychiatrique et addictologique a été réalisée via l'échelle de Beck et le MINI.

9.3 Étude de cas numéro 1

9.3.1 Présentation du cas

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans et présentant une problématique d'alcool-dépendance.

Ses antécédents somatiques sont les suivants

- BPCO
- Embolie pulmonaire, sur thrombose veineuse profonde en 2016
- Un épisode d'hémorragie digestive d'étiologie inconnue en 2017
- Hypertension artérielle.
- Notion de suivi psychologique transitoire qu'il n'aurait pas poursuivi.
- Trois séjours en soins de post- cure addictologique.

Son traitement actuel

- Cetirizine, 1 comprimé par jour.
- Esoméprazole 40 mg, 1 comprimé par jour
- Pravastatine 20mg, 1 comprimé le soir
- Spiriva, 1gélule le matin
- Flixotide 250, 1 bouffée matin et soir
- Venlafaxine 75 mg LP, 2 gélules par jour.
- Seresta 50 mg 1/2 comprimé le matin, 1 comprimé le soir
- Lercan 20mg, 1 comprimé le matin

Situation sociale

Monsieur R est divorcé depuis 9 ans environ. Le patient est en invalidité de longue durée suite à un handicap évalué à 60 %. Il s'agit d'un patient plutôt isolé socialement, il reste en contact avec deux amies qui sont en couple, qu'il qualifie de personnes ressources. Il est fils cadet d'une fratrie de 4 enfants nés à quatre ans d'intervalle.

Monsieur R a deux enfants, un garçon de 23 ans et une fille de 18 ans avec qui il aurait de bonnes relations. Il vit seul dans un appartement dont il est le propriétaire dans un quartier sensible de la ville.

Histoire familiale

Monsieur R est issu d'une famille originaire de l'est de la France. Son père est à l'origine directeur de laiterie et sa mère sans activité professionnelle.

Son histoire est marquée par un déménagement à Nantes en 1968, suite au licenciement de son père. Il s'agit d'une période qualifiée de traumatique pour le patient. Il évoque notamment la difficulté liée au changement de statut financier. Son père se serait réorienté par la suite dans l'artisanat.

Au niveau de la scolarité, monsieur R a effectué 3 CAP et 1 BEP dans le domaine de la comptabilité. Il évoque une période d'apprentissage de trois ans à Auxerre impulsée par sa famille. Il présente un parcours professionnel diversifié, relatant des premières expériences d'abord dans le domaine de la comptabilité puis comme chauffeur livreur, suivi de commercial dans le domaine floral. La fin de cette activité professionnelle est marquée par la perte de son permis, suivie de la réalisation d'une rupture conventionnelle avec son employeur. Il est devenu employé transitoire dans un centre équestre puis veilleur de nuit.

Il est retourné vivre avec ses parents en 2014 suite à de grosses difficultés financières du fait de son divorce. A noter qu'il s'agit d'une période marquée par la fin de vie de ses parents qu'il accompagna jusqu'à leurs décès respectifs en 2015 et 2016. Au niveau familial, les relations restent distantes avec ses deux frères et sa sœur, notamment depuis la disparition de ses parents.

9.3.1.1 Clinique psychiatrique

9.3.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux

Le patient relatera une tentative de suicide chez la grand-mère maternelle

9.3.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels

On note l'absence d'hospitalisation en psychiatrie dans son parcours clinique. Il relate un suivi psychologique transitoire en CSAPPA. Il n'évoque aucun suivi psychiatrique ses traitements psychotropes étant à ce jour prescrits par son médecin généraliste.

9.3.1.1.3 Histoire clinique

Le début de la symptomatologie psychiatrique remonte à l'âge de 30 ans du fait de problématiques conjugales survenues à la naissance de ses deux enfants.

Le patient relate des difficultés conjugales principalement liées à un manque d'implication de sa partenaire dans la vie familiale et dans la répartition des tâches, ceci induisant de la souffrance. Monsieur R s'occupait seul des tâches domestiques et des enfants. A cela s'ajoute des conflits avec sa belle-famille.

Le patient relatera avoir subi du harcèlement de la part de sa femme, rationalisé par une insécurité quant à la stabilité de leur couple.

Il évoque l'apparition des premiers symptômes du registre dépressif, se traduisant par une tristesse de l'humeur, une anhédonie, un pessimisme concernant ses perspectives d'avenir au niveau familial. Il rapportera des troubles du sommeil, une irritabilité, des ruminations anxieuses.

On note une synergie entre l'apparition des conduites addictives et le développement de la pathologie psychiatrique. Le patient mettra en place des conduites d'évitement envers sa compagne orientées vers des activités extra-familiales. Ces activités étant centrées autour des conduites addictives. Le patient mentionne l'effet anxiolytique induit par les consommations.

On note une thymie fluctuante. La symptomatologie sera accentuée suite à de multiples facteurs de stress à savoir son divorce dans un premier temps en 2009, suivi du décès de ses parents respectivement en octobre 2015 pour la mère et en août 2016 pour le père.

Le patient décrit à cette période une tristesse de l'humeur marquée, une anhédonie, une aboulie, l'apparition d'idées noires associées à des ruminations anxieuses, ayant induit une nouvelle majoration des conduites addictives à visées anxiolytiques.

A noter de fortes tensions familiales suite au décès de ses parents pérennisant les ruminations anxieuses. Il n'existe pas dans son histoire psychiatrique de velléités de passage à l'acte suicidaire, le patient évoquant comme facteur protecteur ses enfants.

9.3.1.1.4 Présentation clinique

La clinique en début de suivi est marquée par une présentation négligée à la limite de l'incurie. La thymie est par ailleurs fluctuante, on note une anhédonie, une aboulie sous tendue par une certaine passivité. Il n'existe ni idées noires, ni idéations suicidaires. Monsieur R rapporte des ruminations anxieuses centrées sur des évènements douloureux du passé. Il évoquera des propos autodévalorisants sous-tendus par une faible estime de soi. Le patient présente de grandes difficultés à se mobiliser sur des activités extérieures s'enlisant dans ses conduites addictives. On notera l'absence de troubles des conduites instinctuelles.

En début de prise en charge l'échelle de Beck était cotée à 11 et le MINI mettait en avant un épisode dépressif majeur passé, un état de stress post-traumatique actuel, une dépendance alcoolo-tabagique et un trouble anxieux généralisé ancien.

9.3.1.2 Clinique addictologique

9.3.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux

On note l'absence d'antécédents familiaux addictifs majeurs

9.3.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels

On note trois séjours en post- cure addictologique avec une reprise rapide des consommations à la sortie.

9.3.1.2.3 Habitudes de consommation

9.3.1.2.3.1 Consommations d'alcool

On note l'apparition des premières consommations chroniques de façon synergique à la symptomatologie dépressive se traduisant par une consommation quotidienne d'environ 6 à 8 bières 8,6 de 50 cl par jour soit entre 192 et 256 grammes d'alcool. On note l'absence de consommation d'alcool fort. Ces conduites s'inscrivent initialement dans des contextes conviviaux extérieurs accompagnés de connaissances, principalement dans des bars.

Les motivations liées au comportement addictif sont principalement liées à un objectif de fuite des problématiques familiales, d'oubli, mais également à visée anxiolytique et anti-dépressive. Les conduites s'inscrivent aussi dans une difficulté d'affirmation de soi.

Il existe une répercussion des troubles au niveau relationnel se traduisant par une accentuation des problématiques conjugales. On notera l'absence de répercussions judiciaires. Par ailleurs on note de larges répercussions somatiques notamment un épisode d'hémorragie digestive à priori d'étiologie inconnue en 2017 à la suite duquel il reprendra contact avec l'addictologie via le service de liaison.

Depuis cette période, on note des phases multiples de tentatives de régression des consommations, laissant un sentiment de vide. On note plusieurs épisodes d'hospitalisation en post- cure. A la suite de ces soins, le patient mentionne des périodes d'abstinences très transitoires suivies d'une reprise rapide des conduites addictives.

Au début du suivi le patient critique faiblement ses consommations. Il met en avant les bienfaits de ses conduites, à savoir, l'anxiolyse, la détente, la créativité et combler l'ennui. Il s'inscrit davantage dans une étape contemplative. Il pourra percevoir progressivement, les conséquences négatives des consommations, à savoir des répercussions cognitives et relationnelles notamment au niveau familial.

Concernant ses habitudes de consommations., on note des conduites quotidiennes à début matinal estimées à deux bières 8,6 à 50 cl suivies de deux à quatre bières consommées en journée. Il n'existe aucune consommation en soirée. Il n'existe ni craving, ni épisodes de consommation massive.

On note une résistance passive aux changements le patient ayant accepté une hospitalisation pour bilan en vu d'un premier contact avec les soins addictologiques. Il a par la suite exprimé de façon ferme son refus de soins en hôpital de jour mettant en avant de multiples réticences. Ces dernières sont rationalisées par une forte appréhension au changement de ses habitudes quotidiennes. Le patient est initialement ambivalent concernant une réduction progressive des consommations.

Ses principales motivations intrinsèques sont liées à la dégradation de son état somatique. Le patient craint une majoration de sa BPCO, une potentielle récurrence hémorragique au niveau digestif. Il existe des préoccupations pondérales que le patient met en lien avec ses habitudes de consommations. Sa motivation au changement est cotée à 6/10.

Nous avons initialement fixé un objectif de réduction des risques, en réduisant les consommations matinales d'une part, et d'autre part, en se fixant une consommation maximum de 4 bières par jour. Le patient est réticent aux traitements addictolytiques. Un objectif de réinvestissement d'activités socialisantes a été travaillé avec le patient. Il acceptera par ailleurs un suivi ambulatoire mensuel en consultation.

9.3.1.2.3.2 Consommations de tabac

Monsieur R relate un début des consommations vers l'âge de 20 ans à l'armée avec installation d'une dépendance rapide. On note une consommation tabagique estimée à 30 cigarettes roulées par jours. Le patient reste initialement réticent envers une substitution nicotinique et ce malgré les répercussions somatiques au niveau respiratoire se traduisant par une dyspnée de repos.

9.3.1.2.3.3 Consommations de cannabis

Le patient évoque une période transitoire de consommation de cannabis dans sa jeunesse, principalement à but récréatif et anxiolytique se limitant à deux joints par jours maximum. Il n'existe pas de dépendance relatée au produit, le patient ayant stoppé ses consommations de façon spontanée sans réelle difficulté.

9.3.1.3 Clinique nutritionnelle

9.3.1.3.1 Histoire pondérale

Au niveau familial on note des problématiques de surpoids plutôt de type constitutionnel du côté maternel (tante et mère).

Le patient évoque un passif sportif marqué par la pratique de l'équitation en compétition. Son poids de base est estimé à 72 kg pour 1m 72 avec un IMC à 24,4.

Monsieur R. n'évoque aucune problématique pondérale, jusqu'à il y a deux ans. Il relate une prise de poids de 8 kg étalée sur ces deux dernières années de façon progressive qu'il met principalement en lien avec une sédentarité majeure associée aux conduites addictives.

Au niveau morphologique monsieur R présente une obésité de type androïde. Il existe des répercussions somatiques au niveau articulaire (gonalgies), pulmonaire mais également au niveau thymique. Monsieur R mentionne une mésestime principalement dans le domaine affectif mais également dans sa vie sociale se traduisant par un sentiment de honte lié à la perception de son image corporelle.

9.3.1.3.2 Habitudes alimentaires

La fréquence des prises alimentaires est estimée à deux repas par jour, en début d'après-midi, et le soir. (*cf extrait journal alimentaire patient 1 en annexe*) ;

Le patient explique l'absence d'habitudes nutritionnelles matinales du fait de troubles digestifs de type ballonnements abdominaux. Cette habitude semble partiellement sous tendue par une volonté de restriction volontaire, le patient ayant pu relater une crainte de prendre du poids.

La rythmicité des prises alimentaires reste décalée le patient déjeunant à 15h30 et ce devant la télévision. Ceci est principalement lié à une hypersomnie induisant un réveil tardif.

Le patient pourra décrire une présence chronique sur la journée des écrans dans son quotidien y compris durant les repas.

Monsieur R cuisine lui-même ses repas à raison d'une fois par jour, ceci lui permettant d'effectuer deux repas similaires sur la journée. On notera l'absence de repas pris à l'extérieur.

9.3.1.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques ont été retranscrits comme ci-dessous selon la méthode des 24 heures sur une journée classique

Nutriments	Apports quantitatifs	Équivalent calorique du nutriment (kcal/100g)	Calories ingérées (kcal)
Café	1 tasse	397	397
Pâtes	4 portions soit 400 g	336	1344
Sauce tomate	2 portions soit 300 g	49,3	98,6
Escalope de dinde poêlée	2 portions soit 200 g	124	248
Sauce béchamel	1 portion	90,1	90,1
Champignons appertisés, égouttés	2 portions soit 200 g	24,9	50
Bières 8/6	5 canettes	62,5	1563
TOTAL			3791

L'évaluation des apports caloriques par la méthode des 24 heures a permis d'estimer des apports journaliers de **3791** kcal. En dehors des conduites addictives les apports peuvent être estimés à **2227** kcal

9.3.1.3.4 Examen clinique nutritionnel

En début de prise en charge Monsieur R présentait un IMC à 32,8 soit une taille à 1m72 pour poids de 97 kg. Le périmètre abdominal était de 117 cm.

L'activité physique était estimée à 20 minutes de marche par jour durant ses promenades quotidiennes avec son chien. Les activités quotidiennes sont principalement centrées autour des conduites addictives (tabac, alcool), les écrans, le repos et de rares sorties pour les courses.

Les consommations s'intercalent entre les prises alimentaires, à savoir le matin à jeun et dans l'après-midi.

9.3.1.3.5 Examen somatique

Le patient présente une BPCO avec une dyspnée d'effort stade 3 NYHA La tension artérielle en début de prise en charge est de 17mmHg.

9.3.2 Évolution clinique

9.3.2.1 Clinique psychiatrique

Il effectuera durant les premiers temps de suivi, un effort de sociabilisation. Il établira des démarches pour s'inscrire dans des activités de groupe notamment au GEM, le groupe d'entraide mutuel. Il investira l'activité cuisine avec un vécu initialement positif.

Le patient verbalisera sur ses difficultés de sociabilisation. Il décrira des antécédents d'agoraphobie mais également de phobie sociale sous-tendus par le climat délétère de son milieu de vie. Le patient vivant dans un quartier sensible de la ville.

Il osera aborder des pans intimes de sa vie jusqu'alors non abordés en entretien, concernant notamment des questionnements autour de son orientation sexuelle, associée au vécu traumatique de son divorce.

On notera par ailleurs une légère amélioration concernant sa présentation, initialement négligée. Le patient se renarcissisera.

Son évolution clinique est marquée par l'apparition d'évènements de vie négatifs ayant eu des répercussions au niveau thymique. Il mentionnera le suicide d'une amie proche par pendaison qui a provoqué une recrudescence d'affects dépressifs sans idéations suicidaires. Le patient relate un vécu traumatique de cet évènement avec une répercussion sur ses conduites addictives. Il faut savoir que ce fléchissement thymique fut transitoire.

Par ailleurs on note de nombreux facteurs de stress impliqués dans la pérennisation des troubles. Au niveau relationnel le patient verbalise des conflits avec son ex-femme associés au retour de sa fille à son domicile suscitant des tensions relationnelles.

9.3.2.2 Clinique addictologique

Suite à l'instauration du suivi nutritionnel, on notera une motivation marquée au changement associée à une meilleure adhésion au soin. Le patient verbalisera plus facilement et aisément sur son quotidien. Il acceptera d'investir un calendrier de consommations, ainsi que l'instauration de traitements substitutifs nicotiques de type patches jusqu'alors refusés.

9.3.2.2.1 Habitudes de consommations

9.3.2.2.1.1 Consommations d'alcool

On note une diminution plus partielle des conduites addictives, avec une réduction relative à environ 5-6 bières par jour en moyenne soit entre 160 et 192 grammes d'alcool, sans utilisation de traitement addictolytique. Il maintiendra cependant son désir de poursuivre un suivi ambulatoire maintenant son positionnement sur les soins en HDJ.

9.3.2.2.1.2 Consommations de tabac

On note durant cette période de suivi une diminution de moitié des consommations tabagiques (passage de 30 à 15 cigarettes par jour). Il existe des répercussions cliniques de cette réduction. On constate une nette amélioration, se traduisant par une diminution de la symptomatologie dyspnéique ayant eu un impact positif en terme de qualité de vie.

9.3.2.3 Clinique nutritionnelle

9.3.2.3.1 Évolution pondérale

Monsieur R se saisira des conseils nutritionnels induisant des répercussions sur son poids. On note un fléchissement pondéral très partiel se traduisant par un poids de 96 kg à la deuxième consultation. On notera une hausse pondérale par la suite, se traduisant par un poids de 99 kg soit un IMC à 33,5 en fin de suivi. Le périmètre abdominal restera identique à 117 cm. A noter la concomitance entre la reprise de poids et la période de deuil de son amie

9.3.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires

Au niveau des habitudes alimentaires, on notera une légère différence concernant la rythmicité des repas. Monsieur R est revenu à des habitudes alimentaires traditionnelles. Il a pu réintroduire un petit déjeuner plus complet, un déjeuner pris vers 14h00 et un dîner vers 20 heures. Il poursuit la préparation et la prise des repas devant les écrans.

On note une meilleure variabilité au niveau alimentaire avec une consommation plus importante de fruits et légumes.

9.3.2.3.3 Évaluation des apports caloriques

L'évaluation des apports caloriques suivant la méthode des 24 heures en fin de suivi a été estimée comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs	Équivalent calorique du nutriment (kcal/100g)	Calories ingérées (kcal)
Café sans sucre	1 tasse	397	397
Maïs	4 portions, soit 400 g	106	424
Dindonneau	2 portions soit 200 g	128	256
Haricots	4 portions soit 400 g	29,4	117
Boudin noir	3 portions soit 400 g	279	837
Bière 8/6	5 canettes	62,5	1562
TOTAL			3593

Les apports caloriques sont estimés à **3593** kcal. En dehors des conduites addictives, les apports s'élèvent à **2031** kcal.

9.3.2.3.4 Examen clinique nutritionnel

L'IMC sera de 33,5 en fin de suivi. Au niveau de l'activité physique, on note un meilleur investissement d'activités extérieures induisant un certain dynamisme dans son quotidien. Le patient acceptera une poursuite du suivi nutritionnel. Il pourra valoriser l'impact positif de ces changements sur sa qualité de vie.

9.3.2.3.5 Évolution somatique

On notera une régression de la symptomatologie dyspnéique suite à la réduction des consommations tabagiques. La tension artérielle est globalement restée aux alentours de 17 mmHg.

9.3.3. Synthèse

Au total le suivi de monsieur R montre que la mise en place d'un suivi nutritionnel a permis au moins transitoirement une mobilisation du patient d'un point de vue addictologique, en vue d'une meilleure adhésion et investissement des soins. D'autre part, un bénéfice au niveau nutritionnel a été observé avec des répercussions pondérales certes minimes. On constate une légère amélioration thymique se traduisant par une renarcissisation. A noter la prééminence des facteurs extrinsèques anxigènes dans la recrudescence et la pérennisation des troubles.

9.4 Étude de cas numéro 2

9.4.1 Présentation du cas

Il s'agit d'une patiente âgée de 58 ans.

Ses antécédents somatiques sont les suivants

- Une appendicectomie dans l'enfance
- Un surpoids

Son traitement actuel

- Abilify 15 mg
- Seresta 50 mg : 1 comprimé le matin et 2 comprimés le soir.

Situation sociale

Madame D est actuellement sans activité professionnelle, elle vit de l'AAH associée à une pension d'invalidité.

Elle a une fille de 42 ans et une sœur de 53 ans avec qui elle aurait quelques contacts. Son père est décédé à l'âge de 52 ans d'un arrêt cardiaque et sa mère d'un accident vasculaire cérébral foudroyant il y a trois ans. Elle aurait des contacts avec son beau-père de 73 ans ancien compagnon de sa mère. Elle évoque une relation plutôt sensible avec sa fille. Madame D est à ce jour célibataire.

Histoire familiale

Elle évoquera le divorce de ses parents à l'âge de 14 ans. Cet événement sera suivi d'une séparation avec son père avec qui elle entretiendra des relations distantes au cours de sa vie.

Son parcours est marqué par une grossesse à l'âge de 15 ans provoquant l'arrêt de sa scolarité. La patiente effectuait à cette période un CAP secrétariat. Sa fille ne sera jamais reconnue par son père, avec qui elle n'aura plus aucun contact jusqu'à ce jour.

Cette période fut marquée par le départ du domicile parental avec dans les suites un emménagement dans une maison maternelle pendant un et demi. La patiente peut décrire positivement cette période de vie au sein de cette communauté de pairs.

Sa fille fut élevée chez sa mère puis placée chez une nourrice. On note dans son historique une grande instabilité sur le plan affectif de par la multiplication de relations délétères, avec notion de maltraitance conjugale et ce à plusieurs reprises.

Elle évoque un déménagement en région parisienne à l'âge de 25 ans, sans sa fille gardée par une nourrice. Il s'agit d'une période durant laquelle elle a initié un travail de prostituée suite à des problématiques financières et à de mauvaises rencontres en milieu nocturne. Madame D a pratiqué ce métier durant 15 ans.

Elle relate une arrivée sur Nantes en 2009 en vue d'une mise à distance avec le milieu parisien.

Elle mentionne un mariage blanc de 2002 à 2008 suivi d'un divorce en 2014, en lien avec des maltraitances conjugales. Elle s'est remise en couple avec une personne présentant des problématiques addictives. Madame D est actuellement séparée de son compagnon malgré la persistance de harcèlement téléphonique.

9.4.1.1 Clinique psychiatrique

9.4.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux

On note des antécédents de tentatives de suicide chez la mère, cette dernière ayant reçu un diagnostic d'état dépressif majeur. Il n'existe pas d'antécédents familiaux de troubles bipolaires à priori.

9.4.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels

Son histoire est ponctuée de plusieurs hospitalisations en psychiatrie.

- Une hospitalisation suite à une tentative de suicide par phlébotomie dans sa jeunesse vers 25 ans.
- Deux hospitalisations en hôpital psychiatrique à Nantes à l'âge de 50 ans suite à des tentatives de suicide par IMV.

La patiente évoque un diagnostic de trouble bipolaire posé à l'âge de 50 ans, à l'issue de ces deux passages à l'acte.

9.4.1.1.3 Histoire clinique

Madame D est originaire du nord de la France. L'histoire clinique est marquée par une expérience traumatique sexuelle à l'âge de 6 ans à type d'inceste subi par un membre de sa famille proche (oncle). Elle mettra en avant l'absence de reconnaissance familiale de cette conduite, n'ayant pu entamer de poursuites judiciaires. Elle évoque une période de dépressivité marquée dans son enfance, avec persistance de reviviscences traumatiques à ce jour.

9.4.1.1.4 Présentation clinique

Cliniquement, il s'agit d'une patiente de bon contact, de bonne présentation présentant des ruminations anxieuses à caractère hyponchondriaque principalement suite au vécu traumatique du décès brutal de sa mère par AVC. La patiente pourra multiplier les examens complémentaires dans un but de réassurance.

La thymie est globalement neutre. On note des troubles du sommeil à type d'insomnie très partiellement soulagés par les traitements anxio-sédatifs. La patiente décrit des angoisses nocturnes se traduisant par des cauchemars de thématique morbide, induisant des réveils précoces

On note la présence de propos autodépréciatifs sous-tendus par une mésestime d'elle-même principalement en lien avec des préoccupations pondérales qui resteront prédominantes lors des différents entretiens.

L'échelle de Beck est par ailleurs cotée à 14 en début de prise en charge ceci contrastant avec la présentation clinique constatée lors des différents entretiens médicaux. Le MINI mettra en évidence un épisode dépressif majeur, un épisode hypomaniaque et un état de stress post traumatique passé. Une dépendance alcoolique et une symptomatologie boulimique actuelle.

Par ailleurs il s'agit d'une patiente ne présentant pas d'isolement social et très investie dans des structures associatives. On notera une certaine réticence envers les thérapeutiques, du fait d'antécédents de mauvaise tolérance médicamenteuse. (Espéral).

9.4.1.2 Clinique addictologique

9.4.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux

Madame D évoque une exogénose chronique dans sa famille du côté maternelle (grand-père maternel, oncle maternel, mère). Notion d'alcoolisme chez le grand-père paternel.

9.4.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels

Les premières consommations surgirent vers l'âge de 25 ans initialement en contexte festif avec une dépendance installée vers l'âge de 30 ans. Elle évoque à cette période, des consommations quotidiennes estimées à une bouteille de champagne par jour à début matinal, soit 48 grammes d'éthanol environ.

Elle initiera un suivi addictologique dès son arrivée à Nantes en 2009 relatant un séjour d'un mois en clinique privée. Elle mentionne la prise d'un traitement addictolytique par Espéral. Madame D relate une mauvaise tolérance médicamenteuse s'étant traduite par des symptômes digestifs. Par ailleurs, elle évoque une période d'abstinence de deux ans suite à l'arrêt du traitement. On note une reprise de consommations très modérées au décours variant entre deux et quatre verres de mousseux quotidiennement soit entre 24 et 47 grammes d'éthanol par jour. On notera au cours de son histoire addictive une période d'abstinence d'un an et demi vers l'âge de 40 ans.

9.4.1.2.3 Habitudes de consommations

9.4.1.2.3.1 Consommations d'alcool

Madame D évoque une alternance entre des consommations solitaires et des consommations avec des collègues. Les conduites addictives sont motivées par la recherche d'un état d'euphorie, d'une anxiolyse, la recherche d'une ébriété.

On note l'absence de répercussions financières liées aux consommations. Par contre il existe des répercussions socio- judiciaires, la patiente ayant relaté une arrestation pour conduite en état d'ébriété, sans poursuites judiciaires au décours.

Madame D a débuté le suivi addictologique après un contact avec l'addictologie de liaison survenu dans le cadre de la prise en charge de son conjoint.

Les conduites en début de prise en charge sont évaluées à deux verres de vin mousseux le midi et le soir avec des pics de consommations en contexte festif estimée à une demi-bouteille de whisky. Soit entre 24 grammes d'alcool quotidien et 120 grammes d'alcool en contexte festif.

La patiente présente une maîtrise partielle de ses consommations mais relate une certaine fragilité contextuelle associée à une relative perte de contrôle.

L'effet recherché par les conduites est principalement lié au plaisir mais également à l'anxiolyse et la recherche d'euphorie.

Les motivations intrinsèques au changement sont principalement liées à la recherche d'une amélioration de son état de santé général notamment d'un point de vu pondéral. La patiente ayant pour objectif un arrêt total des consommations en vu d'une perte de poids. La motivation au changement est cotée à 8/10.

9.4.1.2.3.2 Consommations de tabac

La consommation est estimée à 10 cigarettes par jour. La patiente reste initialement réticente à l'utilisation de patchs et de gommes en début de suivi ;

Madame D sera demandeuse d'une réduction des consommations avec un objectif d'abstinence totale à long terme concernant les consommations d'alcool mais également de tabac.

9.4.1.3 Clinique nutritionnelle

9.4.1.3.1 Histoire pondérale

On note l'absence de difficultés pondérales dans sa jeunesse. Elle évoque une obésité constitutionnelle familiale du côté de son père. L'histoire pondérale de la patiente est caractérisée par une prise de poids en 2009, son poids de base étant initialement de 65 kg pour 1m65 soit un IMC à 23,8.

La patiente évoque une prise de poids progressive et insidieuse de 5 kilos en 4 ans environ principalement du à un changement d'habitudes alimentaires associé à une sédentarité. Elle évoque une période de stabilisation à 70 kg pour 1m 65 soit un IMC à 25,7

Suite au décès de sa mère il y a trois ans, elle évoque une prise de poids de 10 kg sur trois ans avec un poids de 80 kg pour 1M65 soit un IMC à 29,4.

9.4.1.3.2 Habitudes alimentaires

Au niveau alimentaire, la patiente décrira une rythmicité estimée à trois repas par jour associée à une collation (*cf extrait journal alimentaire patient 2 en annexe*). L'alimentation est qualitativement variée mais quantitativement surestimée. La patiente ne décrira ni conduites de restriction, ni conduites d'hyperphagie, ni conduites de purges en début de suivi.

9.4.1.3.3 Évaluation des apports caloriques

L'estimation des apports caloriques par la méthode des 24 heures est estimée comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs	Équivalent calorique (Kcal pour 100 grammes)	Calories ingérées (Kcal)
Café	2 tasses sans sucre	397 Kcal	397
Jus de citron	1 verre soit 200 grammes	0	0
Pain	3 tranches soit 75 grammes	Une tranche de pain=25 grammes Pain :281	210,75
Pâté	1/2 portion soit 50 grammes	324	162
Steak-hâché	1 portion soit 100 grammes	231	115,5
Courgettes	3 portions soit 300 grammes	15,5	46,5
Frites	3 portions soit 300 grammes	265	795
Poulet	1 portion soit 100 grammes	213	213
Riz au lait	1 pot= 125 grammes	126	157
Crème dessert au chocolat	3 pots=375 grammes	125	468
Biscuits au chocolat	4 biscuits	463	1852
Vin Mousseux	4 verres soit 40 cl	75,3	30
TOTAL			4448

Les apports caloriques sont estimés à **4448** kcal par jour selon la méthode du rappel des 24 heures. L'estimation des apports en dehors des consommations d'alcool est évaluée à **4418** kcal par jour.

9.4.1.3.4 Examen clinique nutritionnel

L'activité physique est estimée à une heure de marche quotidienne à rythme modérée. En début de prise en charge le poids est de 80 kg pour une taille de 1m65 soit un IMC à 29,4, le périmètre abdominal est de 113 cm.

9.4.1.3.5 Examen somatique

La TA est de 14/9 mmHg en début de prise en charge.

9.4.2 Évolution clinique

9.4.2.1 Clinique psychiatrique

On notera une thymie relativement stable sur le plan clinique tout au long du suivi, ponctuée par des épisodes de dépressivité relative notamment en lien avec ses préoccupations corporelles.

La clinique sera marquée par des difficultés de stabilisation sur le plan du sommeil, du fait de la persistance d'une insomnie se traduisant par des réveils nocturnes, ayant des répercussions au niveau du comportement alimentaire. Une stabilisation des troubles du sommeil en fin de suivi permis un impact positif en terme pondéral.

En terme d'alliance thérapeutique, la patiente sera très investie concernant la réalisation du journal alimentaire et du calendrier de consommations. Elle abordera de façon spontanée des problématiques inhérentes à son passé et à son intimité notamment au cours de la deuxième consultation de suivi où elle révélera un passé de prostitution ponctué de traumatismes sexuels à type de viols multiples. Elle décrira une immersion dans ce monde suite à des problématiques financières majeures avec une fin de carrière impulsé par un client, lui ayant permis une mise à distance et une émancipation.

Elle reviendra sur son rapport plutôt conflictuel avec le sexe opposé décrivant de nombreuses relations toxiques avec notion de maltraitance à son encontre.

Elle sera plus ouverte à la verbalisation de ses angoisses, sous tendues par une hypochondrie, en lien avec des antécédents familiaux cardio-vasculaires.

Elle relatera des reviviscences traumatiques sexuelles y compris son abus vécu à l'âge de 6 ans, se traduisant principalement par des cauchemars sur le thème de l'évènement.

9.4.2.2 Clinique addictologique

9.4.2.2.1 Habitudes de consommations

9.4.2.2.1.1 Consommation d'alcool

On notera des consommations d'alcool fluctuantes, alternant entre des phases d'abstinences complètes de quelques jours suivi de périodes de consommations modérées entre 3 à 4 verres de vin par jour souvent au cours des repas.

Elle mettra en avant la recherche de plaisir, d'anxiolyse et l'euphorie liée aux consommations. Elle restera très exigeante concernant ses objectifs de soins envisageant systématiquement une abstinence complète en lieu et place de consommations maîtrisées. La patiente associera l'arrêt des conduites à un objectif de fléchissement pondéral.

9.4.2.2.1.2 Consommation de tabac

Des efforts seront réalisés au niveau des conduites addictives, la patiente sera davantage impliquée acceptant les substituts nicotiques permettant un arrêt total des consommations tabagiques.

9.4.2.3 Clinique nutritionnelle

9.4.2.3.1 Évolution pondérale

On notera l'absence de réelle évolution pondérale durant la durée du suivi la patiente étant restée stable avec un poids de 80 kg. Le périmètre abdominal restera similaire dans l'ensemble.

9.4.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires

En terme d'alliance thérapeutique la patiente évoquera spontanément au cours du suivi ses crises d'hyperphagies nocturnes, jusqu'alors omises au cours des précédents entretiens.

Les crises sont à caractère nocturnes, se traduisant par la consommation en grande quantité d'aliments hypercaloriques principalement à type de sucres rapides, de matières grasses jusqu'au ballonnement abdominal. On note un soulagement ressenti après la crise.

On notera l'absence de conduites purgatives compensatoires. Les crises sont principalement déclenchées par des réveils nocturnes à caractère anxiogène induisant une insomnie.

La patiente pourra évoquer une fonction anxiolytique et hypnotique de la crise induisant la reprise d'un sommeil de qualité.

Par ailleurs après la période de suivi nutritionnel la patiente accepta l'introduction d'un traitement anxio-sédatif ayant permis une stabilisation du sommeil immédiatement suivi d'une perte de poids de 1 kg sur un mois.

9.4.2.3.3 Évaluation des apports caloriques

L'évaluation des apports caloriques par la méthode des 24 heures peut être estimée comme ci-dessous

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100g)	Calories ingérées (kcal)
Jus de citron sans sucre	1 verre	0	0
Café sans sucre	1 tasse	4,42	4,42
Sardine	1 portion soit 100 grammes	194	194
Haricots verts	4 portions soit 400 grammes	29,4	117
Côte de porc	1 portion soit 100 grammes	242	242
Crevettes	1 portions soit 200 grammes	109	109
Epaule au jambon	1 portion soit 100 grammes	119	119
Tomates cerises	3 portions soit 300 grammes	21,4	64
Champignons crus	3 portions soit 300 grammes	21,6	64
Quatre kiwis	4 portions soit 400 grammes	58,5	234
Biscuits au chocolat	Plus d'une dizaine (un demi-paquet de 295 grammes)	505	1489
Vin mousseux	3 verres	75,3	271
Total			2910

L'évaluation des apports caloriques totaux en fin de suivi est estimé à **2910** Kcal. En dehors des conduites addictives les apports caloriques s'élèvent à **2639** kcal.

9.4.2.3.4 Examen clinique nutritionnel

L'IMC en fin de prise en charge est de 29, et le périmètre abdominal de 107 cm. La patiente poursuivra un suivi nutritionnel ambulatoire

9.4.2.3.5 Évolution somatique

La tension artérielle est restée autour de de 14/9 mmHg avec un fléchissement tensionnelle minime en début de prise en charge.

9.4.3 Synthèse

Le suivi nutritionnel de madame D a permis une meilleure alliance et un meilleur investissement des soins addictologiques. Cliniquement elle sera plus accessible sur son histoire clinique pouvant aborder des éléments douloureux de son passé à caractère traumatique. Ceci permettant une meilleure compréhension de la fonction des conduites addictives d'un point de vu psychopathologique. Le suivi a permis de mettre en lumière un trouble des conduites alimentaires de type hyperphagie boulimique principalement sous tendu par des ruminations anxieuses en lien avec des cauchemars à caractère traumatique. Au total, le suivi alimentaire décentré des problématiques addictives liées au produit, fut une porte d'entrée en vue d'une meilleure compréhension psychopathologique des troubles ayant conduit à un meilleur accompagnement de la patiente.

9.5 Étude de cas numéro 3.

9.5.1 Présentation du cas

Il s'agit d'une patiente de 45 ans.

Ses antécédents somatiques sont les suivants

- Hypothyroïdie
- Une obésité modérée évoluant depuis plus de trois ans.

Son traitement actuel

- Abilify 20 mg au coucher
- Loxapac 25 mg au coucher.
- Cymbalta 60 mg au coucher
- Levothyrox 100 microgrammes le matin

Situation sociale

Madame V vit dans un foyer d'hébergement pour adulte handicapé ; célibataire sans enfants elle est la cadette d'une fratrie de quatre enfants. Elle est originaire de la région lyonnaise. Ses parents sont divorcés, elle n'aurait plus de contacts avec son père médecin, elle garde des liens avec sa mère, lui rendant visite de façon mensuelle.

Elle s'est installée sur Nantes à l'âge de 17 ans suite à un déménagement initié par sa famille. On note l'absence d'activité professionnelle la patiente étant en invalidité première catégorie. Elle présente un suivi éducatif, et est actuellement sous curatelle. Sa dernière activité professionnelle fut un travail en C.A.T. à mi-temps, il y a 10 ans environ. Son centre d'intérêt principal est le dessin.

Histoire familiale

Il s'agit d'une patiente ayant un parcours scolaire stoppé à l'âge de 11 ans en lien avec des troubles des apprentissages qu'elle ne pourra objectiver.

Elle évoque un vécu négatif de sa scolarité relatant des difficultés en terme de cognitions sociales se traduisant par un isolement du groupe de pairs. Madame V décrira des périodes de dépressivité dans son enfance n'ayant pas nécessité de suivi psychiatrique, ni addictologique. Elle entamera de nouveau une reprise de sa scolarité via une formation de remise à niveau par l'intermédiaire de cours particuliers, ayant permis l'intégration d'une école de design à l'âge de 20 ans.

Elle mentionne l'apparition des premiers symptômes psychiques au cours de sa deuxième année en école de design. Elle associe ses troubles psychiques aux conduites addictives, ces derniers ayant induit une perte d'autonomie et une institutionnalisation progressive.

On note une prise en charge en famille d'accueil social en 2010 suivi d'une prise en charge en centre de post-cure entre 2010 à 2012. Elle a fréquenté l'hôtel thérapeutique, puis un foyer d'hébergement où elle vit actuellement.

9.5.1.1 Clinique psychiatrique

9.5.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux

Elle mentionne un frère décédé par suicide. Elle aurait un autre frère décédé à l'âge de deux ans et demi dans des conditions que la patiente n'a pu verbaliser en entretien.

9.5.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels

- On note un suivi psychiatrique depuis 10 ans suite à un diagnostic de schizophrénie.
- On note une prise en charge en hôpital de jour, il y a une vingtaine d'années suivi d'une inscription sur le CATTP en 2005 ayant permis transitoirement une reprise du travail en CAT.
- Il existe des hospitalisations multiples en psychiatrie, en 2008 pour troubles anxieux majeurs de type angoisse psychotique avec rechute addictive. Cette hospitalisation a été suivie d'une nouvelle prise en charge en HDJ.
- Une hospitalisation en juin 2010 suite à une recrudescence de troubles anxieux avec idéations suicidaires, rechute éthylo-tabagique et conduites à risques.
- Une hospitalisation à l'âge de 20 ans suite à une tentative de suicide.
- Une hospitalisation en juin 2014, suite à des troubles anxieux majeurs compliquée d'éléments dépressifs.

9.5.1.1.3 Histoire clinique

Elle évoque l'apparition des premiers symptômes psychiques au cours de sa deuxième année en école de design se traduisant par des affects dépressifs du fait de difficultés relationnelles sur son lieu de travail, la patiente relatant des relations concurrentielles dans un milieu à prédominance féminine. Elle évoque une synergie entre ses problématiques relationnelles et l'évolution des conduites addictives vers la dépendance.

Madame V relate une tentative de suicide en 2ème année, avec dans les suites l'installation d'une dépendance au cannabis en troisième année ayant engendré l'apparition des premiers symptômes de registre psychotique. S'en sont suivis, plusieurs épisodes d'hospitalisation en psychiatrie avec un diagnostic de schizophrénie en 1998.

9.5.1.1.4 Présentation clinique

Elle aura une présentation adaptée en début de suivi. On note l'absence d'éléments délirants ou dissociatifs en entretien, la patiente étant stabilisée et observante par rapport à son traitement.

On note par ailleurs une lenteur du discours ponctuée de difficultés cognitives, en terme notamment de mémorisation. Le visage est plutôt figé, mais davantage évocateur d'une imprégnation neuroleptique.

La thymie est stable. L'échelle de Beck évaluée à 7 en début de prise en charge. Le MINI ne sera pas réalisé en totalité du fait des difficultés cognitives et attentionnels. Il mettra par ailleurs en évidence un épisode dépressif majeur passé, un trouble de panique actuel, une dépendance à l'alcool et un trouble psychotique vie entière.

9.5.1.2 Clinique addictologique

9.5.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux

On note une exogénose chronique chez sa mère actuellement sevrée. Un frère décédé qui aurait présenté une addiction au cannabis.

9.5.1.2.2 Antécédents addictologique personnels

Madame V a été prise en charge à l'hôpital de jour du CAPPa en 2003, ayant permis une réduction transitoire des consommations.

9.5.1.2.3 Habitudes de consommations

9.5.1.2.3.1 Consommations d'alcool

Concernant l'alcool, la patiente évoque des conduites addictives débutées à l'âge de 20 ans avec des amis en contexte festif, principalement dans un objectif de détente. On note une dépendance installée vers l'âge de 23 ans, suite à des problématiques relationnelles à caractère conflictuelles au travail ayant induit un fléchissement thymique.

Elle décrit une consommation d'alcool estimée à 2 verres de porto par jour le soir après le travail de façon quotidienne avec une majoration progressive des conduites au fil du temps. Elle mentionne des répercussions professionnelles de ses conduites ayant induit une majoration de problématiques relationnelles au travail allant jusqu'à la démission, mais également au niveau personnel, la patiente relatant une dégradation de sa relation de couple, allant jusqu'à la rupture amoureuse en 2009.

Les conduites addictives s'inscrivent également dans un cadre familial, la patiente ayant pu évoquer des conduites partagées avec sa mère.

La patiente mentionne des consommations quotidiennes, de bières relatant une consommation moyenne de 4 canettes par jour de bières forte à 12° soit environ 192 grammes d'alcool.

L'effet recherché par les conduites est principalement à type d'anxiolyse, combler l'ennui, partager un moment convivial festif avec des amis mais également le plaisir engendré par le goût des boissons alcoolisées.

On note dans la pérennisation des conduites, une difficulté d'affirmation, la patiente pouvant facilement être influencée par des pairs.

Elle évoquera comme motivations intrinsèques au changement, les répercussions somatiques de ses conduites à type de céphalées, de douleurs abdominales, mais également les conséquences sociales d'un point de vue financier, ainsi qu'en terme d'autonomie, son comportement pouvant induire une exclusion du foyer. La motivation au changement est cotée à 9/10 en début de prise en charge.

On notera des jours de fortes consommations en lien avec des moments de frustrations ou d'ennui pouvant aller jusqu'à 8 bières minimum en une soirée, soit une consommation minimale de 384 grammes d'alcool. On note l'absence de consommations d'alcool fort

Les consommations sont principalement solitaires et se déroulent majoritairement durant l'après-midi ou le soir parfois accompagnées d'amis de son foyer.

La patiente identifiera à de nombreuses reprises un lieu pourvoyeur de fortes consommations à savoir le restaurant kebab situé à proximité de son foyer.

Nous avons fixé un objectif initial de réduction des risques visant dans un premier temps la limitation des jours de fortes consommations.

9.5.1.2.3.2 Consommations de tabac

La patiente a initié une réduction des consommations tabagiques via la cigarette électronique de sa propre initiative. Cette démarche a été initiée deux mois environ avant le début du suivi. Le dosage nicotinique est de 12 mg.

9.5.1.2.3.3 Consommations de cannabis

La patiente relatera des antécédents de consommations de cannabis ayant débuté à l'âge de 20 ans initialement occasionnelles avec une dépendance installée en 2009,

Elle évoque des conduites quotidiennes, d'environ 5 joints par jour de façon concomitante aux consommations d'alcool, principalement à but anxiolytique et récréatif mais également à visée antalgique et anti-émétique.

Elle décrit les répercussions psychiques des troubles évoquant l'apparition des premiers symptômes psychotiques à type de dépersonnalisation, déréalisation, associés à la résurgence d'éléments délirants de mécanisme hallucinatoire. Elle pourra décrire les répercussions sur la sphère cognitive en terme d'attention, de concentration et de planification des tâches ayant induit des problématiques dans sa sphère professionnelle. Elle évoque une perte d'autonomie à cette période, se traduisant par une incurie, des difficultés à entretenir son logement mais également des problématiques financières.

La patiente est actuellement abstinente depuis 2008, suite à deux épisodes d'hospitalisations provoquée par des angoisses psychotiques majeures, induite par ses conduites.

9.5.1.2.3.4 Consommations médicamenteuses

Madame V évoquera une dépendance aux benzodiazépines (Témesta 1 mg et alprazolam 0,5 mg), utilisés principalement à but anxiolytique.

La patiente décrit des conduites initiées il y a 6 ans, préconisées par sa mère, elle-même présentant une dépendance aux benzodiazépines.

La patiente relatera une alternance entre consommation d'alcool et prise de Témesta notamment lors des moments de recrudescence anxieuse afin d'apaiser des crises d'angoisses, mais également à but hypnotique. La patiente peut consommer jusqu'à 18 comprimés sur une journée. On note une majoration des conduites lors des séjours chez sa mère les consommations étant difficilement contrôlables.

Elle évoquera comme principaux effets recherchés, l'anxiolyse, combler l'ennui, apaiser ses pensées.

9.5.1.3 Clinique nutritionnelle

9.5.1.3.1 Histoire pondérale

On note l'absence de problématiques pondérales dans son enfance. Elle évoque une prise de poids survenue il y a cinq ans environ, de façon insidieuse suite à l'introduction d'un traitement neuroleptique (risperdal). On note l'absence d'obésité constitutionnelle familiale.

Elle évoque un poids de base de 71 kg pour 1m70 soit un IMC à 24,56 avec une prise de poids de 18 kg sur cinq ans. Elle met également en lien son surpoids avec sa problématique addictive.

9.5.1.3.2 Habitudes alimentaires

Concernant ses habitudes alimentaires, la patiente présente une alimentation variée et régulière avec une rythmicité journalière de trois repas par jour avec une collation (*cf extrait journal alimentaire patient 3 en annexe*).

Elle ne participe pas à la préparation de ses repas ces derniers étant fournis par le foyer. Elle évoque des repas pris à l'extérieur, au kebab, lors des épisodes de consommations survenant en soirée ;

9.5.1.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques journaliers estimés par la méthode des 24 heures ont été évalués comme ci-dessous

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100g)	Calories ingérées (kcal)
(Café au lait	1 tasse de 100 ml, 0,75 de café, 0,25 de lait	Café 4,42 Lait 46,2	14,66
Gratin de chou-fleur	1 demi-assiette soit 3 portions de 100 grammes	96,3	288,9
Jambon	2 portions de 100 grammes	119	238
Pâtes	1 demi-assiette soit 3 portions de 100 grammes	126	378
parmesan	1 cuillère à soupe soit 20 grammes	429	85,8
rôti de porc	1 tranche soit une portion de 100 grammes	163	163
Bières à 12°	4 bières de 50 cl	62,5	312,5
TOTAL			2418

Les apports caloriques estimés par la méthode des 24 heures équivalent à **2418 kcal**. En dehors des conduites addictives les apports sont estimés à **2105,5 kcal**

9.5.1.3.4 Examen clinique nutritionnel

La patiente présente un poids de 89 kg et une taille de 1 m 70, soit un IMC à 30,79. Son obésité est de type gynoïde. Le périmètre abdominal est de 115 cm.

La patiente pourra évoquer spontanément des préoccupations corporelles ayant une influence sur sa propre estime induisant l'absence d'investissement de relations affectives.

9.5.1.3.5 Examen somatique

La tension artérielle est de 13/8 mmHg en début de prise en charge.

9.5.2 Évolution clinique

9.5.2.1 Clinique psychiatrique

La patiente restera stable sur le plan clinique durant la partie initiale du suivi. On notera un fléchissement thymique se traduisant par des ruminations anxieuses, associées à la recrudescence d'idées suicidaires scénarisées à la suite de la mort de son cousin, sans velléités de passage à l'acte. La patiente refusera une hospitalisation. Une recrudescence de troubles des conduites instinctuelles sera également constatée principalement à type d'insomnie. La patiente maintiendra son observance thérapeutique malgré cette phase de deuil.

9.5.2.2 Clinique addictologique

9.5.2.2.1 Habitudes de consommations

9.5.2.2.1.1 Consommations d'alcool

Au cours du suivi, madame V sera très investie dans la prise en charge. On notera une nette réduction des conduites allant jusqu'à une période de deux mois d'abstinence totale. Elle investira des activités extérieures.

On constate au cours du suivi, un arrêt des consommations en soirée, induisant une mise à distance avec son groupe de pairs, vécu parfois difficilement par la patiente.

Elle relatera une diminution des céphalées matinales induites par les conduites addictives, un apaisement des nausées et ballonnements abdominaux. Elle substituera les boissons alcoolisées par la consommation de thé et de café voir de bière sans alcool, ces dernières restant occasionnelles.

9.5.2.2.1.2 Consommations de tabac

Concernant les consommations tabagiques la patiente se substituera via la cigarette électronique avec un passage de 12 à 6 mg de nicotine.

Elle pourra valoriser les efforts effectués durant la partie initiale du suivi.

Par ailleurs on notera une recrudescence symptomatique suite au décès de son cousin, ayant induit des consommations tabagiques occasionnelles mais contrôlées, la patiente se limitant à deux cigarettes maximum.

9.5.2.2.1.3 Consommations médicamenteuses

Concernant les prises d'anxiolytiques, la patiente restreindra les conduites aux séjours chez sa mère, se limitant à des prises variant entre 6 et 8 comprimés de Témesta par jour, toujours motivées par des moments de recrudescence anxieuse. On notera l'absence de prises lors de sa présence au foyer.

9.5.2.3 Clinique nutritionnelle

9.5.2.3.1 Évolution pondérale

On notera une légère perte de poids en fin de suivi estimée à 500 grammes que la patiente évoquera spontanément et qu'elle pourra valoriser.

9.5.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires

La patiente sera investie dans la prise en charge nutritionnelle, de par la réalisation du journal alimentaire notamment. Elle tentera de réaliser des efforts dans ses habitudes alimentaires en limitant notamment la consommation de boissons alcoolisées.

Par ailleurs elle investira davantage des activités sportives notamment la marche et ce à raison de une heure par semaine.

9.5.2.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques journaliers en fin d'étude réalisé par la méthode des 24 heures a été estimée en fin de suivi comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100 g)	Calories ingérées (kcal)
Café sans sucre	1 tasse de 100 ml soit 1 portion de 100 grammes	4,42	4,42
Café au lait sans sucre	2 tasses : trois quart café, un quart de lait	Café, 4,42 Lait 46,2	14,66
Hachis parmentier	1 demi-assiette soit trois portions de 100 grammes	138	414
Œuf dur	1 œuf soit 50 grammes	142	71
Rôti de veau	1 tranche=100 grammes	143	144
Céleri cuit	1 demi-assiette soit trois portions de 100 grammes	36,5	109,5
Boudins blanc sauté	2 portions soit 2 portions de 100 grammes	279	558
Pomme de terre sautées	1 demi-assiette soit trois portions de 100 grammes	126	378
Tisane sans sucre	1 tasse	0,87	0,87 1
Yaourt à la grecque	1 yaourt soit 125 grammes environ	80	100 1
Gateau aux amandes	1 part soit 1 portion de 100 grammes	424	424
Bière sans alcool	1 canette de 33 centilitres	25,3	8,34
TOTAL			2227

L'évaluation des apports caloriques estimés par la méthode des 24 heures a mis en évidence des apports journaliers à **2227 kcal**. En dehors des conduites addictives les apports sont estimés à **2218,66**.

9.5.2.3.4 Examen clinique nutritionnel

L'IMC sera évalué à 30,23 en fin de suivi. Le périmètre abdominal sera similaire à 115 cm. La patiente sera favorable à la poursuite d'un suivi nutritionnel par la suite.

9.5.2.3.5 Évolution somatique

Il n'y aura pas de réelle évolution concernant la tension artérielle estimée à 13/7 mmHg au cours du dernier entretien.

9.5.3 Synthèse

Le suivi de madame V a permis de mettre en exergue un bon investissement à la fois du suivi addictologique et nutritionnel. Ceci ayant eu un impact à la fois sur ses conduites mais également sur son hygiène de vie globale. La patiente a effectivement pu réinvestir des activités sportives et se décentrer de ses habitudes quotidiennes de consommation. Par ailleurs, elle sera favorable à la poursuite d'un suivi nutritionnel.

9.6 Étude de cas numéro 4

9.6.1 Présentation du cas

Madame E.

Il s'agit d'une patiente âgée de 69 ans.

Ses antécédents somatiques sont les suivants

- Notion d'adénocarcinome pulmonaire stade IV, T4 diagnostiqué en avril 2017 traité par radio et chimiothérapie. La patiente est actuellement stabilisée sur le plan lésionnel bénéficiant d'un suivi tous les trois mois.
- Hypertension artérielle traitée.
- Antécédents d'appendicectomie compliquée d'une péritonite gauche en octobre 2015

Son traitement actuel

- Venlafaxine 150 mg une fois par jour le matin.
- Olanzapine 5 mg une fois par jour le soir.

Situation sociale

Madame E est actuellement retraitée, il s'agit d'une ancienne juge d'instruction. Elle est actuellement mariée, n'a pas d'enfants. Elle est issue d'une fratrie de quatre enfants, seule survivante de la fratrie (deux décès par suicide et un décès par cancer). Elle garderait quelques contacts avec ses neveux et nièces. Elle est plutôt isolée socialement.

Histoire Familiale

Son histoire clinique est marquée par le décès de deux de ses frères et ce à 10 ans d'intervalle. Le premier étant décédé d'un cancer et le deuxième suite à un suicide (pendaison). Elle reste la seule survivante de la fratrie, sa sœur s'étant également suicidée. Ses parents sont décédés.

9.6.1.1 Clinique psychiatrique

9.6.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux

Elle aurait un grand frère décédé par suicide à l'âge de 47 ans, une soeur décédée par suicide à l'âge de 56 ans. On note une dépression chez la mère.

9.6.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels

Il n'existe aucune hospitalisation en psychiatrie. La patiente est actuellement sous traitement anti-dépresseur prescrits par son médecin généraliste, on note l'absence de suivi psychiatrique actuel.

9.6.1.1.3 Histoire clinique

Au niveau de ses antécédents psychiatriques personnel, on note un deuil pathologique traduit par un état dépressif sévère sans idéations suicidaires, suite au décès de son frère suivi de sa mère en 1994. On note une recrudescence dépressive suite au suicide de sa sœur en lien avec une phase de deuil marquée, avec une pérennisation des troubles dans les suites. On note l'absence de symptomatologie psychiatrique ayant pu précéder ces troubles

9.6.1.1.4 Présentation Clinique

Il s'agit d'une patiente plutôt fluette, présentant une mimique faciale particulière, avec un ralentissement psychomoteur patent mais plutôt en rapport avec des difficultés cognitives.

Madame E est isolée socialement, ayant peu de contact avec sa famille, on note l'absence de relations amicales. Elle décrit des relations sociales restreintes à sa vie conjugale.

On note la présence de ruminations anxieuses, envers lesquels la patiente verbalisera peu initialement. La thymie est globalement neutre. Il n'existe pas d'idées noires ou suicidaires à l'entretien initial. On constate l'absence de troubles du sommeil à type d'insomnie ou d'hypersomnie.

L'échelle de BECK sera côté à 9/16 et le MINI mettra en avant plusieurs épisodes dépressif majeur passés, une dépendance à l'alcool un trouble anxieux généralisé actuel.

9.6.1.2 Clinique addictologique

9.6.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux

Elle évoque une exogénose chronique chez le père

9.6.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels

Elle évoque une hospitalisation en psychiatrie en Mars 2014 dans un objectif de sevrage. La patiente relate une reprise des conduites addictives à la sortie. On note l'absence de suivi addictologique dans son parcours de soins.

9.6.1.2.3 Habitudes de consommations

9.6.1.2.3.1 Consommations d'alcool

Les premières consommations s'initient dans un contexte de deuil pathologique suite au décès de son frère aîné, suivi peu après de celui de sa mère et ce à 6 jours d'intervalle en 1994. On note l'absence de consommations d'alcool avant cette période.

On note une dépendance installée en 2009, période coïncidant avec l'arrêt de son activité professionnelle. Les consommations initiales furent marquées par la prise de muscadet et ce à raison d'une demi-bouteille par jour soit 33,6 grammes d'alcool environ.

Depuis un an environ on note une évolution vers une consommation d'alcool fort type whisky.

Les effets recherchés sont principalement liés aux effets psychotropes du produit. À savoir l'euphorie, l'anxiolyse, également le plaisir lié aux consommations mais également la recherche d'un effet antalgique afin d'apaiser des douleurs abdominales épigastriques de type reflux gastro- œsophagien.

On note l'absence de répercussions socio- judiciaires liées aux consommations.

Par ailleurs il existe des répercussions somatiques des troubles à savoir des malaises induisant des chutes à répétition. On note l'absence d'antécédents de complications de sevrage chez cette patiente.

Les habitudes de consommations sont réparties de la façon suivante, en fin de matinée afin d'apaiser les éventuels symptômes de sevrage, puis en milieu d'après-midi et enfin le soir au moment du repas. La quantité est estimée à une demi-bouteille de whisky par jour bue au goulot soit 120 grammes d'alcool.

La patiente évoquera comme principaux éléments motivateurs au changement, l'amélioration de son état de santé et de sa vie affective, la patiente décrivant des consommations génératrices de disputes à répétition avec son conjoint.

La motivation au changement sera par ailleurs très mitigée et côté à 6/10. La patiente se fixera comme objectif initial de réduction des consommations, en débutant par l'arrêt des alcools forts. Elle sera initialement opposée à l'idée de réaliser un calendrier de consommations

9.6.1.2.3.2 Consommations de tabac

La patiente au moment de notre premier échange relatera un arrêt des consommations tabagiques en 2017 après un diagnostic de cancer du poumon stade IV. Les consommations étant actuellement substituées par la cigarette électronique dosée à 6 mg de nicotine

9.6.1.3 Clinique nutritionnelle

9.6.1.3.1 Histoire pondérale

L'histoire pondérale est marquée par une stabilité évaluée autour de 50 kg pour 1m 55 excepté au moment de la prise en charge de son cancer, où elle évoque une perte de poids de trois kilos soit 47 kg pour 1m55 pour un IMC à 19,58.

Actuellement le poids est stabilisé autour de 51 kg pour 1m 55 soit un IMC à 21,25

9.6.1.3.2 Habitudes alimentaires

Concernant les habitudes alimentaires la patiente présente une rythmicité alimentaire globalement correcte à savoir trois repas par jour (*cf extrait journal alimentaire patient 4*). Par ailleurs les apports quantitatifs étaient plutôt faibles, ceci rationalisé par l'anticipation d'éventuelles douleurs abdominales post-prandiale. Il existe un manque de variabilité, les conduites étant très ritualisées. Madame E consommant systématiquement les mêmes catégories d'aliments au petit-déjeuner et au déjeuner dans les mêmes proportions. La patiente réalise elle-même la préparation de ses repas.

On note l'absence d'activité physique du fait de la restriction induite par les séquelles notamment au niveau pulmonaire de sa chimiothérapie anti-cancéreuse. Par ailleurs madame E reste très active dans son quotidien notamment au travers des différentes tâches domestiques.

9.6.1.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques totaux journaliers sans alcool estimés par la méthode des 24 heures sont estimés comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100 g)	Calories ingérées (kcal)
Ricoré au lait demi-écrémé	1 bol de lait soit 350 grammes, 1 cuillère à soupe de ricoré soit 20 grammes	Lait : 45,8 Ricoré 89	178,1
Pomme	1 pomme soit 120 grammes	52	62,4
Yaourt nature 0% de matières grasses	1 yaourt soit 125 grammes	39,4	49,25
Endive en salade	1 endive soit 100 grammes	20,8	20,8
Poisson cuit	1 portion de 100 grammes	143	143
Vinaigrette	1 cuillère à soupe soit 20 grammes	449	89,8
Whisky	1 demi-bouteille soit 0,375 litres	249	934
Total			1477

Les apports caloriques estimés par la méthode de 24 heures sont estimés à **1477 kcal**. En dehors des conduites addictives, les apports sont évalués à **543 kcal**

9.6.1.3.4 Examen clinique nutritionnel

Le poids est de 51 kg pour 1m 55 soit un IMC à 21,25. On note de l'absence de signes de dénutrition clinique. Le périmètre abdominal est de 66 cm.

9.6.1.3.5 Examen somatique

La tension artérielle est estimée à 12/7 mmHg

9.6.2 Évolution clinique

9.6.2.1 Clinique psychiatrique

La symptomatologie psychiatrique restera stable sur le plan thymique durant toute la durée du suivi. On notera des préoccupations anxieuses concernant son état de santé à la suite de son traumatisme crânien survenu en milieu de suivi, mais également concernant sa vie affective. Par ailleurs la patiente sera dans l'incapacité de critiquer réellement sa situation actuelle en vue d'une perspective de changement mettant en avant les apports financiers et affectifs que lui procurent son conjoint.

On notera l'absence de troubles des conduites instinctuelles.

Elle sera plus accessible sur le plan de son intimité permettant une meilleure alliance thérapeutique. On notera par ailleurs une certaine lenteur cognitive se traduisant par des difficultés en terme de mémorisation et planification des tâches.

Un bilan d'imagerie sera par ailleurs réalisé dans les suites de son traumatisme

9.6.2.2 Clinique addictologique

9.6.2.2.1. Habitudes de consommations

9.6.2.2.1.1 Consommations d'alcool

Suite à la mise en place du suivi nutritionnel, la patiente investira davantage les soins addictologiques, acceptant de façon transitoire un calendrier de consommations.

Elle effectuera une transition vers un type de boisson présentant un moindre degré d'alcool se traduisant par le passage du whisky vers le vin, s'autorisant une consommation de 25cl de whisky suivit de 4 verres de vin soit 126 grammes d'alcool environ. Cette réduction des conduites sera difficilement maintenue au long cours.

Madame E modifiera certaines de ses habitudes de consommations, la patiente ayant accepté de boire dans un verre afin de quantifier ses conduites plutôt qu'au goulot.

Elle a pu réinvestir certaines activités avec son conjoint telle le cinéma ou des sorties au restaurant.

Par ailleurs elle abordera sa difficulté à se confronter aux périodes de solitude en l'absence de son mari. Elle identifiera également l'association entre alcool et processus de récompense. Elle verbalisera difficilement en début de suivi sur l'origine de ses troubles anxieux.

Concernant les conduites addictives nous noterons, une nette régression des conduites à la suite d'un traumatisme crânien avec plaie du scalp induit par une chute dans un contexte d'intoxication aiguë. Elle relatera de nombreuses chutes liées aux consommations. On notera une majoration modérée des conduites au cours du suivi estimées à une bouteille de vin blanc par jour associée à un quart de bouteille de whisky.

La patiente pourra aborder les facteurs de stress liés à cette conduite évoquant une situation de maltraitance conjugale de longue date, se traduisant par une hétéro-agressivité, verbale et physique de son conjoint associée à une impulsivité survenant dans les périodes de frustrations.

Elle relatera des conduites d'évitement à type d'isolement dans un objectif de protection. Elle refusera d'envisager une séparation ou d'entamer des démarches judiciaires face à ces conduites relatant une habitude liée à ces comportements.

Elle verbalisera autour de la fonction des conduites addictives dont l'objectif principal était une mise à distance des problématiques. Elle n'envisagera pas de réel changement concernant sa situation affective et ce malgré les mises en garde concernant la pérennisation des troubles.

En fin de prise en charge elle réalisera des efforts réduisant de nouveau ses consommations, estimées à 2 verres de whisky par jour le soir principalement. Elle sera demandeuse d'un traitement addictolytique et sera moins réticente concernant des soins en hôpital de jour en fin de suivi.

9.6.2.2.1.2 Consommations de tabac

Madame E maintiendra sa substitution nicotinique utilisant la cigarette électronique dosée à 6 mg.

.

9.6.2.3 Clinique nutritionnelle

9.6.2.3.1 Évolution pondérale

La patiente restera stable sur le plan pondéral durant toute la durée du suivi avec un poids maintenu à 50 kg sur trois mois.

9.6.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires

L'apport du suivi nutritionnel a été prépondérant dans la compréhension des conduites addictologiques.

L'élaboration autour des conduites de maltraitance conjugale fut ainsi permise grâce à un échange autour de ses conduites alimentaires via le calendrier nutritionnel où la patiente a pu décrire une période de saut de repas à la suite d'une dispute avec son conjoint. (*cf extrait journal alimentaire patient 4 en annexe*)

La patiente sera plutôt réticente à un changement de ses apports d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Elle rationalise ses conduites par la crainte de répercussions somatiques, évoquant des douleurs abdominales au-dessus d'un certain seuil d'apports quantitatifs. Elle continuera à s'investir dans la préparation de ses repas.

9.6.2.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques estimés par la méthode des 24 heures en fin de suivi ont été estimés comme ci-dessous

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100 gr)	Calories ingérées (kcal)
Ricoré au lait demi-écrémé	1 bol de lait de 350 grammes et 1 cuillère à soupe de ricoré soit 20 grammes	Lait : 45,8. Ricoré 89	178,1
Pomme	1 pomme soit 120 grammes	52	62,4
Yaourt 0% de matières grasses	1 yaourt soit 125 grammes	39,4	49,25
Lasagne au bœuf	1 part soit 1 portion de 100 grammes	118	118
8 verres de vin blanc	8 verres de 12 cl soit 0,96 litres	77,7	745,9
Total			1153

L'estimation des apports caloriques selon la méthode des 24 heures équivaut à **1153 kcal**. En dehors des conduites addictives, les apports caloriques sont estimés à **407,1 kcal**

9.6.2.3.4 Examen clinique nutritionnel

L'examen clinique nutritionnel sera similaire, on notera l'absence de signes de dénutrition clinique

Madame E changera par ailleurs sa perception d'un suivi nutritionnel acceptant l'idée de contacter un médecin nutritionniste par la suite.

9.6.2.3.5 Évolution somatique

La tension artérielle restera similaire autour de 12/8 mmHg

9.6.3 Synthèse clinique

Le suivi de cette patiente a permis de mettre en exergue l'apport du suivi nutritionnel dans la compréhension psychopathologique des troubles et par le même biais de favoriser l'alliance thérapeutique.

Le suivi nutritionnel a été une porte d'entrée pour découvrir et échanger autour d'une situation de maltraitance conjugale présente de longue date, la patiente ayant omis d'évoquer ces problématiques lors des précédentes consultations. Nous avons pu obtenir une meilleure compréhension des habitudes quotidiennes notamment un manque d'intérêt pour des activités socialisantes se traduisant par un vide relationnel et une relation affective exclusive avec un isolement familial surajouté.

Par ailleurs nous avons constaté des apports nutritionnels insuffisants ayant potentiellement un impact au niveau clinique notamment d'un point de vu cognitif la patiente présentant une certaine lenteur cognitive.

La patiente sera investie dans l'utilisation des outils de soins, à savoir le journal alimentaire et le calendrier de consommations malgré une forte réticence en début de suivi.

La question d'un diagnostic de bipolarité peut être soumis à réflexion de par les antécédents familiaux de tentative de suicide. L'effet psychotrope des conduites ayant pu masquer un potentiel trouble de l'humeur.

Le suivi a pu mettre en avant la présence de facteurs de stress traumatiques associés à une structuration de la personnalité plutôt sur le versant dépendant impliqué dans la pérennisation des troubles. Par ailleurs une meilleure compréhension psychopathologique a permis d'avoir des pistes d'accompagnement de la patiente (sensibilisation aux associations d'aides aux femmes battues, proposition de participation à un groupe d'aide à l'affirmation de soi.)

9.7 Étude de cas numéro 5

9.7.1 Présentation du cas

Monsieur G

Il s'agit d'un patient âgé de 43 ans

Ses antécédents somatiques sont les suivants

- Plusieurs passages aux urgences suite à des intoxications alcooliques aiguës avec traumatismes physiques consécutifs (AVP, traumatisme crânien, fractures)

Son traitement actuel

- Gaviscon 1 sachet trois fois par jour
- Solian 400 mg cp 1cp une fois par jour nuit
- Lanzor 15 mg cp 1 cp une fois par jour le soir
- Loxapac 50 mg cp 2 cp trois fois par jour
- Olanzapine 10 mg cp 2 cp le soir
- Mirtazapine 15 mg cp 3 cp le soir

Situation sociale

Patient vivant à Nantes dans un logement autonome en co- habitation avec son neveu et sa compagne depuis environ un an. Vit de l'AAH, sans aucune mesure de protection. Il s'agit d'un patient célibataire sans enfants, issu d'une fratrie de cinq enfants, dont trois sœurs et un frère avec qui il aurait quelques contacts. Il s'agit d'un patient plutôt isolé socialement. Il pourra évoquer comme centres d'intérêts principaux, les jeux-vidéos et les promenades avec son chien.

Histoire familiale

Son enfance est marquée par une scolarité stoppée en cinquième. Il aurait tenté par la suite de passer un CAP qu'il n'a pas obtenu. Je n'ai pas eu plus d'informations clinique sur son histoire familiale le patient ayant été réticent à verbaliser sur son histoire personnelle.

9.7.1.1 Clinique psychiatrique

9.7.1.1.1 Antécédents psychiatriques familiaux

On note l'absence d'antécédents familiaux psychiatriques à ses dires

9.7.1.1.2 Antécédents psychiatriques personnels

On note plusieurs hospitalisations sur le secteur psychiatrique en lien avec des décompensations psychotiques associées à des rechutes addictives.

9.7.1.1.3 Histoire clinique

Le patient présente un diagnostic de psychose chronique déficitaire avec plusieurs hospitalisations en psychiatrie dans des contextes de décompensations psychotiques avec recrudescence de conduites addictives.

9.7.1.1.4 Présentation clinique

Monsieur G est un patient calme, plutôt mésomorphe, de taille moyenne, avec une présentation par moment négligée. On note une bizarrerie du contact, se traduisant par un regard et une mimique faciale globalement figée en début de prise en charge.

Le discours est monocorde, pauvre mais globalement cohérent, sans éléments délirants constatés lors des différents entretiens.

Le patient présente un bon insight pouvant facilement décrire ses symptômes psychiques notamment dans les moments de recrudescence délirante.

Le patient évoquera des moments de recrudescence des conduites addictives liés à une résurgence d'éléments délirants de mécanismes hallucinatoires de type acoustico-verbal ayant des répercussions thymiques du fait de recrudescences anxieuses majeures. On notera l'absence d'éléments délirants persécutatoires.

L'échelle de BECK est cotée à 6 en début de prise en charge, le MINI n'a pu être réalisé du fait de difficultés attentionnelles et cognitives.

9.7.1.2 Clinique addictologique

9.7.1.2.1 Antécédents addictologiques familiaux

On note l'absence d'antécédents familiaux selon les dires du patient. La dimension déficitaire de sa psychose ne permet pas de faire une anamnèse approfondie

9.7.1.2.2 Antécédents addictologiques personnels

On note l'absence d'hospitalisation dans un service spécialisé d'addictologie ou de suivi addictologique, le patient ayant pourtant pu rencontrer à plusieurs reprises l'addictologie de liaison au cours de ses différents passages aux urgences. Il a systématiquement refusé les suivis.

9.7.1.2.3 Habitudes de consommations

9.7.1.2.3.1 Consommations d'alcool

Monsieur G évoque des premières consommations vers l'âge de 18-20 ans en contexte festif. Il relate une dépendance d'installation rapidement progressive vers l'âge de 20 ans.

L'effet recherché par les consommations est principalement l'anxiolyse, se changer les idées, combler l'ennui, favoriser l'endormissement.

Les principales boissons consommées sont les bières de 50 cl à 9°, environ trois à quatre bières par jour associées à des consommations de whisky estimées à une bouteille soit au total 258 grammes d'alcool par jour.

Les consommations sont principalement à début matinal, en solitaire, avec des moments de pauses transitoires dans les conduites qui restent variables. Les quantités restent fonction des possibilités financières.

Il évoquera des signes de sevrage matinaux apaisés par la consommation d'alcool.

On notera de nombreuses répercussions somatiques des troubles se traduisant par de nombreux passages aux urgences dont deux au mois d'octobre 2018 suite à une intoxication alcoolique aiguë et le deuxième suite à un AVP. On note un troisième passage aux urgences au mois de novembre suite à un nouvel AVP. Le patient présentera un déni partiel des conséquences induites par les conduites. Il restera réticent à un suivi addictologique, mais acceptera un suivi transitoire dans le cadre du suivi nutritionnel.

9.7.1.2.3.2 Consommations de tabac

Le patient évoque une consommation ayant débutée à l'âge de 18 ans avec une dépendance d'installation rapide. Les consommations actuelles sont estimées entre 15 et 20 cigarettes par jour. Il évoquera spontanément son refus d'arrêter ses habitudes de consommations.

9.7.1.2.3.3 Consommations de cannabis

Monsieur G relate un début des conduites vers l'âge de 18 ans dans un contexte festif, il ne se remémorera pas la période d'installation de la dépendance en tant que telle. Il relatera une consommation évaluée entre 10 et 20 joints par jour avec plutôt une tendance à la régression des conduites. Il décrit des consommations solitaires à début matinal prolongées sur la journée. L'effet recherché par les consommations est principalement l'anxiolyse et combler l'ennui.

Il évoquera une absence de répercussions socio- judiciaires des troubles. Les conduites addictives sont principalement limitées par ses finances. Monsieur G mettra en avant les répercussions positives liées aux consommations, il évoquera une grande réticence concernant l'arrêt des conduites.

9.7.1.2.3.4 Jeux-vidéos

Le patient pourra décrire une dépendance aux jeux-vidéos relatant plusieurs heures par jour passées devant les écrans principalement pour contrer l'ennui, la solitude, mais également pour le plaisir lié à la pratique du jeu. Il relatera un intérêt pour les jeux en réseau de type MMORPG (World of Warcraft, League of Legend) de par l'interaction sociale permise par les plateformes.

Il dira apprécier également les jeux de courses et d'aventure (Tomb-raider). Il pourra passer, entre trois et cinq heures par jour devant les écrans selon ses dires. Le patient ne mettra en avant aucune répercussion négative de ces conduites, n'envisageant aucune motivation au changement.

9.7.1.3 Clinique nutritionnelle

9.7.1.3.1 Histoire pondérale

On note l'absence d'obésité constitutionnelle familiale. Le poids est relativement stable sur le plan de l'histoire clinique

9.7.1.3.2 Habitudes alimentaires

Le patient acceptera de réaliser un suivi nutritionnel transitoire. Il refusera de réaliser un journal alimentaire par ailleurs nous réaliserons notre évaluation nutritionnelle via la méthode des 24 heures.

Le patient relatera de bonnes habitudes alimentaires évoquant une rythmicité de trois repas par jour (petit déjeuner-déjeuner-dîner) avec la prise d'une collation mais de manière moins systématique.

On notera une variabilité alimentaire satisfaisante le patient pouvant consommer les différentes catégories d'aliments. (*cf tableaux ci-dessous*). Monsieur G pourra décrire la consommation de produits frais, et la préparation de ses propres plats.

9.7.1.3.3 Évaluation des apports caloriques

L'estimation des apports caloriques est via la méthode des 24 heures a pu être estimée comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal pour 100 g)	Calories ingérées (kcal)
1 café	1 tasse soit 100 ml	4,42	4,42
3 morceaux de sucre blanc	1 morceau=6 grammes	399	23,94
Petits pois	1 portion de 100 grammes	61,4	61,4
Carotte	1 portion de 100 grammes	19	19
Steak-haché	1 portion de 100 grammes	155	155
Banane	1 banane soit 120 grammes	90	108
Kiwi	1 kiwi soit 100 grammes	58,5	58,5
Purée sans accompagnement	3 portions de 100 grammes (toute l'assiette)	84,7	254,1
Pomme	1 pomme soit 120 grammes	52	62,4
Bières 50 cl à 9°	4 bières	62,5	1250

Les apports caloriques sont estimés à **1250 kcal**. En dehors des conduites addictives les apports sont évalués à **1187,6 kcal**

9.7.1.3.4 Examen clinique nutritionnel

Le patient sera plutôt réticent concernant la prise des mesures anthropométriques, le patient présentant un malaise d'ordre psychotique de son image corporelle. Nous avons pu constater une relative dissociation perceptuelle, le patient semblant avoir perdu l'intégration des limites de son corps. Monsieur G s'étant présenté extrêmement couvert à chaque consultation

L'IMC est de 24,31 avec un périmètre abdominal de 88 cm. Nous noterons l'absence de signes de dénutrition clinique en début de prise en charge.

9.7.1.3.5 Évolution somatique

La tension artérielle est restée aux alentours de 13/9 mmHg au cours du suivi.

9.7.2 Évolution clinique

9.7.2.1 Clinique psychiatrique

Au niveau clinique le patient restera stable. Suite à l'arrêt des conduites, le patient sera de meilleur contact et émotionnellement plus accessible. La mimique sera moins figée et plus apaisée. On notera l'absence d'éléments décompensés de registre psychotique. La thymie sera globalement neutre, on notera l'absence de troubles des conduites instinctuelles.

9.7.2.2 Clinique addictologique

9.7.2.2.1 Habitudes de consommations

9.7.2.2.1.1 Consommations d'alcool

Au cours des deux consultations de suivi, des efforts seront réalisés au niveau des conduites addictives. Il relatera un arrêt total de l'alcool une semaine avant le rendez-vous de suivi induisant des signes de sevrages matinaux à type de tremblements. Il mentionnera des sensations de craving apaisées par les consommations de tabac. Il envisagera difficilement une abstinence totale du fait des sensations de craving et des symptômes de manque se projetant davantage sur des consommations modérées.

9.7.2.2.1.2 Consommations de tabac

Les consommations de tabac resteront similaires durant la durée du suivi et estimées à 20 cigarettes par jour

9.7.2.2.1.3 Consommations de cannabis

Concernant le cannabis le patient relatera un arrêt synergique des consommations de cannabis, principalement du fait de limitations financières. Il compensera les sensations de craving par la consommation de tabac. Il pourra mettre en avant l'impact financier lié aux consommations.

9.7.2.3 Clinique nutritionnelle

9.7.2.3.1 Évolution pondérale

On notera l'absence de réelle fluctuation pondérale durant la durée du suivi

9.7.2.3.2 Évolution des habitudes alimentaires

Le patient maintiendra de bonnes habitudes au niveau nutritionnel en terme de rythmicité et de variabilité alimentaire.

9.7.2.3.3 Évaluation des apports caloriques

Les apports caloriques par la méthode des 24 heures en fin de suivi ont été estimés comme ci-dessous.

Nutriments	Apports quantitatifs estimés	Équivalents caloriques du nutriment (kcal/100g)	Calories ingérées (kcal)
Pas de petit-déjeuner	0	0	0
Pain blanc	Une demi-baguette soit 125 grammes	256	320
Mayonnaise	1 cuillère à soupe soit 20 grammes environ	696	139
Blanc de poulet en tranche	2 portions de 100 grammes	106	212
Pizza marguerita surgelée	1 pizza équivaut à 300 grammes	227	681
Fromage à pâte molle	7 tranches, 1 tranche moyenne équivaut à 100 grammes	348	2436
Pas de consommations d'alcool	0	0	
Total			3788

Les apports caloriques en fin de suivi seront estimés à **3788** kcal. On note l'absence de conduites addictives

9.7.2.3.4 Examen clinique nutritionnel

On notera l'absence de réelle d'évolution d'un point de vu pondéral, les mesures étant restées similaires tant au niveau anthropométrique. Le patient maintiendra son positionnement concernant la réalisation d'un journal alimentaire et à la mise en place d'une surveillance nutritionnelle régulière

9.7.2.3.5 Évolution somatique

La tension artérielle restera sensiblement la même au cours du suivi aux alentours de 13 mmHg.

9.7.3 Synthèse

L'évolution clinique de ce patient a permis de mettre en exergue de bonnes habitudes nutritionnelles paradoxalement à la sévérité initiale des troubles d'un point de vue addictologique et psychiatrique. Par ailleurs le suivi nutritionnel a permis une ouverture quand à la mise en place d'un suivi addictologique certes transitoire mais possible. Cependant quid de l'impact de ce suivi quant à la réduction des conduites addictives le patient ayant à ce jour nettement réduit ses consommations et présentant une actuelle stabilité clinique

10. Présentation graphique des résultats

Pour estimer l'ensemble de ces données, nous avons établi la moyenne de l'ensemble des résultats de l'étude afin de mieux visualiser l'évolution globale des patients sur ce suivi de trois mois

10.1. Évolution psychiatrique globale

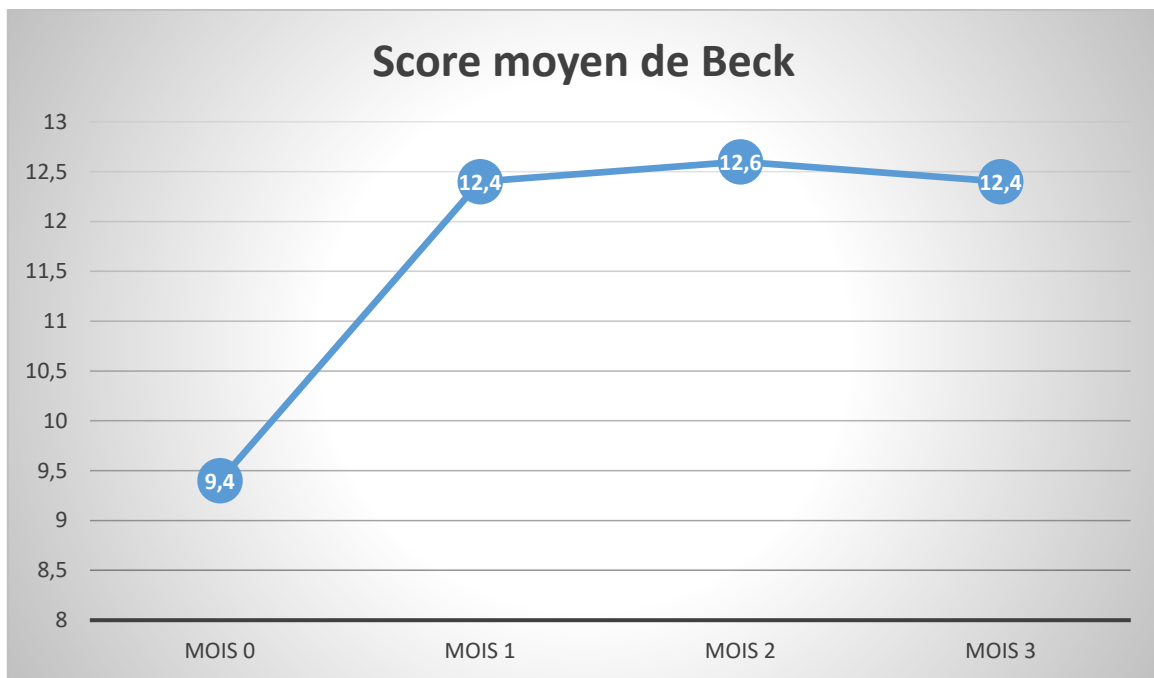


Figure 7 : Moyenne des score de Beck des patients au cours du suivi

Concernant l'évolution psychiatrique globale, nous pouvons constater que le score de BECK a augmenté d'environ 3 points entre le début et la fin du suivi

10.2 Évolution nutritionnelle globale

10.2.1 Indice de masse corporel moyen

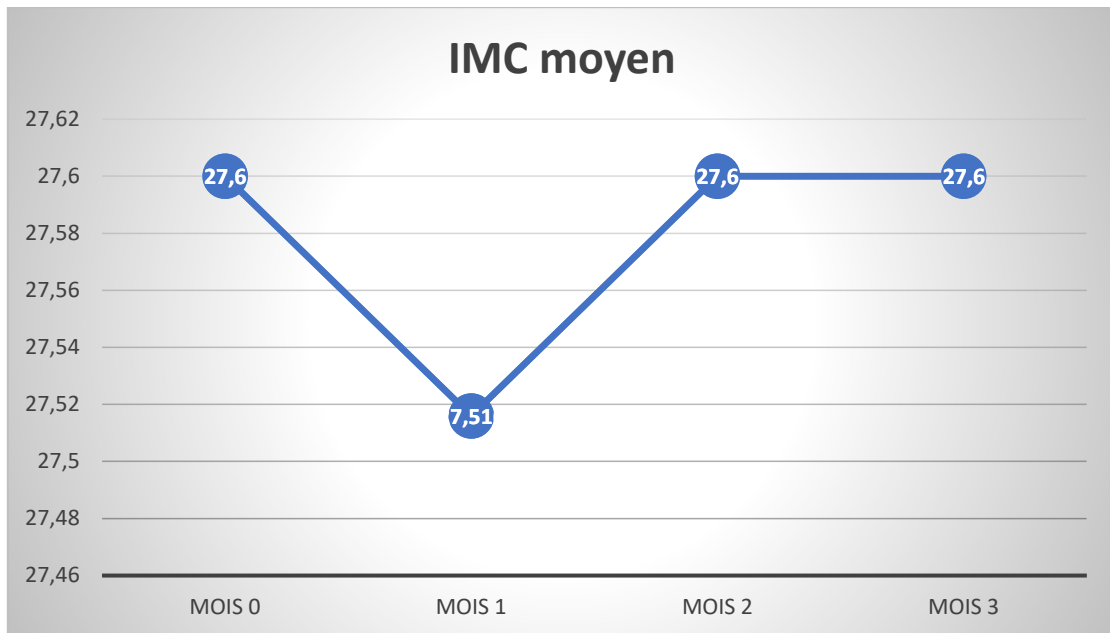


Figure 8 : IMC moyen des patients au cours du suivi

10.2.2 Périmètre abdominal moyen

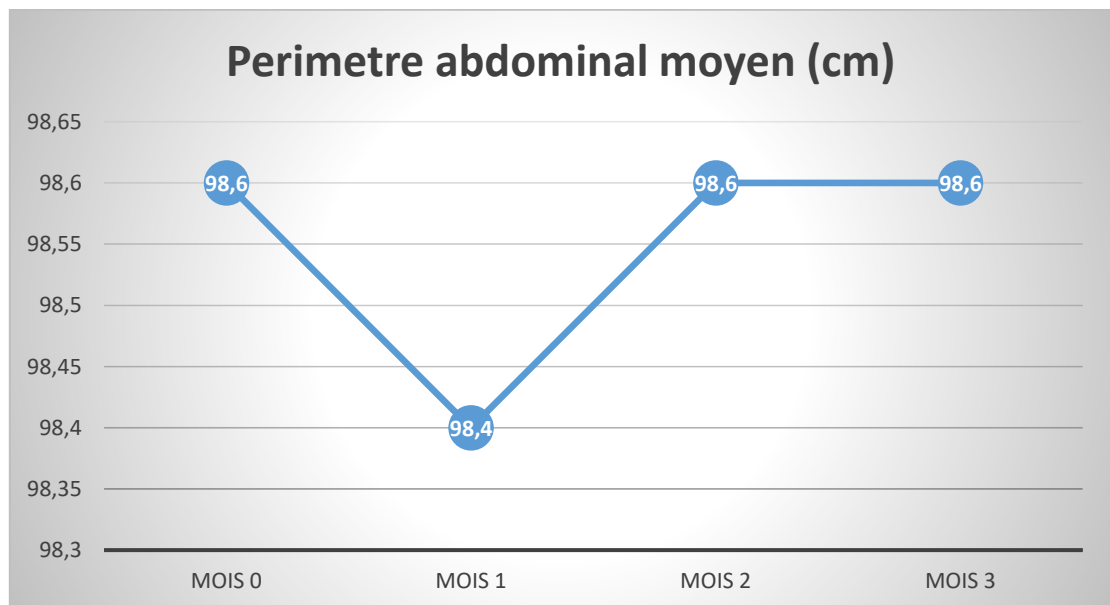


Figure 9 : Périmètre abdominal moyen des patients au cours du suivi

Concernant l'évaluation nutritionnelle globale, nous pouvons constater une absence de réelle évolution concernant les deux mesures anthropométriques principales évaluées, à savoir l'IMC et le PA. Par ailleurs nous constatons une légère augmentation globale des apports caloriques (*cf figure 10 ci-dessous*) au cours du suivi.

10.2.3 Apports caloriques moyens

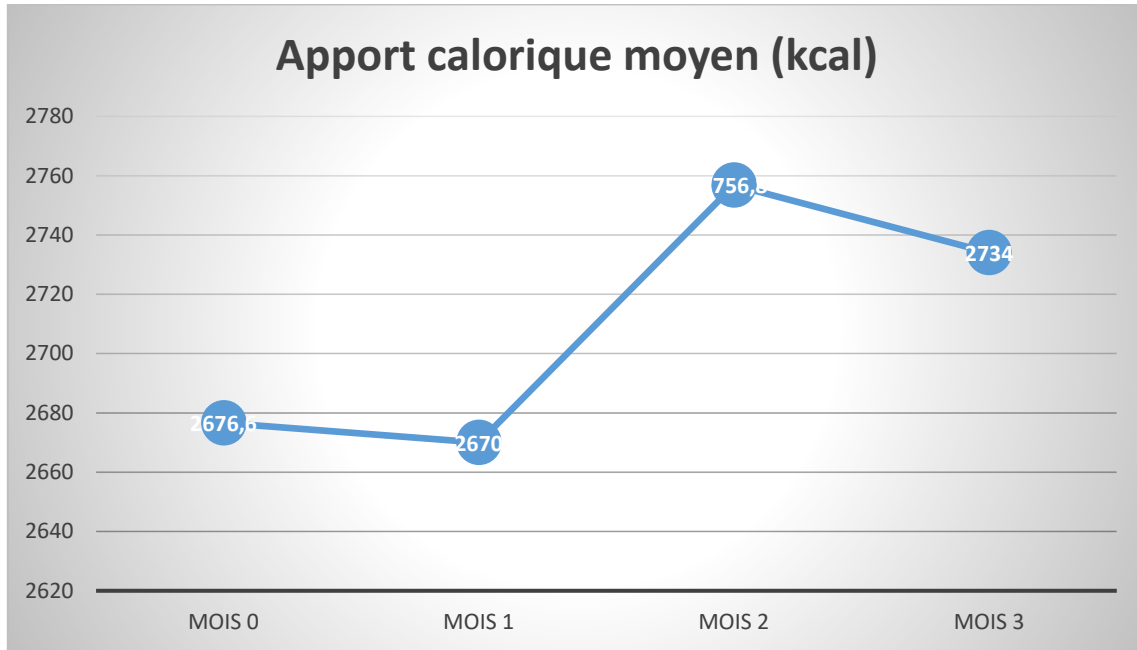


Figure 10 : Apports caloriques moyens des patients au cours du suivi

10.3 Évaluation somatique

On constate un fléchissement tensionnel partiel en début de suivi, faisant suite à une ré augmentation en fin d'étude.

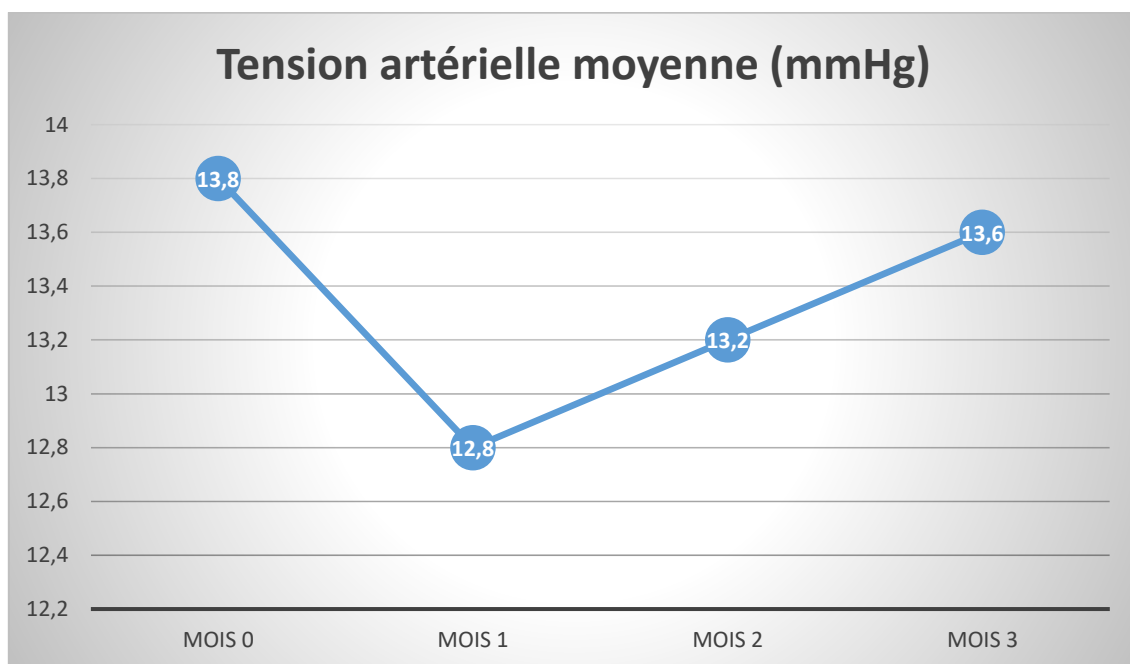


Figure 11 : Tension artérielle moyenne des patients au cours du suivi

11. Discussion

11.1. Outils d'évaluation nutritionnelle

Tout d'abord, concernant les outils d'évaluation nutritionnelle utilisés dans cette étude, nous avons pu constater un bon investissement du journal alimentaire par une majorité de patients.

En cas de réticence, l'évaluation des apports caloriques ou habitudes alimentaires par la méthode des 24 heures reste un outil d'application simple et rapide d'utilisation en pratique clinique permettant une évaluation rapide des conduites alimentaires.

Concernant les règles de bonnes conduites alimentaires, le tableau de recommandations de bonnes pratiques du PNNS est un document facilement compréhensible par les patients. Par ailleurs, la prise de poids et l'IMC est également facilement acceptée et efficace en consultation

11.2 Limites de notre travail

Les limites de notre travail sont les suivantes. Nous pouvons dans un premier temps mettre en avant qu'il s'agit d'une étude de cas, donc d'un nombre limité de patients, sur une période de suivi limitée. L'idée d'une étude observationnelle de plus forte puissance permettrait une meilleure objectivité et serait plus significative pour évaluer l'impact du suivi nutritionnel sur l'évolution pondérale des patients.

Par ailleurs, durant notre suivi, les problématiques d'observance ont été une limitation du suivi addictologique (du fait des difficultés pour les patients à honorer les rendez-vous notamment en fin de suivi) associée à la problématique concernant la réalisation d'éventuels suivis ou examens complémentaires. (programmation d'un suivi nutritionnel, rendez-vous chez le médecin généraliste).

De par les difficultés cognitives de certains patients, on constate un biais de mémorisation notamment en terme de recueil des apports quantitatifs, mais également dans la récolte d'informations cliniques. Afin de le minimiser, un remplacement du journal alimentaire, par un rappel des 24 heures semble plus rapide et plus efficace en pratique clinique, notamment dans le cadre du calcul des calories

Il est intéressant de remarquer que lors de notre suivi, il a été constaté des facteurs socio-environnementaux principalement à caractère traumatique impliqués dans le déclenchement des troubles addictifs et psychiatriques. Ces facteurs ont de façon synergique des répercussions sur l'hygiène de vie notamment via les habitudes alimentaires.

Enfin, les résultats de cette étude permettent de mettre en exergue l'investissement des patients face au suivi nutritionnel ayant permis une meilleure alliance thérapeutique avec ces derniers.

En effet les patients initialement réticents à certains outils du soin (notamment calendriers de consommations, utilisation de substituts nicotiques, mise en place de traitement addictolytique ou de suivi nutritionnel) ont évolué dans leur positionnement face à ces outils en se décentrant des conduites addictives en tant que telles et en s'impliquant dans le suivi nutritionnel.

11.3 Discussion des résultats

Tout d'abord, on note l'absence de réels changements concernant l'évolution des mesures anthropométriques excepté pour un patient. Un article publié en 2018 par le Dr Monthieux (111) abordait la notion de transfert d'addiction. Il s'intéressait à la notion de prise de poids survenant chez les patients à la suite d'un sevrage en alcool et en tabac. Cet article retranscrivait le lien entre addictions et comportements alimentaires, ces deux processus partageant des mécanismes cérébraux et comportementaux similaires, faisant intervenir le circuit de la récompense.

En effet, comme énoncé dans notre travail, la prise alimentaire et l'ingestion d'alcool sont tous deux accompagnés d'une augmentation de la sécrétion de dopamine dans le noyau accumbens et à l'activation du système de récompense impliqué dans les comportements addictifs. Selon les auteurs, ces processus biologiques communs induiraient des transferts d'addiction notamment lors du sevrage.

Selon ces derniers, les sensations de craving survenant lors d'un sevrage en substance seraient associées à des compulsions alimentaires envers les aliments sucrés. D'autres études valident cette hypothèse d'une hyperphagie survenant en post-sevrage alcool et tabac se traduisant par une appétence pour les alimentaires sucrés (112)(113).

Les auteurs mettent en exergue que la prise de poids survenant lors d'un sevrage était souvent mal comprise et peu anticipée. Ils insistent sur la nécessité de mieux prendre en charge le craving et d'établir une prise en charge centrée sur l'alimentation après les périodes de sevrage.

Ces données peuvent expliquer les résultats de notre travail. L'absence de fléchissement pondéral pouvant être causé par l'apparition de compulsions alimentaires induites par la réduction des consommations. L'augmentation des apports caloriques globaux semble confirmer cette hypothèse.

Parallèlement à cela on observe une légère augmentation de l'échelle de Beck au cours du suivi. Ceci peut être expliqué par une période transitoire de fléchissement thymique concernant deux patients, qui durent faire face à des événements traumatiques. Ce constat vient corroborer nombre d'études faisant état du stress post-traumatique dans cette population de patients. (62)

11.4 Apports du suivi nutritionnel

11.4.1 Alliance thérapeutique

Ce suivi nutritionnel a été une porte d'entrée pour aborder les habitudes quotidiennes des patients notamment la place des conduites addictives face aux habitudes alimentaires, mettant en exergue dans la majorité des cas, un certain vide occupationnel, social, probablement en lien avec les troubles psychiques mais également une hygiène de vie désorganisée, impliquée dans la pérennisation des troubles.

Par ailleurs les patients se montrent plus accessibles sur leur « intimité », ayant pu aborder indirectement des évènements traumatiques de leur vie vécus avec honte et culpabilité et souvent omis en entretien initial classique. Ainsi, une situation de maltraitance conjugale, un passé de prostitution, des questionnements en terme d'orientation sexuelle ont pu être abordés par les patients.

De par notre étude dont nous avons situé les limites, nous avons pu constater une meilleure évaluation des habitudes quotidiennes des patients, un meilleur investissement des soins, une meilleure alliance thérapeutique probablement lié à un autre abord de la consultation addictologique. Les patients se décentrant des conduites étaient plus facilement accessibles sur leur intimité et plus réceptifs à l'intérêt porté non pas sur leurs conduites addictives mais plus sur la dimension globale de leurs habitudes quotidiennes. Les conduites addictives étant souvent vécues avec honte et culpabilité, les questionnements classiques en consultations peuvent induire des réactions défensives

11.4.2 Prévention et sensibilisation aux soins somatiques

Les entretiens centrés sur les conduites nutritionnelles, permettent de faire un point somatique, les patients ayant pu décrire des conduites addictives réalisées dans un but antalgique, visant à apaiser des douleurs abdominales, des symptômes de reflux gastro-oesophagiens, des céphalées, des symptômes dyspnéiques. Ces patients ne consultent que rarement leur médecin généraliste pour traiter leur douleur. Ne disposant pas de traitements antalgiques, ils peuvent majorer leurs consommations Dans cette étude de cas, les patients ont été plus réceptifs à l'idée de poursuivre un suivi nutritionnel ultérieur à savoir, monsieur R, madame V, madame D.

11.4.3 Évaluation de l'estime de soi

Nous avons pu également évaluer la perception de l'image corporelle des patients en terme d'estime de soi, la plupart d'entre eux ayant une vision auto-dépréciative d'eux-mêmes.

Cette perception a été un frein à l'initiation de relations sociales mais surtout affectives pour la plupart d'entre eux induisant un désinvestissement de ces différentes dimensions de leur vie. Cette perception est souvent sous-évaluée en pratique clinique et impactante au niveau thymique. La proposition de soins ultérieurs peut prendre en compte cet axe de revalorisation de soi notamment dans l'orientation psychothérapeutique

11.4.4 Applicabilité en pratique clinique

Concernant la réponse à notre question initiale, il s'avère que l'application du suivi nutritionnel en consultation médicale addictologique, s'avère réalisable en pratique clinique même si de potentiels freins peuvent être mis en exergue :

- Ainsi, les contraintes de temps, nécessitent de privilégier la méthode d'évaluation nutritionnelle rapide, à savoir le rappel des 24 heures.
- Le manque de formation des médecins face à cette pratique, reste un frein de par l'absence de connaissances des outils standard d'évaluation nutritionnelle et de mesure des apports caloriques.
- Le manque de référence concernant les bonnes pratiques nutritionnelles. Le PNNS fournit à ce jour une fiche synthétique concernant les bonnes pratiques nutritionnelles facilement compréhensible par les patients mais peu diffusée en pratique clinique
- Le manque de motivation des patients. En effet même si dans notre étude la majorité des patients ont pu investir ce suivi, se pose la question de la réelle application des changements alimentaires sur le long terme, les patients ayant deux entités à prendre en charge à savoir les conduites addictives, et les conduites alimentaires.

La dernière entité devant être mise en lumière serait la question de la sédentarité, de par la difficulté pour certains d'entre eux à réinvestir des activités extérieures.

11.4.5. Perspectives

Au travers de ce suivi, se pose la question d'une meilleure articulation entre nutrition et psychiatrie en vue d'une meilleure prise en charge des patients en ambulatoire. L'évaluation nutritionnelle en consultation d'addictologie peut être une transition vers un suivi nutritionnel ambulatoire efficient par ailleurs.

La question préventive semble prépondérante, la plupart des patients ayant peu de connaissances des répercussions de leurs conduites addictives sur leur métabolisme nutritionnel. Ces derniers étant davantage sensibilisés par les campagnes « publicitaires » réductrices sur le sujet.

Dans ce contexte, la mise en place de programme d'éducation thérapeutique spécifique pourrait être une perspective intéressante concernant l'accompagnement des patients. L'objectif étant de les aider à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie sociale, avec une maladie chronique impactant leurs habitudes nutritionnelles.

Une réflexion autour de la mise en place d'un programme d'ETP centré sur la nutrition semble être d'un intérêt primordial pour ces patients. De par les études de cas effectuées plusieurs items me paraissent pertinents concernant l'accompagnement des patients d'un point de vue nutritionnel à savoir l'abord de la rythmicité et de la variabilité alimentaire, l'évocation des conséquences des conduites addictives sur le métabolisme nutritionnel, mais également l'impact de la nutrition sur les troubles psychiques, ainsi que l'importance de l'activité physique quotidienne.

Selon un article de Masseboeuf N, le développement de l'éducation thérapeutique nutritionnelle en France constitue l'une des orientations du plan national d'éducation à la santé et fait partie des programmes nationaux élaborés pour le diabète et les maladies cardiovasculaires, sous forme de pratique ambulatoire ou au sein de réseaux de santé. (114)

Des perspectives de création de consultations pédagogiques de nutrition auraient été évoquées. Cet article mettait en avant le cadre nécessaire à la création d'un programme d'éducation thérapeutique, à savoir la nécessité d'une prise en charge dans la durée, associée à une coopération active du patient, ainsi qu'une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des soins éducatifs nutritionnels. Cette interdisciplinarité semble nécessaire et indispensable à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique nutritionnel en addictologie. (114)

Concernant les perspectives de développement du suivi nutritionnel, une meilleure coordination entre médecins addictologues et nutritionnistes semble nécessaire en vue d'un meilleur accompagnement des patients.

Pour terminer, notre étude a été réalisée à petite échelle, une étude observationnelle avec un nombre plus important de patients permettrait de compléter les études citées plus haut et questionner les liens entre nutrition psychiatrie et addiction.

12. Conclusion

L'alimentation est une conduite instinctuelle de base visant le bien-être à la fois d'un point de vue physique et psychique. Plusieurs études ont montré l'impact des carences nutritionnelles sur l'émergence de pathologies psychiatriques, carences ayant des répercussions sur le métabolisme neurobiologique cérébral impliqué dans l'émergence de troubles psychiques. Nos cas cliniques s'inscrivent dans ce constat.

Dans le domaine des addictions notamment chez le patient alcoolique dépendant, l'alcool a une influence sur le métabolisme nutritionnel notamment en terme d'assimilation des aliments. On note une transversalité entre nutrition, conduites addictives, et troubles psychiques, l'une ayant une influence sur l'autre et inversement.

L'évaluation du suivi nutritionnel reste encore sous-estimée en milieu hospitalier mais également en consultation médicale spécialisée, de par notamment le manque de valorisation et de coordination entre spécialistes de la nutrition et personnels médico-soignants.

Ce travail a permis de mettre en exergue des outils d'évaluation nutritionnelle simples d'application en pratique clinique, rapides et facilement réalisables en consultation médicale.

Nous avons construit notre travail sur l'hypothèse qu'un suivi nutritionnel certes standard, réalisé en consultation médicale addictologique, chez des patients ayant des troubles psychiques comorbides pouvait avoir une influence sur la santé physique, psychique, sur leurs conduites addictives mais également sur leur qualité de vie globale.

Nous avons pu constater sur notre échantillon que l'initiation d'un suivi nutritionnel avait permis une meilleure alliance thérapeutique, une meilleure implication dans les soins du fait d'un abord qui génère moins de défenses, pour certains un impact sur leur évolution pondérale mais également sur l'adhésion à un suivi nutritionnel ultérieur.

Nous avons également permis un travail de prévention auprès des patients concernant les potentielles répercussions de leurs conduites sur leur santé alimentaire.

L'intérêt de notre propos est de pouvoir replacer l'importance de la nutrition dans la prise en charge des patients présentant des problématiques addictives, de montrer la possibilité de réalisation d'une évaluation nutritionnelle rapide en consultation médicale, afin de promouvoir un meilleur accompagnement des patients sur cette problématique. La continuité des soins par un étayage au long cours pourrait être favorisée par ce type d'abord via l'évaluation nutritionnelle.

Le traitement et le suivi nutritionnel pourraient s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique alliant nutrition, activité physique, bien-être physique et psychique ceci pouvant être une piste en vue d'une meilleure prise en charge des patients, d'un point de vue addictologique, psychiatrique, nutritionnel, mais également en terme de qualité de vie.

13. Bibliographie

1. Lejoyeux M. Mini traité d'addictologie. Paris, France : Elsevier-Masson ; 2017.102-106p
2. Bofetta P, Hashibe M. Alcohol and Cancer. *Lancet Oncol.* Feb 2006 ; 7 (2) : 149-56
3. Dematteis M, Perney P. Complications somatiques de l'alcool. *Alcoologie et addictologie.* Sep 2014 ; 36 (3) : 189-205
4. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Le coût social des drogues en France [Internet] 2015 [cité décembre 2015]. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-France-decembre-2015>.
5. Seal CJ, Ford CL, Day CP. Alcoholism effects on nutritional status. *Encyclopedia of Human Nutrition.* 1999, p 52-59. Academic Press
6. Sarris J. Nutritional medicine as a mainstream in psychiatry. *Lancet psychiatry.* 2015 ; 2 (3) : 271-4. [https://doi.org/doi:10.1016/s2215-0366\(14\)00051-0](https://doi.org/doi:10.1016/s2215-0366(14)00051-0)
7. Crenn P. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire. *Post'U.* 2011 : 1-8
8. Gazel C, Fatseas M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5. *La lettre du psychiatre.* Volume X n°2 mars-avril 2014
9. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question. [Internet]. 2015 [cité Sept 2015]. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/les-reperes-de-consommation-d-alcool-les-standards-mis-en-question>.
10. Fondation pour la Recherche en Alcoologie. Les seuils de consommations d'alcool. [Internet] 2017 [cité 7 jan 2017]. Disponible sur <http://www.fondationrecherchealcoologie.org/wp-content/uploads/2015/07/les-seuils-de-consommation.pdf>
11. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today.* 1994 Sept-Oct ; 10 (5) : 442
12. République Française. Circulaire DH/8D/85/86 relative aux activités des diététiciens dans les établissements d'hospitalisation publics du 4 mars 1985. Disponible sur <https://www.afdn.org/fileadmin/pdf/info-pro/circulaire-4-mars-1985.pdf>
13. France. Avis n°78 du 4 juillet 2017 relatif à l'alimentation en milieu hospitalier. [Internet]. Conseil national de l'alimentation. Disponible sur https://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/07/CNA_Avis_78.pdf
14. République Française. Circulaire DHOS/E1n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Solidarité santé du 29 mars 2002. Disponible sur <https://solidarite-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm>

15. Reilly HM, Martineau JK. Nutritional screening-evaluation and implantation of a simple nutrition risk score. *Clin Nutr.* 1995, 14 :269-173
16. Reilly JJ, Hull SF. Economic impact of malnutrition : a model system for hospitalized patients. *J parenter Nut* 1988, 12 : 371-376.
17. Tucker HN, Miguel SG. Cost containment through nutrition intervention. *Nutr Rev.*1996, 54 : 111-21
18. Association Française des diététiciens et nutritionnistes. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien [Internet].2017. Disponible sur http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/rapport_Krempf.pdf
19. Barrès N. Reflexion pour améliorer les soins nutritionnels en ambulatoire [Internet] 2018 [cité le 7 dec 2018].Disponible sur <http://www.unvadis.fr/viewarticle/reflexions-pour-ameliorer-les-soins-nutritionnels-en-ambulatoire-643923>.
20. Aviel Goodman. Addiction : définition and implications. *British Journal of Addiction.* vol 85, n°11, novembre 1990, p1403-8
21. Agence régionale de santé. Soins hospitaliers en addictologie : offre et recours [Internet] 2017. [cité le 9 mars 2017].Disponible sut <http://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files>
22. Cardenas D. La nutrition en médecine approche épistémologique, problèmes éthiques t cas clinique [Thèse exercice] [France] : Université de Franche Comté. Unité de Formation et de Recherche en philosophie ; 2016. 10 p.
23. Collège des Enseignants en nutrition. *Nutrition.* 2^e ed. Paris, France : Elsevier-Masson ; 2015. 6p
24. Schlienger J-L. *Nutrition clinique pratique.* 2^e ed. Paris, France : Elsevier-Masson ; 2014. 90p
25. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. Evaluation Nutritionnelle. [Internet] 2019. [cité l 05 Avril 2019]. Disponible sur <http://www.fas.org/nutrition/evaluation-nutritionnelle.fr/>.
26. Schlienger J-L. *Nutrition clinique pratique.* 2^e ed. Paris, France : Elsevier-Masson ; 2014. 90p
27. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. *Ann Pharm Fr.* 2010 Jan ; 68 (1) : 3-11. <https://doi.org/doi:10.1016/jpharma.2009.12.001>
28. Aphysionado. Neuromodulation des comportements [Internet]. Disponible sur <https://sites.google.com/site/aphysionado/home/fonctionsup/modulocomport>
29. Beninger RJ, Miller R. Dopamine D1-like receptors and reward-related incentive learning. *Neurosci Biobehav rev.* 1998 ; 22 : 335-45.
30. Palmiter RD. Is dopamine a physiologically relevant mediator of feeding behaviour ?*Trends Neurosci.* 2007 ; 30 : 375-81
31. Kelley AE, Baldo BA. Corticostriatal-hypothalamic circuitry and food motivation : integration of energy, action and reward. *Physiol behav.* 2005b ; 86 : 773-95

32. Baldo BA, Kelley AE. Discrete neurochemical coding of distinguishable motivational processes : insight from nucleus accumbens control of feeding. *Psychopharmacology*. 2007 ; 1991 : 439-59
33. Cousins MS, Atherthon A, Turner L, Salamone JD. Nucleus accumbens dopamine depletions after response allocation in a T-maze cost/benefit task. *Behav brain Res*. 1996 ; 74 : 189-97
34. Calcagneti DJ, Reid LD. Morphine and acceptability of putative reinforcers. *Pharmacol Biochem Behav*. 1983 ; 18 : 567-9.
35. Drewnowski A, Krahn DD. Taste responses and preferences for sweet high-fat foods : evidence for opioid involvement. *Physiol Behav*. 1992 ; 51 : 371-9.
36. Levine AS, Billington CJ. Opioids as agents reward-related feeding : a consideration of evidence. *Physiol Behav*. 2004 ; 82 : 57-61.
37. Glass MJ, Levine AS. Opioid and Food intake distributed Functional neural pathways. *Neuropeptides* 1999 ; 33 : 360-8.
38. Wilson JD, Nicklous DM. An orexigenic rôle for mu-opioid receptors in the lateral parabrachial nucleus ; *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2003 ; 285 : R1055-65.
39. Glass MJ, Billington CJ. Naltrexone administered to central nucleus of amygdale or PVN : neural dissociation of diet and energy. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2000 ; 279 : R86-92.
40. Bodnar RJ, Lamonte N et al. Reciprocal opioid-opioid interactions between the ventral tegmental area and nucleus accumbens regions mediating mu-agonist-induced feeding in rats. *Peptides* 2005 ; 26 : 621-9.
41. Echo JA, Lamonte N et al. Alterations in food intake elicited by GABA and opioid agonists and antagonists administered into the ventral tegmental area region of rats. *Physiol Behav* 2002 ; 76 : 107-16.
42. Zhang M, Gosnell BA et al. Intake of high-fat food is selectively enhanced by mu-opioid receptor stimulation within the nucleus accumbens. *J Pharmacol Exp Ther* 1998 May ; 225 : 908-14.
43. Zhang M, Kelley AE et al. Intake of saccharin, salt and ethanol solutions is increased by infusion of a mu opioid agonist into the nucleus accumbens. *Psychopharmacology (Berl)* 2002 ; 159 : 415-23
44. Falcheri J-P. Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse*. 2011 ; vol 7. 1462-1465.
45. Broussell C ; Addiction et comorbidités psychiatriques. SWAPS n°51 seconde. 2007. Assises nationales de la fédération Française d'addictologie. Sept 2007 ; Paris, France. p 21.
46. Compton WM ; Prevalences, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States ; *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 566-76.
47. Havassy BE. Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorder : implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161:139.

48. Watkins KE. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance disorders. *Psychiatr Serv* 2001 ; 52 : 1062
49. Owen RR. Medication non compliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1996 47 :853
50. Horsfall J. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders (dual diagnosis) : A review of empirical evidence. *Harc Rev psychiatry* 2009 ; 17 : 24-34.
51. Wallace C. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorder. *AM J Psychiatry* 2004 ; 161 : 716.
52. Dassori AM. Suicidal indicators in schizophrenia. *Actu Psychiatr Scand* 1990 ; 81 : 409.
53. Cornlius Jr. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *AM J Psychiatry* 1995 ; 152 ; 358.
54. Mc Intyre RS. Bipolar disorder and suicide. Research synthesis and clinical translation. *Curr psychiatry rep* 2008 ; 10 :66
55. Hasin DS et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM IV alcohol abuse and dépendance in the united States : results from the National Epidemic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen psychiatry*. 2007 Jul ; 64 (7) ; 830-42.
56. Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM IV alcohol use disorders and major depression : results of a national survey. *Drug Alcohol dépend*. 1995 oct ; 39 (3) : 197-206
57. Cornelius Jr, Salloum IM. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry*. 1995 Mar ; 152 (3) : 358-64.
58. Fergusson DM, Boden JM. Alcohol misuse and psychosocial outcomes in young adulthood : results from a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug alcohol Dépendance*. 2013. Dec 1 ; 133 (2) : 513-9. <http://doi.org/doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.543>
59. Fergusson DM, Boden JM. Tests of causal links between alcohol abuse or dépendance and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar ; 66(3) : 260-6. <https://doi.org/doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.543>.
60. Gorwood P, Lestrat Y Comorbidités addictives et troubles bipolaires. *Encephale*. Juin 2008. Vol 34 n°54 p138-142. [https://doi.org/doi:10.1016/s013-7006\(08\)80624-0](https://doi.org/doi:10.1016/s013-7006(08)80624-0)
61. Oquendo MA, Currier D et al. Risk for suicidal behaviour in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorder : results from the National Epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2010 Jul ; 71 (7) : 902-9. <https://doi.org/doi:10.4088/JCP.09m05/98> gry.
62. Evren C, Sar V. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependant men : impact of childhood eotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res* 2011 March 30 ; 186 (1) : 85-90. <https://doi.org/doi:10.1016/j.psychres.2010.07.004>.

63. Hawton K, Sutton L. Schizophrenia and suicide : systematic review of risks factors. *Br J Psychiatry*. 2005 Jul ; 187 :9-20.
64. Green CA et al. Gender differences between multiple alcohol consumption and physical and mental health. *Alcoholism : clinical and experiential Research*. 2004 ; 28(5) : 754-764
65. Stinson FS, Grant BF. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the united states : results from the national Epidemiologic Survey on alcohol and related Conditions. *Drg Alcohol Dépendance*. 2005 Octobre 1 ;80 (1) : 105-16.
66. Cavaye J. Why nutritional psychiatry is the future of mental health treatment. [Internet] 2018.[cité mars 2018]. Disponible sur <https://theconversation.com/why-nutritional-psychiatry-is-the-future-of-mental-health-treatment-92545>.
67. Lai JS, Hiles S. A systematic review and meta-analysis of dietary patterns ad depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr*. 2014 ; 99 : 181-97.
68. Pasaltopoulou T et al. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment and depression : a meta-analysis *Ann. Neurol* 2013 ; 74 :580-91.
69. Stahl ST et al ; Coachig in healthy dietary practices in at risk older adults : a case of indicated depression prevention. *Am J Psychiatry* 2014 ; 171 : 499-505
70. Jacka FN et al. Maternal and early post natal nutrition and mental health of offspring by age 5 years : a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry* 2013 ; 52 :1038-47.
71. Susser ES, Lin SP. Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch Hunger Winter of 1944-1945. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 983-88.
72. Brow AS, Susser ES et al. Increased risk of affective disorders in males after second trimester prenatal exposure to Dutch hunger winter of 1944-45. *Br J Psychiatry* 1995 ; 166 :601-06.
73. Rucklidge JJ, Kaplan BJ. Broad spectrum micronutrient formulas for the treatment of psychiatric symptoms : systematic review. *Epert Rev Neurother* 2013 ;36 :15-23.
74. Mischoulon D, Freeman MP. Omega 3 fatty acids in psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 2013 ; 36 :15-23.
75. Sarris J, Mischoulon Det al. Omega 3 for bipolar disorder :meta-analyses of use in mania and bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2012 ; 73 :81-86.
76. Sarris J, Mischoulon D. S-adenosyl methionise (SAME) versus escitalopram and placebo in major depression RCT : efficacy and effects og histamine and carnitin as moderator of response. *J affect Disord* 2014 ; 164 :76-81.
77. Papakostas GI, Mischoulon D. S-adenosyl methionine (SAME) augmentation o serotonin reuptake inhibitors for antidepressant non responders with major depressive disorder : a double-blind, randomized clinical trial. *Am J psychiatry* 2010 ; 167 : 942-48.
78. Berk M et al. The promise of N-acetyl cysteine in neuropsychiatry. *Trends Pharmacol Sci* 2013 ; 34 : 164-77.

79. Lai J et al. The efficacy of zinc supplementation in depression : systematic review of randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012 ; 136 : e 31-39.
80. fva M, Mischoulo D. Folate in depression : efficacy, safety, differences in formulations, and clinical issues. *J Clin Psychiatry* 2009 ; 70 : 12-17.
81. Eyles DW, Burne TH et al. Vitamine D effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamine D and neuropsychiatric disease. *Frontneuroendocrinol* 2013 ; 34 :47-64.
82. INSERM. Consommation d'alcool et statut nutritionnel. [Internet]. 2001. Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=18>.
- 83.INSERM (dir) Alcool : effets sur la santé. Rapport. Paris : les éditions INSERM, 2001 XII-358p
84. INSERM. Enzymes du métabolisme de l'éthanol [Internet]. Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=7>
85. ClotP, AlbanoE. Cytochrome P 450 2 E1 hydroxyethyl radical adducts as the major antigen in auto antibodyformation among alcoholica. *Gastroenterology* 1996, 23 : 963-968.
86. Smith M. Genetics of huma alcohol and aldehyde deshydrogenases. *Adv Hum Genet* 1986 ; 15 :249-290.
- 87 Lieber cs ; Ethanol metabolism, cirrhosis and alcoholism. *Clin Chim Actu* 1997b, 257 :59-84.
88. Land WE. A review of alcohol clearance in humans. *Alcohol*, 1998, 5 : 147-160.
- 89.INSERM. Pharmacocinétique de l'éthanol. [Internet] ; Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/? Sequence=6>
90. 2012-01-31- UE Nutrition-Nutrition-Dr Gelsi-alcool et alcoolisme.pdf
- 91.Romero JC et al. Chronic alcoholic myopathy and nutritional status. *Alcohol*. 1994, 11 : 549-555.
- 92.Lieber cs. Alcohol : Its metabolism and interaction with nutrients. *Annu Rev nutr* 2000, 20 :395-430
93. Colditz GA et al. Alcohol intake in relation to diet and obesity in women and men. *Am J Clin Nutr* 1991, 54 : 49-55.
94. Tremblay A, Buemann B et al. Body fatness in active individuals reporting low lipid and alcohol intake. *Eur J Clin Nutr* , BR et al. Lean and heavy women may not use energy from alcohol with equal efficiency. *J Nutr* 1995, 125 :2536-2540.
- 95.Holderness CC, et al.Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the littérature. *Int J Eat Disord* 1994 ; 16 :1-34
96. Melissa A, Munn-Chernoff et al. Study of alcohol Dépendance, binge eating, and Compensatorie behaviours. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*. Sep 2013 ; Vol 74, n°5 : pp 664-673. <http://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.664>

97. Crouse JR, Grundy SM ; Effects of alcohol on plasma lipoproteins and cholesterol and triglyceride metabolism in man. *J lipid Res* 1984, 25 :486-496.
98. Taskinen MR et al. Alcohol induced changes in serum lipoproteins and in their metabolism. *Am heart. J* 1987, 113 :458-264.
99. Amy Z ; Fan. Lifetime Alcohol drinking pattern is related to the prevalence of metabolic syndrom. *European Journal of epidemiology*. Feb 2006 ; Volume 21, Issue 2 : pp129-139. <https://doi.org/doi.101007/s10654-005-5457-y>
100. Shaper AG. Blood Pressure and hypertension in middle-aged British men. *J hypertens*. 1988:367-374.
101. Marmot MG. Elliot P et al. Alcohol and blood pressure : the Intersalt study *Br Med J* 1994, 308 :1263-1267
102. Seppa K, Laippala P. High diastolic blood pressure : common among woman who are heavy drinkers ; *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 ; 20 :47-51.
103. Ueshima h, Mikawa k et coll. Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension* 1993,21 :248-252
104. Kawanoy, Abe H, kojimas et coll. Acute depressor effect of alcohol in patients with essential hypertension. *Hypertension* 1992,20 :219-229.
105. Kojimas, Kawanoy et coll. Acute effects of alcohol ingestion in blood pressure and erythrocyte sodium concentration/ *J hypertension* 1993, 11 : 185-190.
106. Romelsjo A et Leifman A. Association between alcohol consumption and mortality, myocardial infarction, and stroke in 25 years follow up of 49 618 young Swedis men *Br Med J* 1999 ; 319 : 821-822.
107. Reynolds K. Lewis B. Nolen JD et al. Alcohol consumption and risk of stroke : a meta-analysis *JAMA* 2003 ; 289 : 579-88.
108. KoppesLL, Dekker JM. Moderate alcohol consumption lower the risk of type 2 diabetes : a meta analysis of prospective observationnal studies. *Diabetes Care*. 2005, Mar ; 28 (3) :719-25.
109. ANSES. Ciquial Table de composition nutritionnelle des aliments [Internet] 2019. Disponible sur <https://www.ciquial.anses.fr/>.
110. Nutrition.fr. Portions alimentaires, quantité et dose pour chaque aliments. [Internet] 2019. Disponible sur <https://www.lanutrition.fr/les-recommandations-de-la-nutrition.fr->
111. Tastet C, Monthieux E. Prise de poids après un sevrage en alcool et tabac, pertinence d'une approche addictologique. *Diabète et Obésité*. Avril 2018 ; Volume 13 (N°116) p 180-186 ;
112. Jung hanns K, Veltrup C, Wetterlung T. Craving shift in chronic alcoholics. *Eur addict Res* 2000 ; 6 : 64-70
113. Nolan LJ. Shared urges ; The links between drugs of abuse, eating, and body weight. *Curr obes Rep* 2013 ; 2 : 150-6.

114. Simon D, Traynard P-Y. Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. *Abrégés*. 2eme ed. Issy-les-Moulineaux ; France. Elsevier-Masson ; 2009 p 155.

14. ANNEXES

14.1 Échelle de Beck

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Références :

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.*

14.2 Repères de consommation alimentaire du PNNS

ANNEXE 9 : Repères de consommation alimentaire conformes aux objectifs du PNNS

(Extrait du guide alimentaire « la santé vient en mangeant – le guide alimentaire pour tous » réalisé par le Ministère de la santé et de la protection sociale, le Ministère de l’agriculture, de l’alimentation, de la pêche et des affaires rurales, l’Assurance maladie, l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé, l’Agence française de sécurité sanitaire des aliments et l’Institut de veille sanitaire – Septembre 2002).

S’il est recommandé de limiter la prise de certains aliments, il n’est pas question d’en interdire la consommation.

REPERES DE CONSOMMATION

Fruits et légumes	au moins 5 par jour	<ul style="list-style-type: none"> • à chaque repas et en cas de petit creux • crus, cuits, nature ou préparés • frais, surgelés ou en conserve
Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs	à chaque repas et selon l’appétit	<ul style="list-style-type: none"> • favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis • privilégier la variété
Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)	3 ou 4 par jour	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier la variété • privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés
Viandes et volailles Produits de la pêche et œufs	1 à 2 fois par jour	<ul style="list-style-type: none"> • en quantité inférieure à l’accompagnement • viandes : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras • poisson : au moins deux fois par semaine dont un poisson gras
Matières grasses	limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier les matières grasses végétales (huiles d’olive, de colza...) • favoriser la variété • limiter les graisses d’origine animale (beurre, crème, lard, ...)
Produits sucrés	limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> • attention aux boissons sucrées • attention aux aliments à la fois gras et sucrés (pâtisseries, crèmes desserts, chocolat, glaces, ...)
Boissons	de l’eau à volonté	<ul style="list-style-type: none"> • au cours et en dehors des repas • limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons light) • boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, deux verres de vin (10 cl) pour les femmes, et trois pour les hommes (2 verres de vin sont équivalents à deux demis de bière, ou à 6 cl d’alcool fort)
Sel	limiter la consommation	<ul style="list-style-type: none"> • préférer le sel iodé • ne pas resaler avant de goûter • réduire l’ajout de sel dans les eaux de cuisson • limiter les fromages, les charcuteries les plus salés, et les produits apéritifs salés
Activité physique (qui doit accompagner la consommation alimentaire)	au moins l’équivalent d’une demi- heure de marche rapide par jour.	à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo, de la gymnastique, ...)

14.3 Extrait du journal alimentaire patient 1

foodspring® JOUR 5

Repas	Aliments et boissons	Raison de la prise de nourriture	
Petit déjeuner ⌚ ____ : ____	01 Mout 1 lit eau Café.	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Snack ⌚ ____ : ____	00	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Déjeuner ⌚ ____ : ____	00 Escalope / crême Maïs	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Collation ⌚ ____ : ____	00	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Dîner ⌚ ____ : ____	00	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Snack ⌚ ____ : ____	00 Pate tomate Fromage	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir	
Type de sport E	Durée ⌚	Consommation durant l'exercice (alimentation / boissons) 00	Intensité de l'exercice Faible Moyenne Forte

14.4 Extrait du journal alimentaire patient 2

1^h5 eau.

mercredi 24 octobre.

matin: un jus citron.
2 cafés.

midi: 1 sardine
1 cote de porc papettes de
pequines.

soir: crudité's -
épaule en jambon.
tomates cerises · surimi
champignons crus.
4 kiwis.

nuit: orgie de gateaux. PFFF!!!

14.5 Extrait du journal alimentaire patient 3

Repas	Aliments et boissons	Raison de la prise de nourriture	
Petit déjeuner ___ : ___	1 tasse de café 1 tasse de café au lait	<input type="checkbox"/> Habitude <input type="checkbox"/> Faim / soif <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Snack ___ : ___	1 tasse de café	<input type="checkbox"/> Habitude <input type="checkbox"/> Faim / soif <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Déjeuner ___ : ___	1 tomate fuvie 1 quart d'assiette de riz 1 quart d'assiette de tranches de légumes sautés au beurre	<input checked="" type="checkbox"/> Habitude <input type="checkbox"/> Faim / soif <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Collation ___ : ___	1 bière sans alcool	<input type="checkbox"/> Habitude <input type="checkbox"/> Faim / soif <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Dîner ___ : ___	2 boudins blancs 1/2 assiette de pomme sautée au beurre	<input checked="" type="checkbox"/> Habitude <input checked="" type="checkbox"/> Faim / soif <input type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input checked="" type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Snack ___ : ___	1 tasse de Kyanne 1 tasse + 1 Yaourt à la grecque + 1 part de gâteau aux amandes Traitement du suc papyrus!	<input type="checkbox"/> Habitude <input type="checkbox"/> Faim / soif <input checked="" type="checkbox"/> Ennui <input type="checkbox"/> Frustration <input checked="" type="checkbox"/> Envie / plaisir	
Type de sport	Durée	Consommation durant l'exercice (alimentation / boissons)	Intensité de l'exercice
			<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Forte

14.6 Extrait du journal alimentaire patient 4

foodspring® JOUR 6

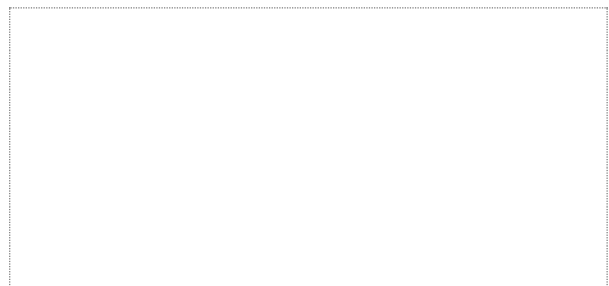
Repas	Aliments et boissons	Raison de la prise de nourriture
Petit déjeuner ⌚ ____ : ____	RICORE au lait	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Snack ⌚ ____ : ____		Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Déjeuner ⌚ ____ : ____	habits cabilland avec tomates	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Collation ⌚ ____ : ____		Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Dîner ⌚ ____ : ____	RIEN confit avec le conjoint	Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Snack ⌚ ____ : ____		Habitude Faim / soif Ennui Frustration Envie / plaisir
Type de sport	Durée	Consommation durant l'exercice (alimentation / boissons)
E	X	EAU + VIN + WHISKY
		Intensité de l'exercice Faible Moyenne Forte

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



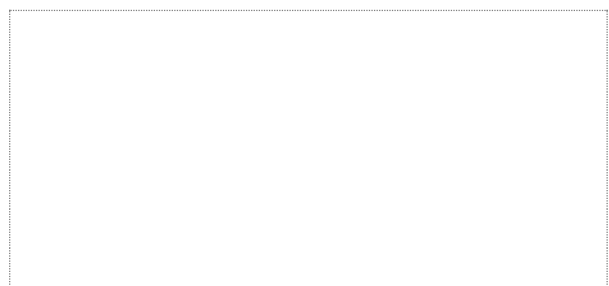
Titre, Nom, Prénom

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Titre, Nom, Prénom

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : Évaluation de l'intérêt du suivi nutritionnel chez le patient alcoolique dépendant avec troubles psychiatriques comorbides.

RÉSUMÉ

L'évaluation du suivi nutritionnel des patients alcooliques dépendants est peu réalisée en pratique clinique aussi bien en secteur hospitalier mais également en suivi ambulatoire. Paradoxalement, les conduites addictives ont un impact sur le métabolisme nutritionnel de cette population de patients.

Nous avons réalisé une étude de cas concernant cinq patients alcooliques dépendants avec troubles psychiatriques comorbides suivis au CAPPa de Nantes. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact du suivi nutritionnel sur leurs conduites addictives, leur hygiène de vie, leur santé mentale mais surtout sur leur évolution pondérale. Nous avons effectué une évaluation nutritionnelle standardisée associée à une fiche synthétique des repères de consommations alimentaires du PNNS. Cette étude nous a permis de mettre en exergue pour l'ensemble des patients une consolidation de l'alliance thérapeutique associée à un meilleur investissement des soins. Ces outils d'évaluation nutritionnels, pourraient être intégrés à la consultation médicale addictologique et servir de base à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur la nutrition en vu d'un meilleur accompagnement de ce profil de patient

MOTS-CLÉS

Évaluation nutritionnelle, addictologie, alcoolo-dépendance