

# PRISE EN CHARGE EN ALCOOLOGIE



# PRISE EN CHARGE : OBJECTIFS

## Objectif général

- Améliorer la qualité de vie et favoriser l'indépendance

## Objectifs spécifiques

- réduction et gestion de la consommation
- sevrage = aide à l'arrêt et maintien de l'abstinence.
- favoriser l'équilibre personnel et la qualité de vie

# REPERAGE PRECOCE

## **Consommation déclarée d'alcool (CDA) :**

interrogatoire systématique

- 1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- 2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

**Questionnaires :** DETA/CAGE ; FACE

## **Classification :**

- Non usage et abstinence
- Usage : expérimental, occasionnel, intermittent, périodique, régulier ou habituel
- Mésusage : usage à risques ; usage nocif ; dépendance

# ELEMENTS DE L'EVALUATION

- sexe ; âge ; antécédents familiaux
- fréquence et modalités de l'alcoolisation
- début de consommation ; évolution et tentatives de sevrages ; motivation
- facteurs psychopathologiques impliqués dans l'addiction (personnalité)
- les facteurs de risques individuels (le terrain), sociaux ++ ; la qualité de vie
- les facteurs de gravité
- pathologies psychiatriques associées et coaddictions
- les complications psychiatriques et somatiques
- biologie : alcoolémie ; GGT ; VGM ; CDT

# INTERVENTION BREVE

- restitution au patient des résultats de l'évaluation ; relation d'aide (délivrer un conseil personnalisé)
- établissement en commun de l'objectif à atteindre par le patient
- durée de l'intervention : 5 mn (durée de l'évaluation 20 mn)
- proposer un suivi

# **BASES DE LA PRISE EN CHARGE**

- Prise en charge multidisciplinaire et coordonnée
- Référent unique et approche globale
- Information et alliance thérapeutique
- Stades de Prochaska et entretien motivationnel

# PROJET DE SOINS (1)

## Prise en charge relationnelle

- Partagée par l'ensemble des intervenants
- Psychothérapies individuelles, familiales « systémiques », TCC ; groupes
- Prise de conscience de la conduite addictive, ses déterminants, ses conséquences
- Soutenir la motivation, l'implication, valoriser l'arrêt du comportement addictif
- Activités « renforçantes », gratifiantes non liées à la substance

# PROJET DE SOINS (2)

## Prise en charge médicamenteuse

Médicament de remplacement : conduite addictive inchangée, peu d'effort

Médicament addictolytique : conduite addictive supprimée, effort important

- **Acamprosate** : stabilisateur des récepteurs glutamatergiques
- **Naltrexone** : antagoniste des récepteurs opioïdes
- **Disulfirame** : antabuse utilisé dans certaines situations spécifiques

En général éviter la prescription de psychotropes avec la prescription addictologique.

# PROJET DE SOINS (3)

## Prise en charge sociale et éducative

- Changement en profondeur du style de vie du patient
- Autre mode de relation à soi et aux autres marqué par une plus grande autonomie
- Favoriser le processus de resocialisation et de réinsertion
- Education thérapeutique et accompagnement
- Prévention : mesures d'éducation individuelles et collectives

# ORGANISATION DES SOINS : POLE MEDICOSOCIAL

## CSAPA

Missions obligatoires : sevrage et accompagnement tous produits

Missions facultatives

- Actions de prévention et de formation de professionnels
- Consultations de proximité : repérage précoce ; interventions
- Prise en charge des addictions sans substance
- Personnes détenues et sortant de prison

## Autres structures

- CAARUD
- Communautés thérapeutiques

# ORGANISATION DES SOINS : POLE HOSPITALIER

## Niveau 1

« **unité fonctionnelle référente d'hospitalisation** »

- Service d'hospitalisation ; consultation hospitalière
- équipe de liaison

## Niveau 2 (3 si CHU)

« **structures de recours d'un territoire de santé** »

- service d'hospitalisation ; consultation hospitalière
- hôpital de jour ; hospitalisation complète
- soins résidentiels complexes ; équipe de liaison
- soins de suite et de réadaptation orientés addictologie

# ORGANISATION DES SOINS : POLE VILLE

Mission essentielle : la prévention

Les acteurs sont

- les médecins généralistes, les pharmaciens, les dentistes, les professionnels formés, les préventeurs des services de santé au travail.
- les centres de santé ; les travailleurs sociaux regroupés en réseaux de « microstructures »
- Les réseaux de santé assurent la coordination
- Les mouvements d'entraide et les associations d'usagers sont pleinement intégrés au dispositif

# LES MISSIONS (1)

- Prise en charge de l'ensemble des conduites addictives
- Reconnaissance de la dépendance comme maladie
- Démarche qualité, formation et valorisation des soignants
- Développement des programmes de recherche clinique et thérapeutique

# LES MISSIONS (2)

- Prévention primaire, repérage (RPIB) et soins précoces, réduction des risques
- Prévention publics exposés : intervention brève ; orientation vers le soin
- Consultation d'addictologie ; sevrage simple, complexe
- Prise en charge médicopsychosociale ; aide à l'insertion sociale ; hébergement

# TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

## (1)

### **TCC**

- Basées sur l'analyse fonctionnelle du comportement
- Le patient se prépare à faire face aux situations à haut risque spécifique

### **GROUPES DE PAROLE**

- Evolution identitaire pour accepter un changement de normes
- Repositionnement dans l'espace-temps
- Outil de réflexion et d'élaboration psychique
- Proposé dès le début de la thérapie individuelle

# TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

## (2)

### GROUPES D'ENTRAIDE

- Permet rencontre et échanges à partir d'une expérience similaire
- Absence de professionnels de la santé dans l'accompagnement
- Ecoute immédiate 24h/24

### COMMUNAUTES THERAPEUTIQUES

- Lieux de vie communautaires, avec du personnel encadrant, structurés, hiérarchisés, organisés avec un programme d'activités thérapeutiques et éducatives.
- Objectif : aider à la réinsertion sociale, professionnelle, affective. Efficacité non prouvée.

# EVALUATION

**Se fait souvent à l'aide de questionnaires et d'échelles.**

**Le choix de l'outil doit se faire uniquement après avoir défini l'objectif de l'évaluation**

- Outils spécifiques à une substance ou un comportement
- Hétéroévaluation
- Outils diagnostiques : DSM IV et MINI; CIM 10
- Outils de repérage : FACE
- Autoévaluation :
- Alcool : DETA/CAGE ; AUDIT
- Tabac : Fagerström
- Cannabis : CAST ; ALAC ; DETA/CAGE cannabis ; CUDIT
- Autres substances: ADOSPA/CRAFFT
- Jeu: SOGS

**Échelles évaluant plusieurs domaines de la vie du sujet**

- **ASI (addiction severity index)**
- Evaluation spécifique des adolescents et adultes jeunes : ASI ado ; DEP ado ; POSIT ; GAIN

I.A.C.

**PRISE EN CHARGE DE  
L'INTOXICATION ALCOOLIQUE  
CHRONIQUE**

# COMPLICATIONS DE L'IAC : NEUROPSYCHIATRIQUES

Troubles cognitifs

Encéphalopathies alcooliques dites carentielles

- Syndrome de Korsakoff
- Atrophie cérébelleuse
- Atrophie cérébrale-démence alcoolique

Poly neuropathies alcooliques

Amblyopie alcoolotabagique (névrite optique  
rétrobulbaire)

Epilepsie

Hématome

# COMPLICATIONS DE L'IAC : DIGESTIVES

Foie alcoolique

- Hépatite alcoolique
- Cirrhose du foie

Pancréatites aiguës et chroniques

Cancers

- Bouche, pharynx, larynx, œsophage
- Carcinome hépatocellulaire
- Sein cancer
- Colon et rectum

# **COMPLICATIONS DE L'IAC : AUTRES**

**CARDIOVASCULAIRES** : HTA ; Troubles du rythme

**NUTRITIONNELLES** : dénutrition ;  
vitamines B1/B6 ; folates

**SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE**

+ **HIV** : polyconsommations

+ **TABAGISME** : BPCO ; cancer broncho-pulmonaire

# ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE (1)

## TROUBLES SOMATIQUES

- Troubles de la sexualité : point majeur
- Cirrhose : benzodiazépines contre indiquées
- Hépatite virale C : dépistage systématique
- Cancers VADS et œsophage : dépistage et sevrage tabac
- Syndrome de Korsakoff : prévalence sous évaluée

# ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE (2)

## TROUBLES PSYCHOSOCIAUX

- Dépression : traitement antidépresseur si persiste, hors urgence, après 4 semaines de sevrage
- Risque suicidaire : majeur, à évaluer systématiquement
- Anxiété : n'utiliser les benzodiazépines que pour attaques de panique et anxiété généralisée
- Troubles psychotiques
- Problèmes liés à la grande exclusion

# RISQUE SUICIDAIRE : DANGEROUSITE (1)

## Apprécier la dangerosité et l'urgence

Il est souhaitable d'explorer six éléments :

- 1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
- 2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

# RISQUE SUICIDAIRE : DANGEROUSITE (2)

- 3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
- 4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, ...
- 5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
- 6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

# RISQUE SUICIDAIRE A URGENCE FAIBLE :

une personne

- est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

# RISQUE SUICIDAIRE A URGENCE MOYENNE :

une personne

- présente un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- est isolée.

# RISQUE SUICIDAIRE A URGENCE ELEVEE :

une personne

- décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ;
- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolée

# EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE

Effectuée par le thérapeute et le patient avec des outils validés

Objectif : mieux être, insertion sociale et recherche de facteurs prédictifs de réponse

Indicateurs

- qualité de vie ; bien être psychologique
- facultés cognitives
- morbimortalité
- VGM et gamma GT