

## **Recommandations en cas d'hospitalisation de personnes dépendantes (alcool – drogues – médicaments)**

### **Remarque préalable :**

Ces recommandations sont valables telles quelles pour les personnes majeures. Pour les mineurs le service de pédopsychiatrie devrait être sollicité, notamment lors des situations de crise.

### **Motifs d'hospitalisation :**

1. Sevrage
2. Affection intercurrente chez un usager de drogues ou un alcoolique
3. Surdosage et situation de « crise »

### **1. Sevrages**

#### **a) Alcool**

L'indication sera en principe posée par le médecin praticien (exceptionnellement par un médecin hospitalier, car le sevrage ne se fait habituellement pas dans l'urgence). Le patient doit être personnellement motivé, et la demande de l'entourage ou des autorités doit être secondaire.

- Entretien préalable entre le patient, un médecin responsable du service où le patient sera hospitalisé et un membre de l'équipe infirmière du service. Lors de cet entretien, les modalités pendant l'hospitalisation sont discutées ainsi que les projets après l'hospitalisation. Si une institution ambulatoire est déjà impliquée dans la prise en charge, inviter un référent de cette institution à l'entretien préalable. Il peut également être utile de s'assurer du financement pour un séjour en milieu somatique
- La durée de l'hospitalisation est fixée à l'avance.
- Vérifier qu'il existe un projet pour la prise en charge après l'hospitalisation, par exemple :
  - Séjour en résidentiel (p. ex. l'Envol ou Clos-Henri)
  - Suivi par le médecin-traitant et/ou une institution ambulatoire
- Le soutien médicamenteux nécessaire au sevrage (Seresta, Catapresan, neuroleptiques) devrait être terminé ou prescrit aux doses minimales de maintien à la fin du séjour en accord avec le réseau ambulatoire
- Pendant l'hospitalisation sont souhaitables :
  - Bilan somatique, biologie hépatique, CDT
  - Eventuellement bilan psychiatrique
  - Durant le séjour, le patient ne peut quitter le service qu'avec l'accord du médecin. Surveiller l'introduction d'alcool à l'hôpital et les possibilités de consommation en cours de séjour
  - Inciter le patient à prendre contact avec un service ambulatoire spécialisé
  - Envisager l'introduction d'un traitement d'Antabus et/ou Campral
  - Discuter les conséquences d'un échec.
  - Proposer une vaccination contre pneumocoque (si cela n'a pas été fait dans les 6 ans précédents)

## **b) Héroïne, Méthadone, Benzodiazépines, Toquilone**

L'unité régionale spécialisée pour les sevrages est la Communauté thérapeutique des Vacheries (CTV). En cas de sevrage planifié il est recommandé de s'adresser en priorité à cette unité (téléphone 032 484 72 70). Les recommandations ci-dessous concernent les autres établissements au cas où un sevrage leur serait adressé.

Avec la prise en compte de comorbidités psychiatriques, le risque accru d'overdose en cas de reconsommation et les problèmes posés par la réinsertion sociale, les indications pour un sevrage des opiacés sont devenues plus rares. Les stratégies s'orientent plutôt vers une substitution à moyen ou long terme, et un accompagnement psycho-socio-éducatif permettant de rompre le *court-circuit chimique* vers la satisfaction de plaisir ou le soulagement d'un mal-être.

La Méthadone sera de préférence réduite progressivement en ambulatoire, mais dans certaines conditions on peut proposer un sevrage rapide (déménagement ou expulsion vers un pays dépourvu de programme).

Une consommation abusive de benzodiazépines et/ou de Toquilone peut occasionnellement constituer une indication pour un sevrage hospitalier.

### Conditions :

- Entretien préalable entre le patient, un médecin responsable du service où le patient sera hospitalisé et un membre de l'équipe infirmière du service. Lors de cet entretien, les modalités pendant l'hospitalisation, sa durée et son financement seront discutés, ainsi que les projets après l'hospitalisation. Si une institution ambulatoire est déjà impliquée dans la prise en charge, inviter un référent de cette institution à l'entretien préalable. On vérifiera les motivations personnelles du patient pour le sevrage.
- Vérifier qu'il existe un projet pour la prise en charge après l'hospitalisation, tels que :
  - Séjour en résidentiel (p.ex. Clos-Henri)
  - Suivi par le médecin traitant et/ou une institution ambulatoire
- Pendant l'hospitalisation sont souhaitables :
  - Bilan somatique, bilan infectiologique : sérologie hépatite B, C, HIV)
  - Vaccination anti-pneumocoque
  - Vaccination hépatite A et B si sérologie négative
  - Eventuellement bilan psychiatrique
  - Pas plus d'une personne toxico-dépendante hospitalisée en même temps (en milieu somatique)
  - Limitation des visites et des téléphones pendant l'hospitalisation
  - Proposer la visite régulière par un collaborateur d'une institution ambulatoire spécialisée
  - Le patient peut quitter le service seulement avec l'accord du médecin et accompagné par des personnes définies lors de l'entretien de pré-admission
  - Discuter les conséquences d'un échec.

### **c) Cocaïne**

Le « craving » (attirance impérieuse pour le produit) ne se réduit qu'avec le temps. Il n'existe en effet aucun produit de substitution. Les programmes de sevrage s'étendent actuellement sur une plus longue durée, de sorte qu'un séjour en milieu hospitalier somatique ou psychiatrique aigu ne constitue pas l'idéal. La solution la plus indiquée est un séjour institutionnel dans un établissement tel que « la Communauté thérapeutique des Vacheries du Fuet » avec un encadrement médical et socio-éducatif adapté. Un entretien de pré-admission aura lieu dans cette institution.

## **2. Affections intercurrentes**

### **a) Patient connu ou qui se présente comme « dépendant » :**

En cas d'admission élective pour des raisons somatiques ou psychiques autres que la consommation, les objectifs du séjour et la continuité de la prise en charge seront définis en contact avec le médecin traitant. Ce dernier veillera à transmettre toutes les informations utiles au préalable, en indiquant tous les produits psychotropes prescrits afin que le service hospitalier puisse les mettre à disposition dès l'admission.

Lors d'une admission urgente, les médecins hospitaliers prendront les contacts nécessaires avec le médecin traitant ou l'institution en charge, pour recueillir toutes les informations utiles.

### **b) Patient dont la dépendance n'est pas connue :**

L'usage abusif de produits psychotropes devra rapidement être identifié notamment chez un patient présentant des troubles du comportement. Les signes de manque notamment devront être reconnus. S'il y a lieu, un usager d'alcool, de benzodiazépines ou d'opiacés, non pris en charge jusque là, se verra proposer un traitement de substitution (v. recommandations ad hoc).

## **Medication :**

- **Antalgie :** Un patient en traitement de substitution à la méthadone ressent la douleur autant que tout autre individu, voire davantage. Il a donc besoin d'une médication antalgique adéquate en cas de douleur aiguë. Si l'intensité de la douleur requiert l'emploi d'un opiacé, il faudra par conséquent administrer les mêmes dosages (voire un peu plus élevés et à des intervalles plus fréquents) que s'il n'y avait pas de substitution. Pratiquement on gardera les mêmes doses de substitution de méthadone et on ajoutera un opiacé de courte durée d'action à titrer selon les besoins antalgiques. Alternativement on pourrait aussi utiliser un supplément de méthadone, qu'on ajoutera à la dose habituelle de substitution, mais qu'on donnera en 3 ou 4 prises quotidiennes, l'effet antalgique de la méthadone étant plus court que son effet de substitution (env. 4-8 h versus >24 h). Dans tous les cas il faut utiliser des opiacés ayant une action agoniste pure et absolument éviter ceux ayant une action agoniste - antagoniste ou agoniste partielle tels que pentazocine (Fortalgésic), nalbuphine (Nubain) ou buprenorphine (Temgesic) qui risquent de provoquer un syndrome de sevrage aigu.

Il est recommandé de discuter chaque cas avec le médecin anesthésiste.

- **Psychotropes** : éviter les produits susceptibles de créer une addiction, notamment les benzodiazépines de courte durée d'action. Cette recommandation sera particulièrement appliquée lors de consultations ambulatoires au service des urgences. Un patient agité et angoissé, abusant de drogues, devrait recevoir plutôt des neuroleptiques (p.ex. Nozinan, Truxal) ou des benzodiazépines de longue demi-vie (p.ex. Solatran – Rivotril – Tranxilium) pour une durée limitée
- **Somnifères** : la même prudence s'impose avec Imovan ou Stilnox, dont certains consommateurs abusent et les mélangent à l'alcool, ce qui entraîne souvent une perte de contrôle préjudiciable.
- **Prescription à la sortie** : un patient déjà suivi par une institution ambulatoire spécialisée pourra bénéficier de la dispensation quotidienne par cette institution ou une pharmacie, au titre d'aide à la gestion. Le cas échéant, prière d'adresser un fax du formulaire de sortie au 032 421 80 81 pour les patients suivis à Delémont, 032 466 87 68 à Porrentruy, 032 481 15 93 à Tavannes.

Les médecins des centres ambulatoires (Contact, Trans-AT) sont disponibles pour la contribuer à toute modification ou introduction d'un nouveau traitement.

### **3 a. Surdosage**

Un protocole pour la prise en charge des « surdosages » des différents produits sera disponible au service des urgences et des soins intensifs ou continus. Les médecins-internes qui participent à la garde en seront régulièrement instruits.

### **3 b. Situations de crise**

La consommation compulsive de produits, tout particulièrement de la cocaïne mais aussi de benzodiazépines + alcool peut conduire à une décompensation aiguë avec perte de maîtrise ou à un état d'épuisement. Le médecin praticien peut s'adresser aux services spécialisés pour requérir des conseils pour la gestion de la crise ou pour trouver un lieu d'accueil adéquat. L'expérience a montré qu'une hospitalisation de courte durée, avec l'accord du patient, sans autre objectif que la mise à l'écart temporaire, peut aider à la mise en place d'un cadre à l'extérieur permettant la diminution du taux de rechute.

La clinique psychiatrique de Bellelay accepte tout patient bernois qui lui est adressé d'urgence, même si elle ne dispose pas de lit libre. Elle se charge au besoin de transférer le patient dans un autre établissement.

L'UHMP accepte tout patient jurassien adressé en urgence et procède de même en cas de manque de place. Un psychiatre de garde est atteignable 24h/sur 24 tous les jours par les urgences de trois sites de l'hôpital du Jura.

Lorsque le patient constitue un danger pour autrui, il peut être fait appel à la police.

(\*) Constitution du Groupe de travail : J-L Baierlé, médecin cantonal Jura - H. Beutler UHPA – M. Climent CMP et UHMP - J-A Dubois médecin « dépendances » Jura bernois – M. Gainon médecin des prisons Jura - J-J Junod médecin praticien Jura – P. Maurer Clos-Henri - T. Parret hôpital du Jura bernois – A. Piguet médecin praticien Jura bernois – F. Poupon trans-AT – L. Riat pharmacienne – P. Schubarth hôpital du Jura – E. Tolotti Centre Contact - J-P Bernhardt médecin « dépendances » du Jura