

ADDICTOLOGIE DE LIAISON

Dr GUILLOU LANDREAT Morgane

PH

CHRU BREST

Expériences personnelles ?

Expériences personnelles ?

Quelles sont les spécificités de l'addictologie de
liaison ?

Historique

Années 1990

Prise en compte de l'importance du **problème de mésusage de substances psycho actives à l'hôpital** et des coûts humains, sociaux et médicaux s'y rapportant

Pour la pathologie alcool, le coût global a été estimé en 1996-97 à au - 12 milliards d'euros

En réponse à l'**épidémie du VIH chez les usagers de drogues** par voie intra veineuse, le plan toxicomanie- sida de l'AP-HP(1995-2000) a mis en place des **premières équipes de coordination et d'intervention mobile** auprès des usagers de drogues connues sous le nom d'Ecimud

Auparavant , addictions plutôt considérées comme un problème d'ordre social et peu médical...

Le contexte réglementaire

- La circulaire du 3 avril 1996 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes, fixe comme **objectif l'amélioration de la prise en charge** de ces patients à l'hôpital, et prévoit la **mise en place d'équipes de liaison et de soins aux toxicomanes**.
- La circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison stipule: « les ETB de santé doivent organiser les conditions d'une **prise en charge spécifique des sujets alcoolo dépendants**, et des buveurs excessifs, que la consommation d'alcool soit la cause de l'hospitalisation ou qu'elle soit repérée à cette occasion » et ce, sans se substituer aux équipes soignantes .

Le contexte réglementaire

- La circulaire du 8 septembre 2000 introduit le concept d'addictologie au sein de l'hôpital:
 - un cadre d'organisation et de fonctionnement des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie
 - Définition des missions
 - Nécessité d'offrir des réponses centrées sur les conduites de consommation
 - Dotations spécifiques allouées aux régions

3 principaux objectifs théoriques

Introduire à l'hôpital une " culture addictologique" parmi le personnel soignant

- Développement de compétences nécessaires, grâce à des actions de formation spécifiques

Accompagner et soutenir les équipes soignantes dans leur démarche de travail en réseau

Coordonner les équipes hospitalières de liaison avec les structures de soins ambulatoires autour des patients.

Objectif : parcours de soins

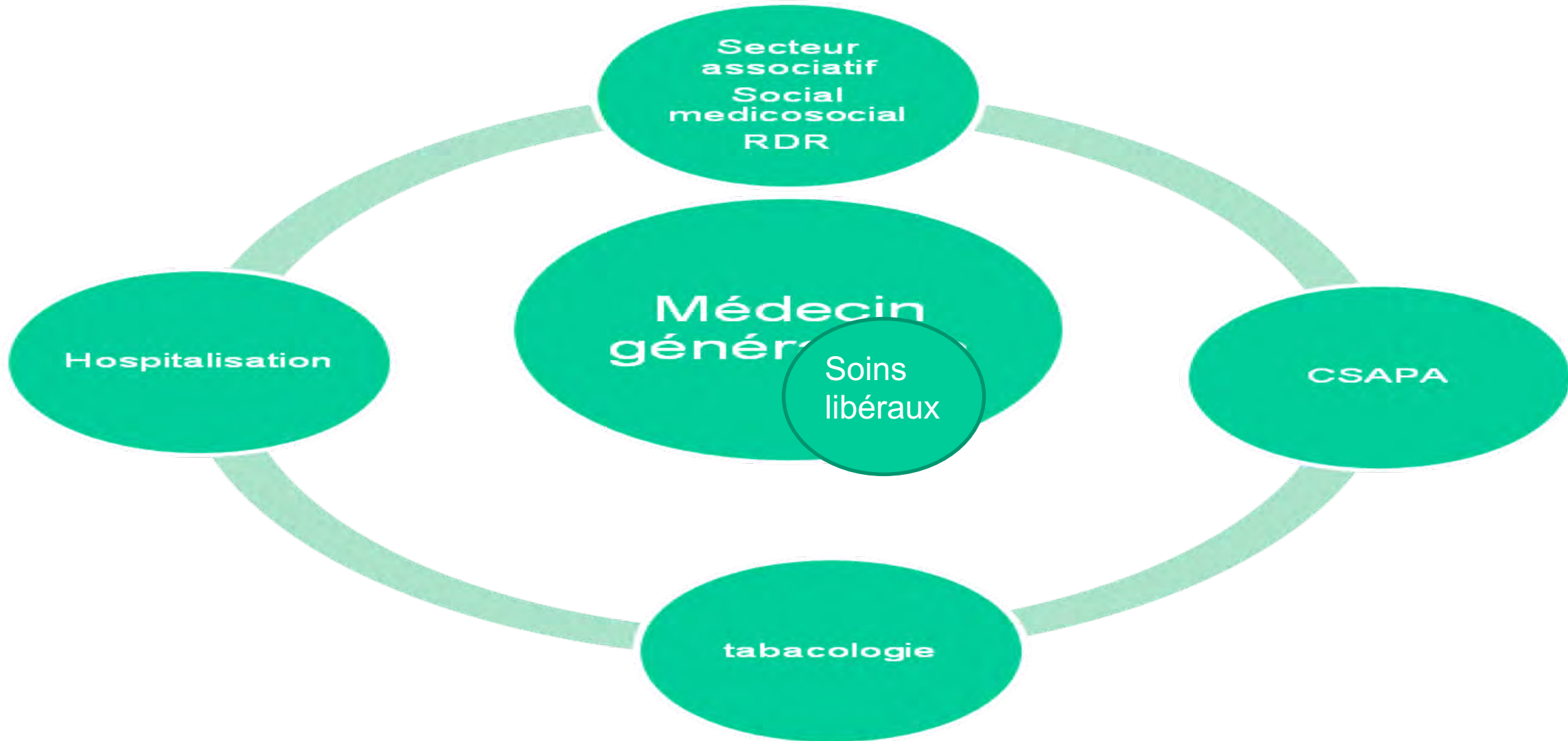
Favoriser une prise en charge globale, multidisciplinaire

Depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital

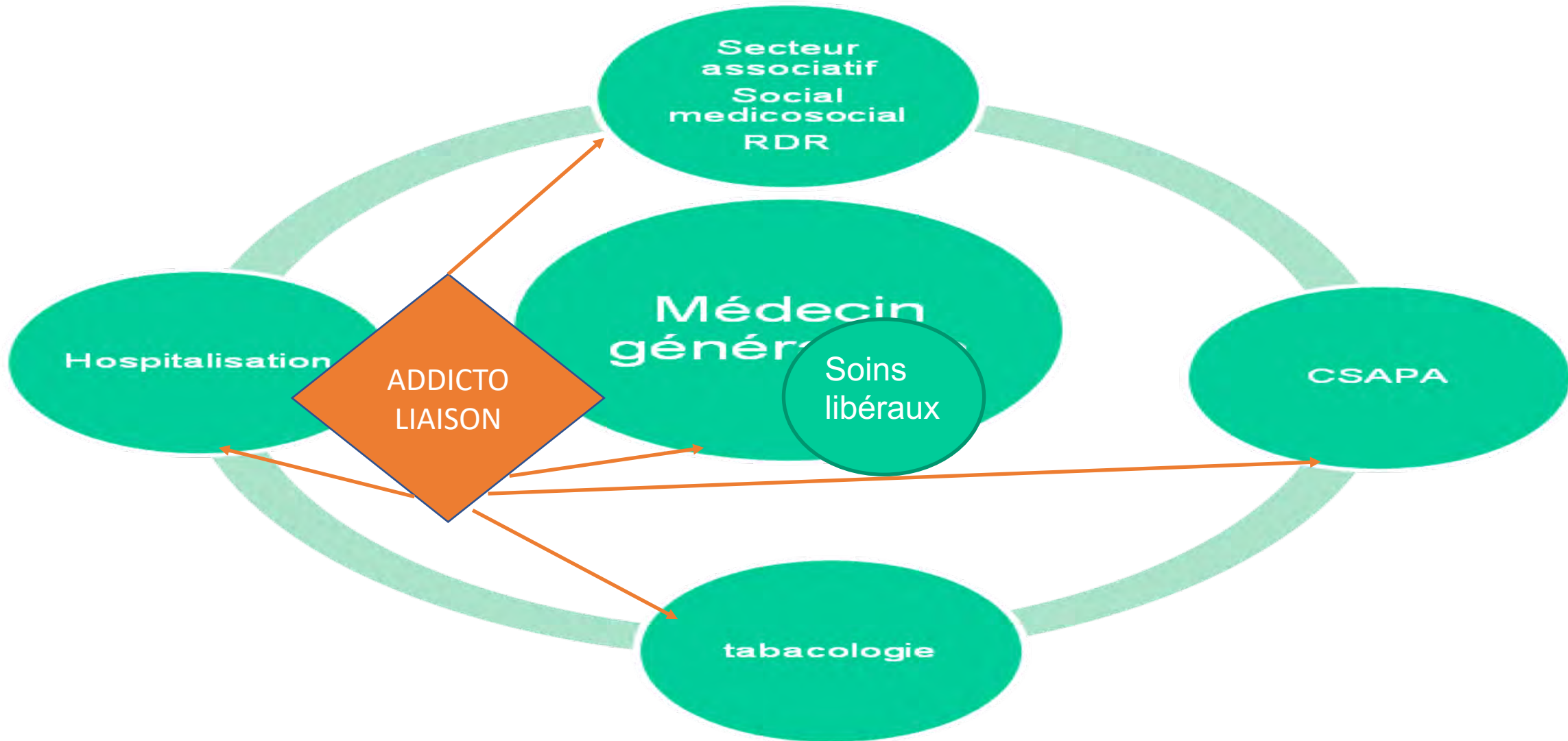
Assurer des relais ultérieurs

Travail de partenariat intra et extrahospitalier

Dispositif soins addictologie



Dispositif soins addictologie



Un premier niveau de recours et de soins

- Niveau 1 de proximité
 - **Activité de liaison** , consultations au sein d'une « unité fonctionnelle » , sevrages simples
- Niveau 2 de recours sur un territoire
 - Structures de court séjour soins résidentiels complexes (HC/HDJ) et soins de suite et de réadaptation.
- Niveau 3 : structure de recours régional , valence universitaire

Missions des équipes de liaison en addictologie

Missions de soins:

Dans l'ensemble des services de l'ETB de santé, dont les services d'urgence, pour :

- o Aider au **repérage précoce** des problèmes addictifs
- o Contribuer à l'**évaluation** de l'addiction
- o **Aider** les équipes soignantes
- o **Préparer la sortie** et **orienter** vers le dispositif adapté

Missions des équipes de liaison en addictologie

Autres missions

- o Sensibilisation et formation des équipes de soins à l'addictologie
- o Articulation avec les autres acteurs sanitaires et sociaux concernés
- o Participation à des activités de recherche

,

En pratique

Un terrain particulier ...

- Collaboration avec les équipes de psychiatrie?



Un terrain particulier ...

- Collaboration avec les équipes de psychiatrie?



Spécificités de interventions addictologiques à faire valoir

Interventions d'addictologie de liaison récentes dans services d'urgences

Dans certains hopitaux : interventions uniquement la semaine de liaison

Double prise en charge utile

Situations complexes doubles diagnostics

selon les motifs d'hospitalisation,
selon les protocoles locaux

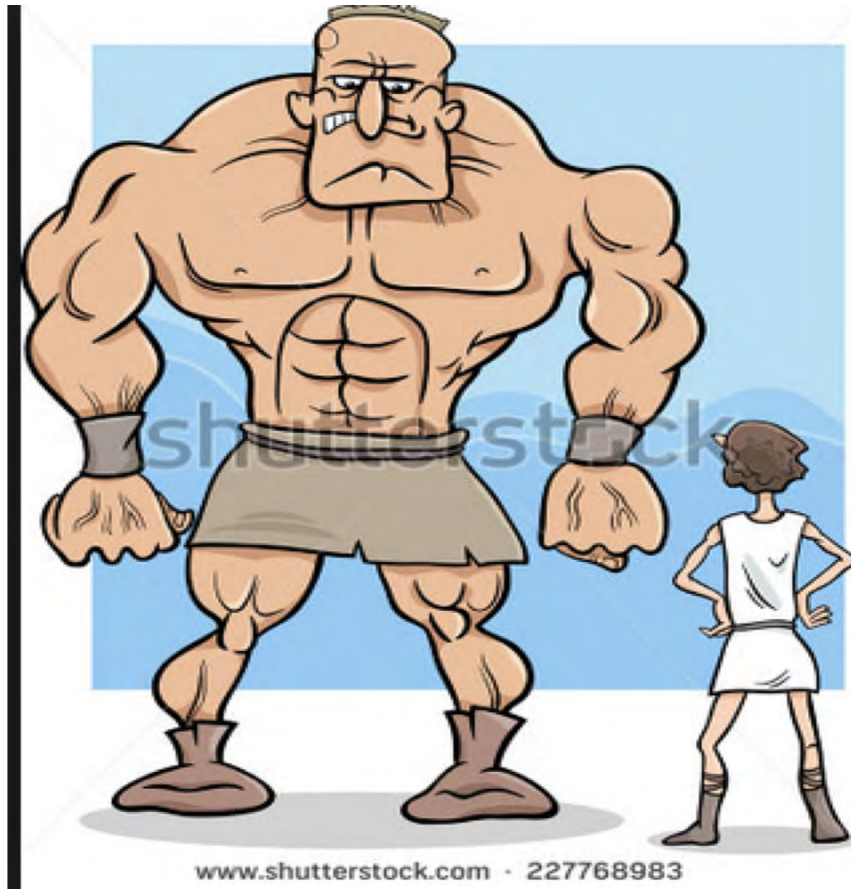
Situations sévères d'échecs, avec passages itératifs urgences : autre regard ?

Situations de demande de soins sous contrainte

Indications posées par les services demandeurs :
sensibilisation aux spécificités /champs d'interventions

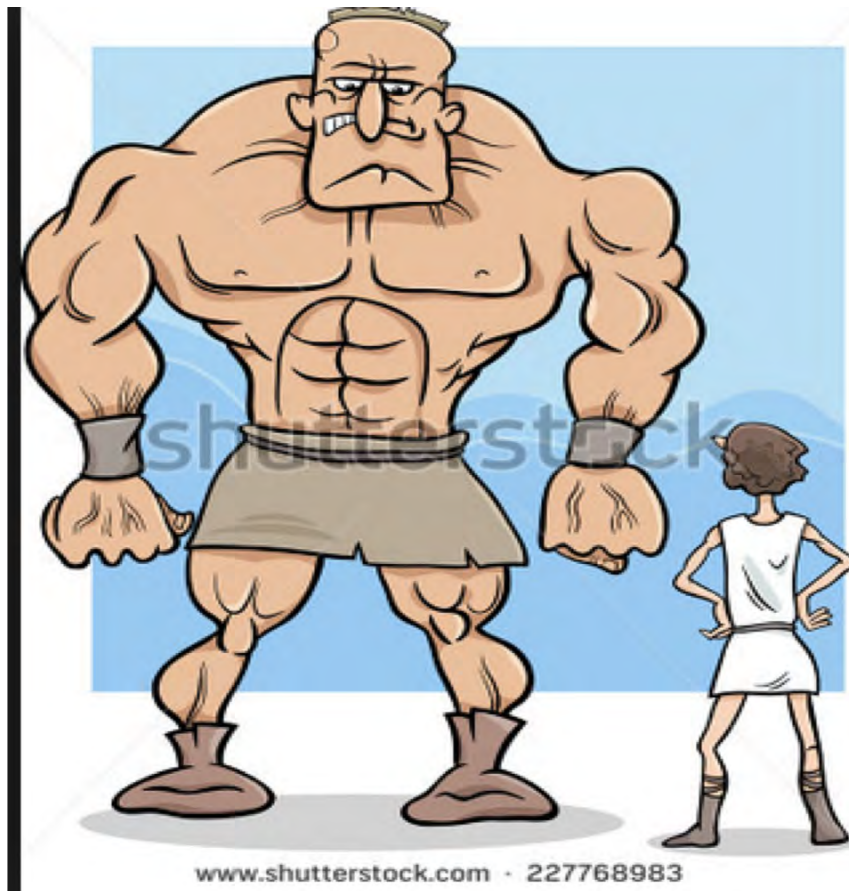
Un terrain particulier ...

- Collaboration avec les équipes de médecine et chirurgie ?



Un terrain particulier ...

- Collaboration avec les équipes de médecine et chirurgie ?



*Les médecins de la vraie médecine
Et ceux s'occupant de psy quelque chose*

Addictologie de liaison = proximité de médecine

Instillation de l'approche médicosychosociale dans un monde médical, « biomédical »

Mais importance +++ en liaison du **langage médical**

Et surtout importance de l'**échange**

Répondre aux questions

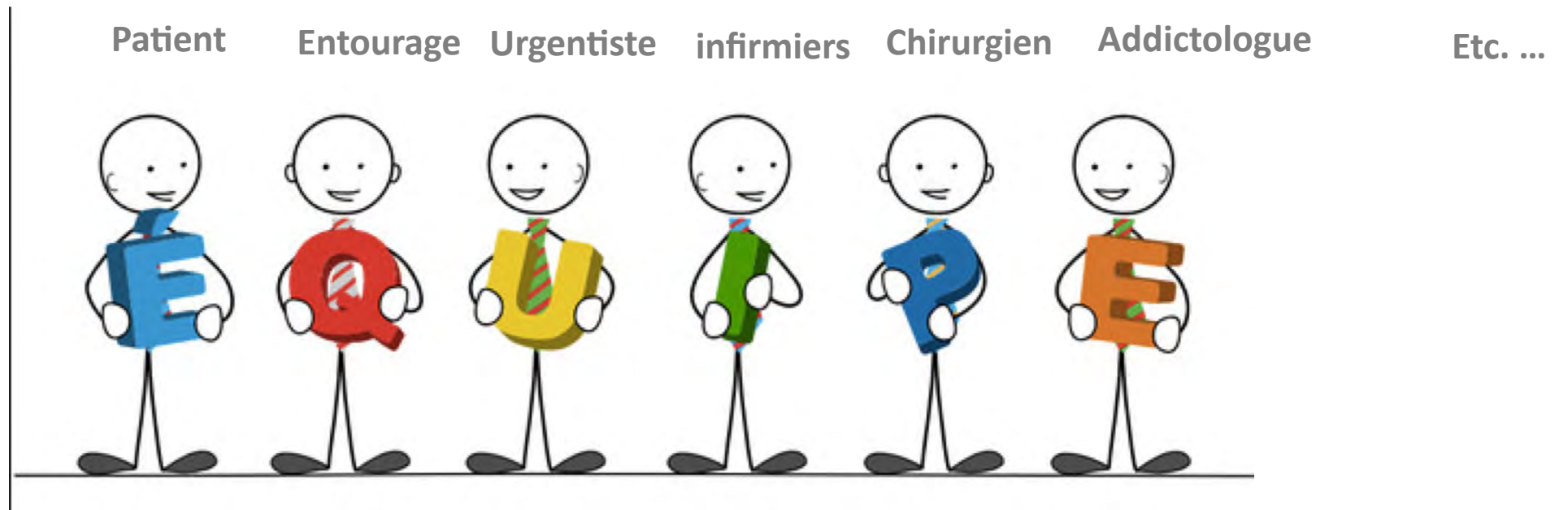
S'engager sur un avis, une CAT

Beaucoup de questionnements pharmacologiques
et **l'ÉCRIRE**

et LE DIFFUSER A ceux qui ont pose la question
et à ceux qui suivent le patient dont le **MG ++**

Un terrain particulier ...

- Alors que



Un terrain passionnant ...



Au supermarché, c'est toujours la fête de la bière



Le vin est-il de l'alcool ?? Un débat national en 2018

Plus politique que médical....

Aboutissant à une surnormalisation
de la boisson la plus consommée en France

Publié le 05/03/2018 à 10:14

"Vu du foie, le vin est bien de l'alcool"

Actu Santé

Partager



Réagir 1 réaction

S'ABONNER



Le vin représente près de 60% de la consommation d'alcool relèvent des médecins dans une tribune publiée ce lundi RelaxNews / Instants / Istock.com

(AFP) - "Vu du foie, le vin est bien de l'alcool", vu de la science aussi, soulignent des médecins dans une tribune publiée lundi dans Le Figaro à la suite de déclarations du président de la République.

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour vous proposer des contenus et services adaptés à vos c

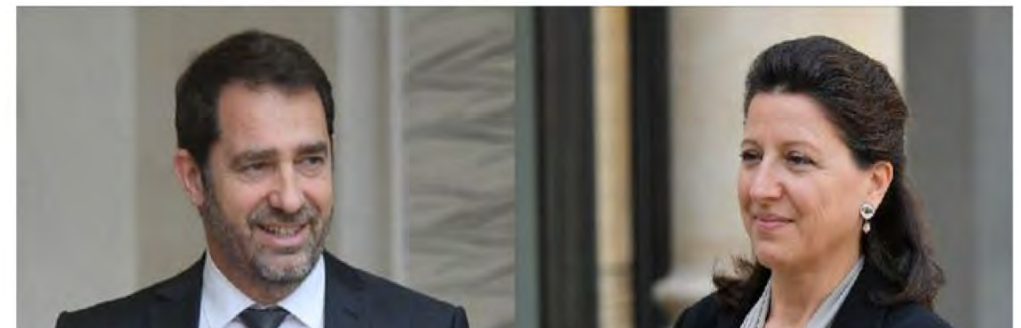
Macron, le président qui aimait le vin

8 MAI 2017 1 COMMENTAIRE



«C'est un alcool qui n'est pas fort» : Castaner contredit Buzyn sur le vin

Par Pierre Lepelletier | Mis à jour le 22/02/2018 à 16:59 / Publié le 22/02/2018 à 11:52



Un terrain passionnant ...



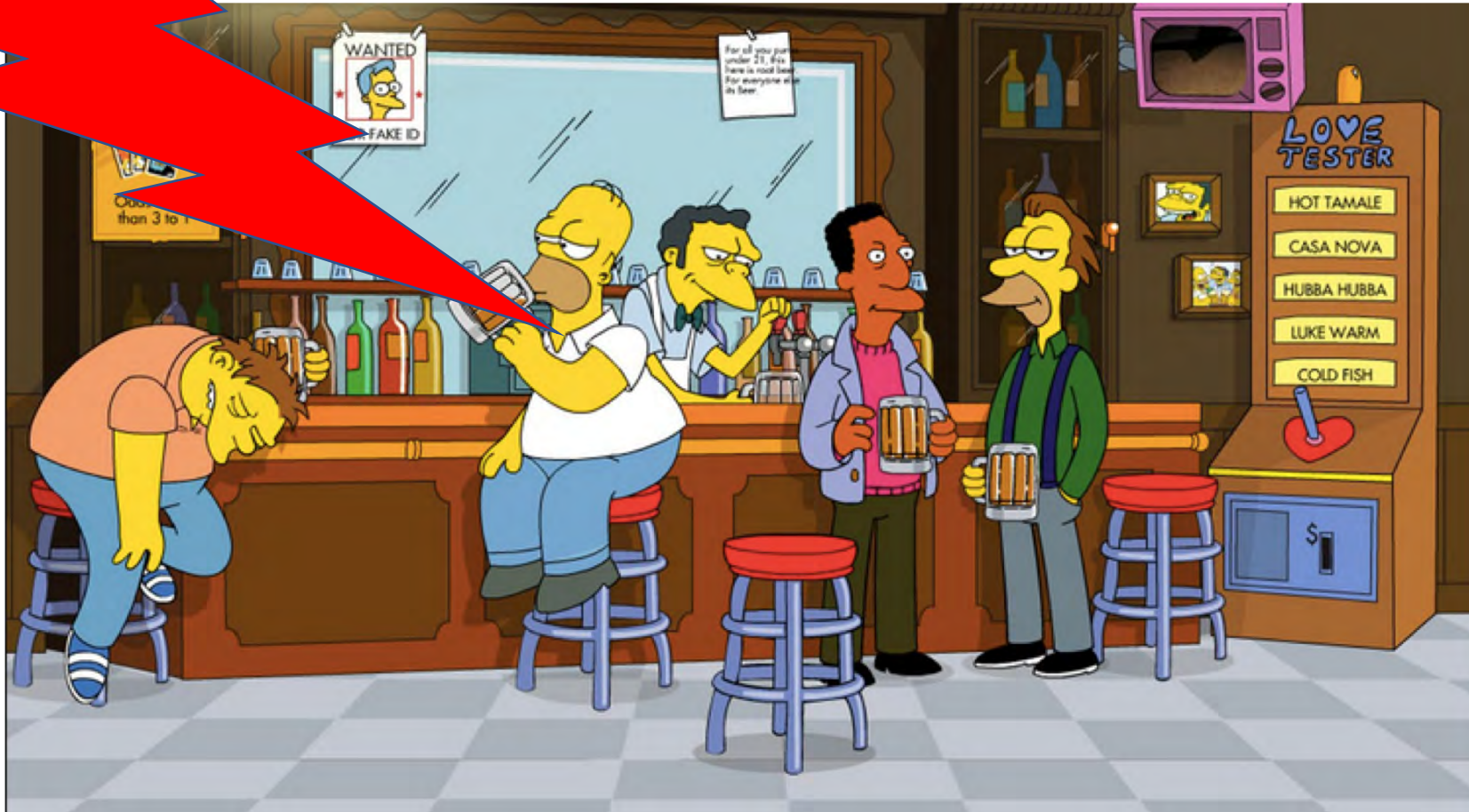
Banalisation
Normalisation
Entrainement social
Tolérance
Craving
Incapacité à s'arrêter
Expositions répétées
Rechutes

*Cercle vicieux
des troubles de l'usage*

....

Un terrain passionnant ...

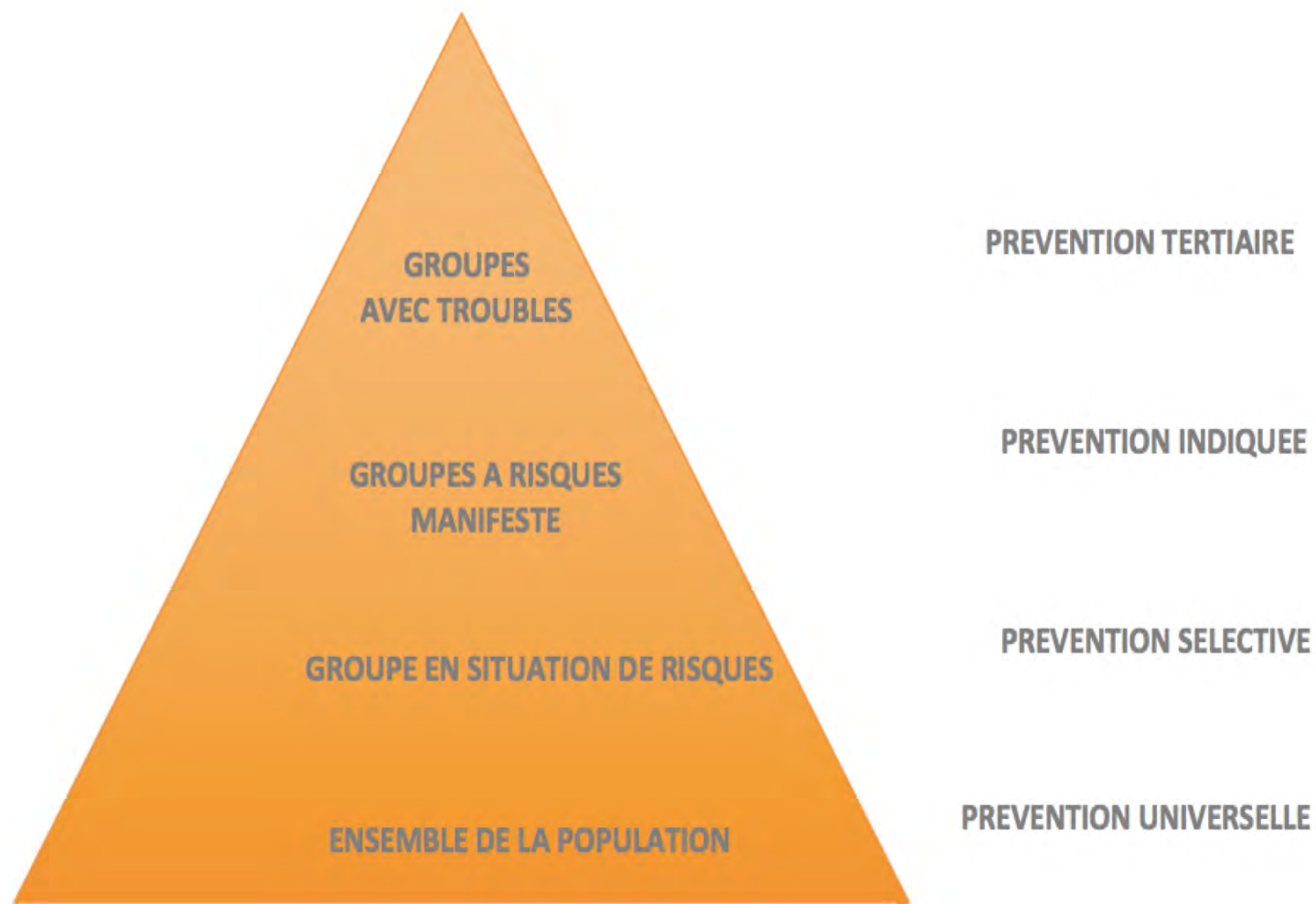
Un évènement vient interrompre un rythme de vie
Et va permettre de questionner un comportement à
risque



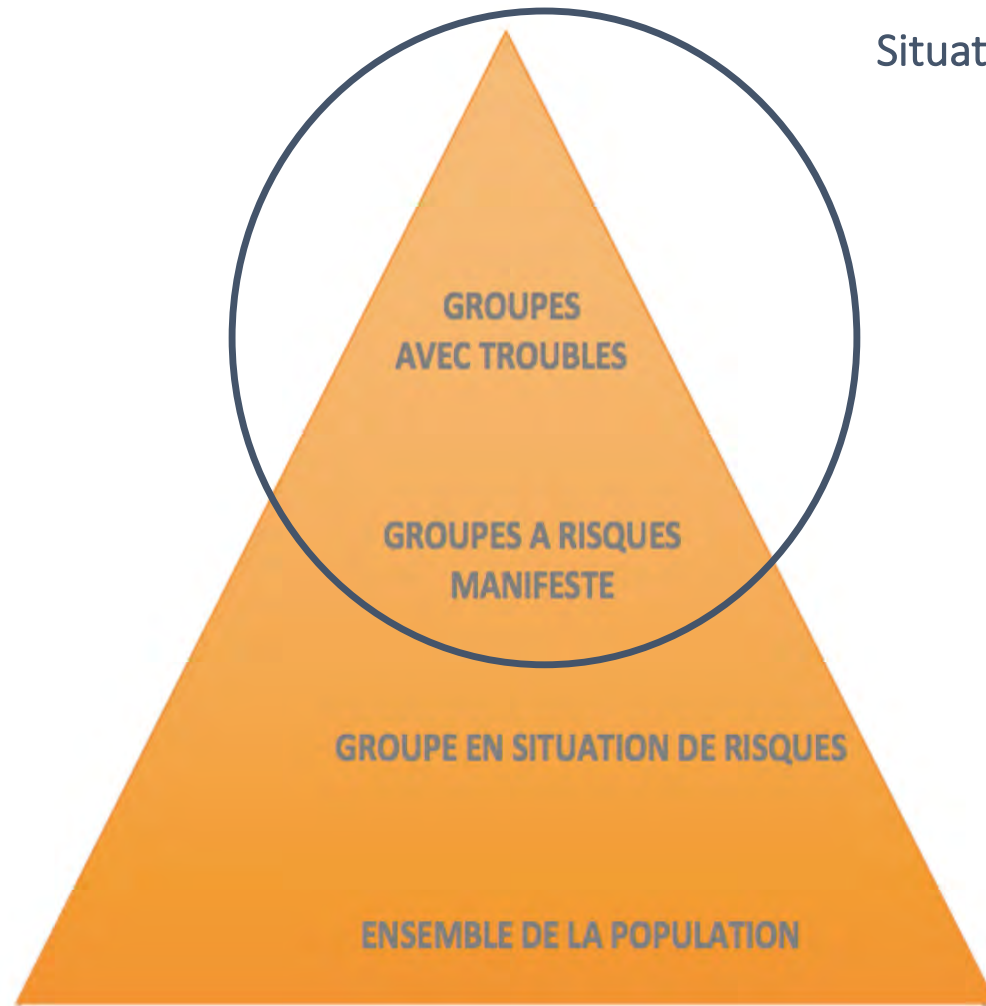
Une démarche spécifique : aller au devant des besoins

- Nul besoin que le sujet perçoive ou ressente un problème de comportement addictif
- Nul besoin que le sujet exprime une demande d'aide par rapport à son comportement
 - Au contraire : une consultation menée aux urgences auprès de patients non demandeurs est vécue plus positivement que chez les demandeurs
- Dès qu'un **comportement addictif à risque** est identifié , une intervention d'addictologie de liaison est justifiée
- Nul besoin que le repérage soit médical : tout intervenant auprès de patients doit se sentir concernée par le repérage de conduites addictives

Une démarche de prévention



Une démarche de prévention



Situations rencontrées en addictologie : consultations, hospitalisations

PREVENTION TERTIAIRE

PREVENTION INDIQUEE

PREVENTION SELECTIVE

PREVENTION UNIVERSELLE

Même si

[Alcohol](#). 2017 Mar;59:1-6. doi: 10.1016/j.alcohol.2016.09.028. Epub 2016 Sep 24.

Seeking mental health care from private health practitioners among individuals with alcohol dependence/abuse; results from a study in the French general population.

[Constant A](#)¹, [Sherlaw W](#)¹, [Kovess-Masfety V](#)².

Concernant les troubles de l'usage d'alcool en population générale

3.4% de patients présentent des troubles de l'usage d'alcool

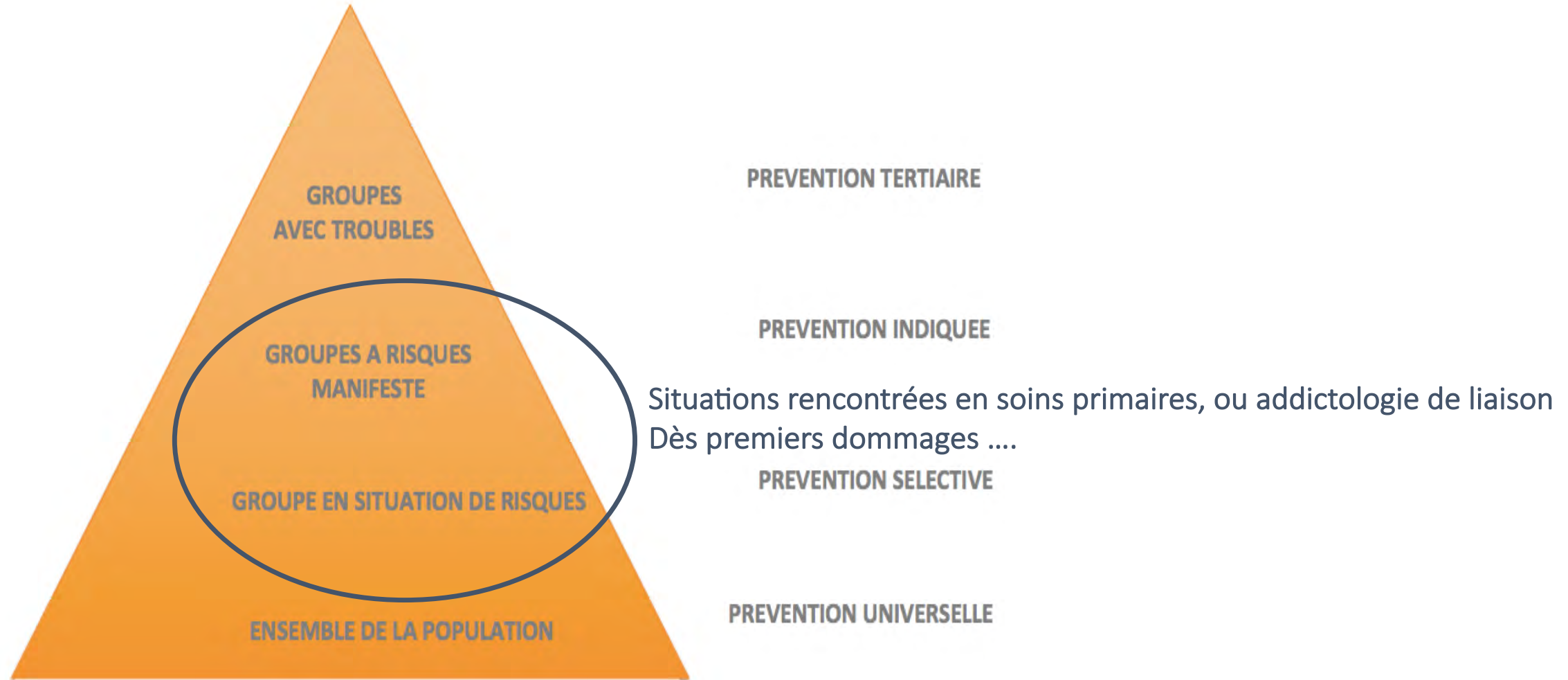
MAIS SEULS 37.5% demandent de l'aide

Et parmi ceux demandant de l'aide , les soins spécialisés sont très peu sollicités

MG = central dans l'accès aux soins

- 56.1% ont uniquement recours au MG
- 34.4% MG + psychiatre

Une démarche de prévention



Mission de repérage ++

- Patients passant aux urgences pour des raisons autres qu'addictologiques : peut être seule(s) occasions de repérer troubles ou risques
- Près d'un patient sur 5 admis dans un SAU présente une alcoolémie positive, quel que soit le motif d'admission (1)
- Les services d'urgences : lieu de repérage et d'initiation de prise en charge +++ (2)

(1) World Health Organization. *Alcohol and injury in emergency departments : summary of the report from the WHO Collaboration Study on Alcohol and injuries*. Genève (suisse). 2007 ; (2) Menecier P., Girard A., Badila P. et al. « L'intoxication éthylique aigue à l'hôpital : un enjeu clinique . Etude prospective sur un an en hôpital général » *Rev. Med. Int.* 2009 ; (30) : 316-321

Interventions les + précoces et ciblées possibles

- Mesures de prévention sélective
 - Exemples des sujets hospitalisés pour Alcoolisations aiguës sans troubles de l'usage
 - Evaluation, Intervention brève, ou travail motivationnel, réductions de risques
- Mesures de prévention indiquée
 - Populations à risques
 - Patients avec hépatopathie , patients avec pathologies cancéreuses, patients douloureux chroniques etc.
 - Mesures de prévention indiquée
 - Exemple : groupe d'éducation thérapeutique et de prévention des conduites addictives, consultations conjointes, mise en place de stratégies de repérage systématiques dans populations à risques

Exemple des urgences de CHPM

Quel est le profil des usagers
problématiques d'alcool aux urgences ?

Matériel et méthode

Etude épidémiologique, descriptive, prospective, monocentrique au SAU du CHPM du 18 au 25/03/2013

- Distribution d'un auto-questionnaire anonyme **à tous les patients** consultant au SAU (par les infirmiers ou les médecins)

→ questions socio-démographiques

→ questions sur les habitudes de vie et les addictions

→ Les 3 questions du test AUDIT-C

Test AUDIT-C

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d 'alcool?

(0) Jamais (1) ≥ 1 fois/mois (2) 2 à 4 fois/mois (3) 2 à 3 fois/semaine (4) ≥ 4 fois/semaine

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?

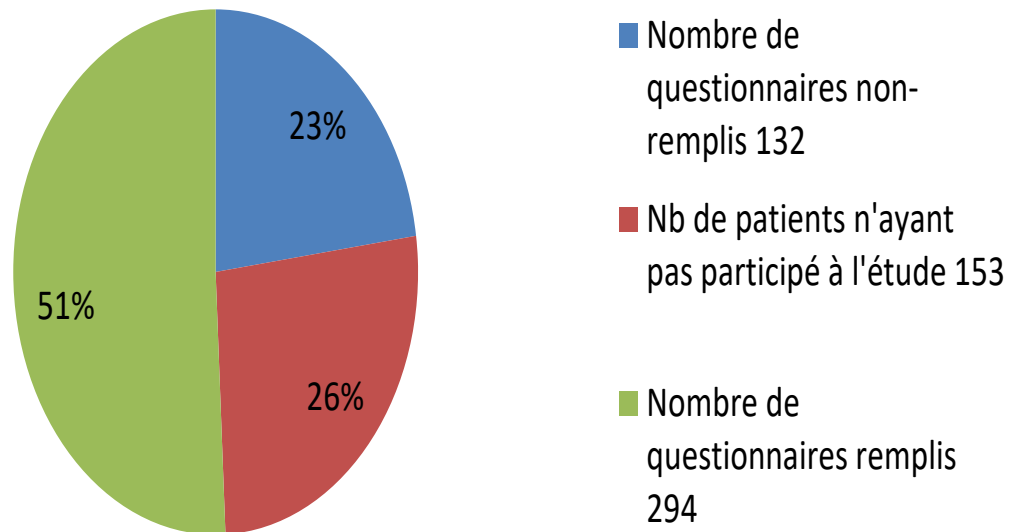
(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8, 9 (4) 10 ou plus

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

(0) jamais (1) < 1 fois/mois (2) 1 fois/mois (3) 1 fois/sem (4) tous les jours ou presque

Résultats

Taux de participation aux questionnaires



579 passages au SAU : 426 questionnaires récupérés dont 294 renseignés (51%)

132 non-remplis

→ Refus (41), Tb conscience (18), Urgence vitale (5)

→ Pb communication (48) dont 5 addictions et 3 alcoolisations

31 alcoolémies positives

51% de PARTICIPATION

Les personnes passant aux urgences
répondaient donc volontiers à un
questionnaire évaluant leurs habitudes
de viedont les conduites addictives

Un taux élevé de mésusage OH

35% de mésusage d'alcool :

plus d'un patient sur 3 passant aux urgences

29% des femmes et 45% des hommes avaient un
mésusage

Sur la même période, seuls 31 éthylotests positifs sur 579
passages : 5.3% de repérage

Profil patient ayant mésusage OH

- un homme
- avec une activité professionnelle
- accompagné
- consultant pour Pb traumatologique ou Pb médical aigu
- ayant déjà consulté aux Urgences dans les 2 ans
- n'ayant jamais été hospitalisé
- ne prenant pas de traitement médicamenteux
- Etats de santé physique et Moral $\geq 5/10$
- présentant une autre addiction
- ayant un Score AUDIT-C $\approx 4-5$

Profil patient ayant mésusage OH

- un homme
- avec une activité professionnelle
- accompagné
- consultant pour Pb traumatologique ou Pb médical aigu
- ayant déjà consulté aux Urgences dans les 2 ans
- n'ayant jamais été hospitalisé
- ne prenant pas de traitement médicamenteux
- Etats de santé physique et Moral $\geq 5/10$
- présentant une autre addiction
- ayant un Score AUDIT-C $\approx 4-5$

Enfinement Mr tout le monde...



- TROUBLES DE L'USAGE D'ALCOOL

≠

- « ALCOOLIQUE »

Donc parmi les rôles de l'addictologie de liaison

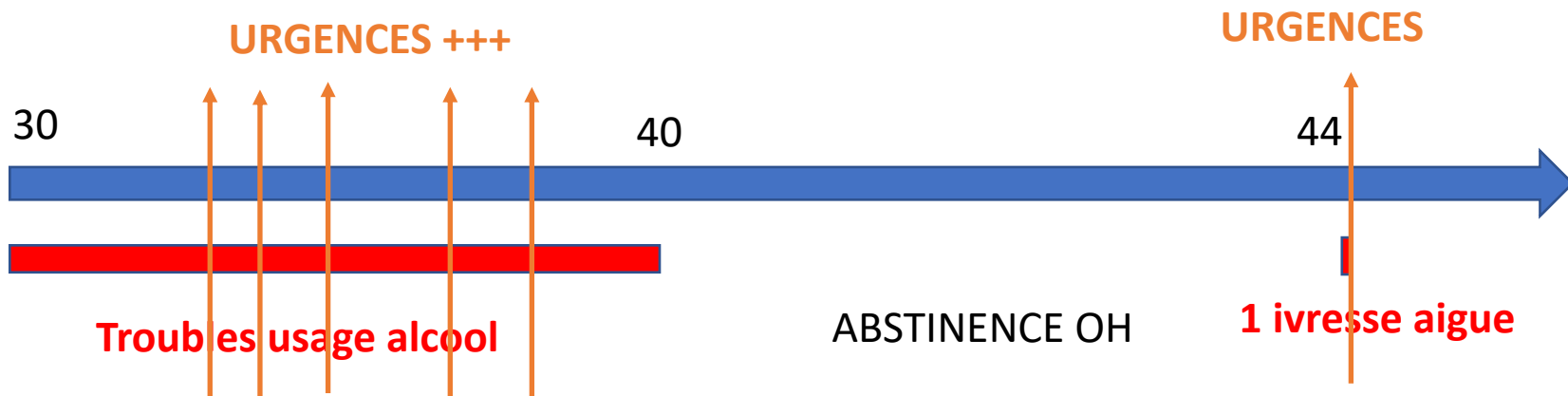
- Travailler sur les représentations.....
- Faire l'avocat des personnes présentant des conduites addictives
- Valoriser les ressources relationnelles de chacun
- Promouvoir le non jugement et l'empathie +++
- Travailler sur les résistances au repérage

- Formations sur les compétences relationnelles et techniques +++



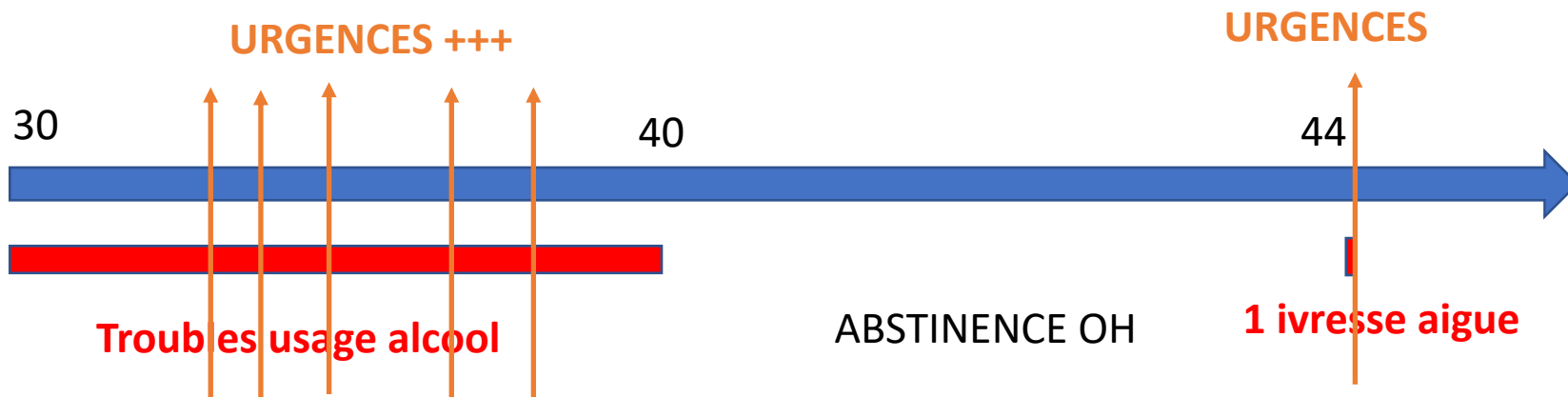
Donc parmi les rôles de l'addictologie de liaison

- VRP de votre spécialité
- Resituer les situations dans l'histoire de vie des patients
- Professionnels ne rencontrant que des personnes hospitalisées



Donc parmi les rôles de l'addictologie de liaison

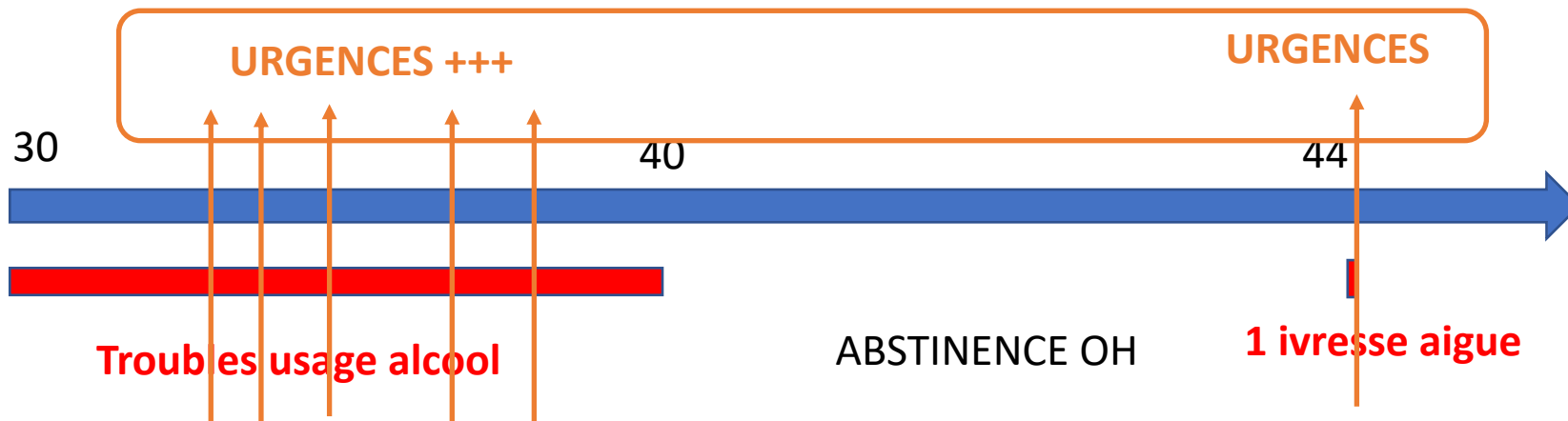
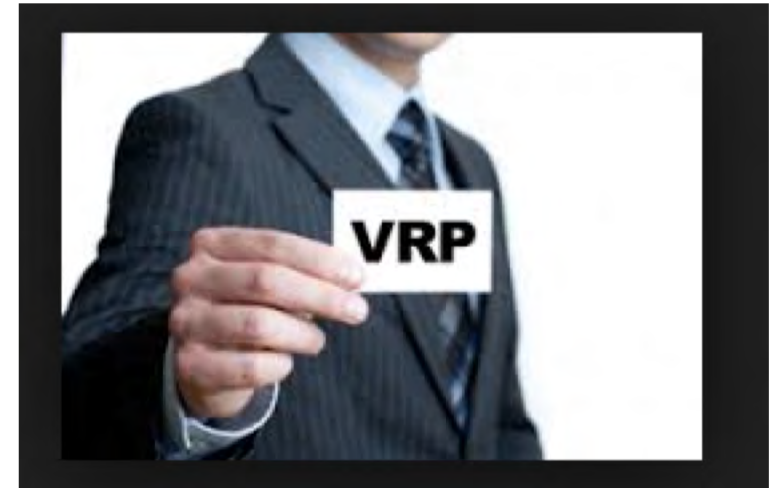
- VRP de votre spécialité
- Resituer les situations dans l'histoire de vie des patients
- Professionnels ne rencontrant que des personnes hospitalisées



URGENCES :
*On ne vous a pas appelé,
Il est archi connu,
il s'est encore alcoolisé ...*

Donc parmi les rôles de l'addictologie de liaison

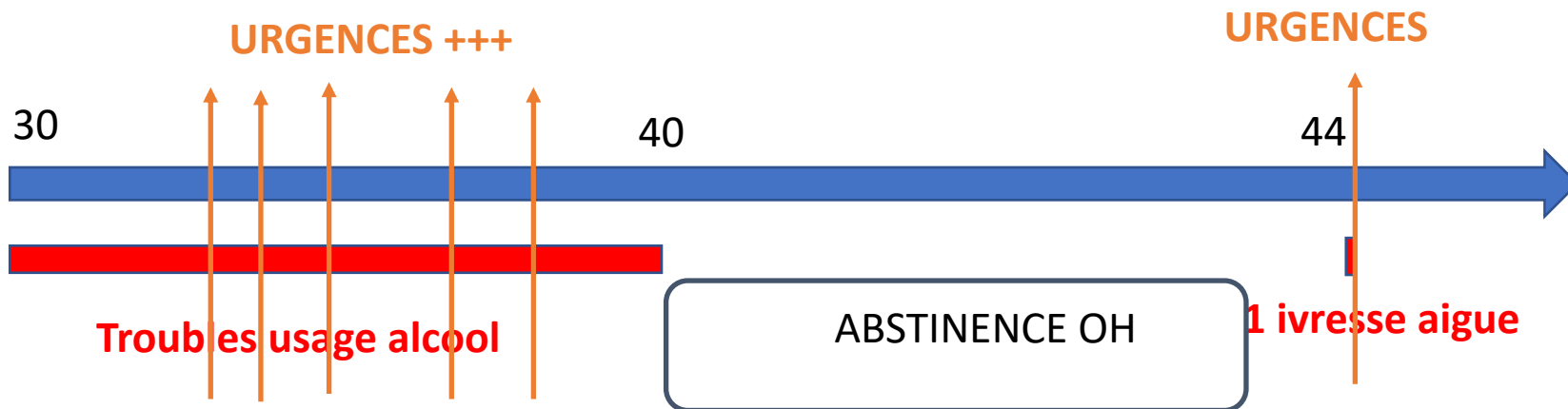
- VRP de votre spécialité
- Resituer les situations dans l'histoire de vie des patients
- Professionnels ne rencontrant que des personnes hospitalisées



URGENCES :
Réaction normale
Ne voit que les épisodes de décompensation

Donc parmi les rôles de l'addictologie de liaison

- VRP de votre spécialité
- Resituer les situations dans l'histoire de vie des patients
- Professionnels ne rencontrant que des personnes hospitalisées



ROLE DE ADDICTOLOGIE DE LIAISON
SOULIGNER LES CHANGEMENTS
RENFORCER POSITIVEMENT
VALORISER LE FAIT QUE MOINS,
C'EST MIEUX

[Substance related disorder in emergency services: Which attitudes?]

[Article in French]

Rica M¹, Principe A², Le Reste JY³, Guillou Landreat M⁴.

- Augmentation de la perception de proportion de conduites addictives aux urgences par les soignants // instauration addicto liaison urgences
 - Mais pas d'évolution du nombre de proposition de consultation d'addictologie de liaison
- Plus de freins perçus au repérage après mise en place de liaison
- Impression d'écoute, non vécue comme aidante, peu de disponibilité, sentiment d'impuissance
 - Or Vécu d'incompétence = à risque de réactions de rejet et de jugement non professionnelles
 - Donc développement de formations sur **relation empathique de toute équipe d'urgence**
- Accessoirement : 56 % personnellement concernés par conduites addictives (eux /entourage)

Beaucoup de missions ... pas seul !

- Accepter le **principe d'une évaluation/orientation rapide**
 - Peu de suivis sur le long terme
 - En théorie : cadre de cs pendant les séjours hospitaliers et +/- 3 cs post urgences/post hospitalisations avant relais
- Mais cadre élargissable à la prise en charge conjointe de patients présentant des pathologies chroniques
 - Suivi en ambulatoire ou en HDJ de plus en plus développés
 - Maintien d'une unité de lieu , voire de temps pour favoriser prise en charge conjointe
 - Intégration de la prise en compte des conduites addictives comme une variable essentielle et non accessoire dans les troubles chroniques présentés
 - Cirrhoses, VIH, cancers , maladies de système etc.
 - Valorise le sujet en acteur de sa prise en charge ++ changement des comportements va favoriser une amélioration, un moindre niveau de complications

Beaucoup de missions ... pas seul !

- **EQUIPE DE LIAISON : rôle central : les IDE ++++**
- Intervention infirmière en premier lieu
- Compétences relationnelles, autonomie, capacité d'évaluation, de conseils , d'orientation, adaptabilité
- Délégations de tâches , infirmière avancées spécialisées
 - Bonne maîtrise de la gestion des urgences addictologiques (sevrage alcool, sd d'hyperémèse cannabique, questions autour des MSO..) et d'orientation médicale nécessaire
 - Bonne maîtrise et connaissance du réseau
- Travail en collaboration avec équipe médicale , rédaction de protocoles ...

Une évaluation multidimensionnelle à mener rapidement

Evaluation globale médicopsychosociale transversale

- Individu : quelles vulnérabilités ?
- Contexte : facteurs de risque? Facteurs protecteurs?
- Conduite addictive : caractéristiques ?

Evaluation globale longitudinale

- Histoire de vie
- Histoire des conduites addictives

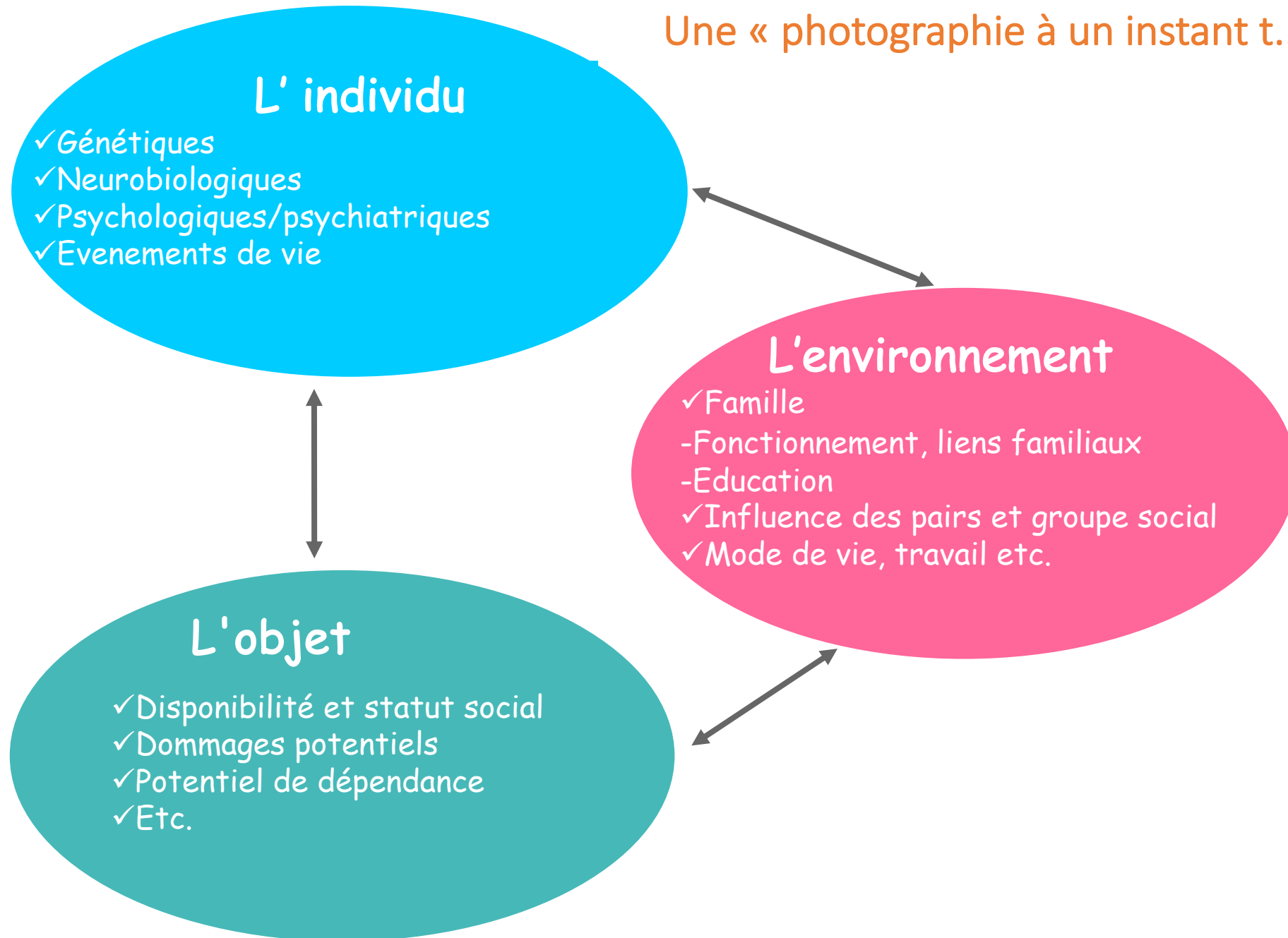
Evaluation des dommages et des risques

- Immédiat ? Moyen ou long terme?

Evaluation des motivations au changement

Evaluation des ressources disponibles

Une « photographie à un instant t.. »



Beaucoup de missions ... pas seul !

- Orientations possibles
 - Consultations IDE liaison : en réel, par téléphone
 - Consultations médicales addictologiques
 - Situations complexes : risque médical, risque addictologique, risque psychiatrique
 - Besoin/ demande d'hospitalisations : HTTP, HDJ..
 - Besoin/demande de suivis
 - Problèmes médicaux, questions pharmacologiques
 - Consultations sociales
 - Consultations par le MG
 - Orientations /réorientations vers CSAPA : demande de suivis de soutien , pas de risques immédiats, selon proximité de logement et faisabilité pratique aussi !
 - Orientations vers la psychiatrie libérale ou cliniques : demandes des familles, des patients
 - Pas d'orientation : entretien unique, pas de signes alarmants, échange autour de réductions des risques, informations données sur les lieux ou trouver de l'aide , « porte ouverte » ...

Beaucoup de missions ... pas seul !

- Orientations possibles
 - Consultations IDE liaison : en réel, par téléphone
 - Consultations médicales addictologiques
 - Situations complexes : risque médical, risque addictologique, risque psychiatrique
 - Besoin/ demande d'hospitalisations : HTTP, HDJ..
 - Besoin/demande de suivis
 - Problèmes médicaux, questions pharmacologiques
 - Consultations sociales
 - Consultations par le MG
 - Orientations /réorientations vers CSAPA : demande de suivis de soutien , pas de risques immédiats, selon proximité de logement et faisabilité pratique aussi !
 - Orientations vers la psychiatrie libérale ou cliniques : demandes des familles, des patients
 - Pas d'orientation : entretien unique, pas de signes alarmants, échange autour de réductions des risques, informations données sur les lieux ou trouver de l'aide , « porte ouverte » ...

MAIS IL EST IMPORTANT QUE LE MG SOIT INFORME QU'UN ENTRETIEN ADDICTOLOGIQUE A ÉTÉ FAIT sauf mention expresse contraire du patient

Evolutions

- Après une approche centrée sur les substances et sur les troubles
 - Promotion du repérage de toutes les conduites addictives, comportementales incluses : TCA, JHA, JV
 - Développement d'actions ciblées selon les lieux d'intervention et intervenants
 - L'addictologie de liaison est à la jonction de prévention des addictions et des soins
 - Missions de prévention se développent : prévention sélective, prévention indiquée et tertiaire
- Questions autour de l'addictologie de liaison en psychiatrie
 - Inexistante sur le plan administratif
 - Pourtant cliniquement pertinente
 - Favoriserait une double prise en charge pour des patients très vulnérables
 - En place dans certaines structures

En conclusion

- Addictologie de liaison : cadre réglementaire , missions théoriques
- Clinique très riche , allant au devant des demandes des sujets
- Travail collaboratif
- Cadre permettant selon les compétences, attentes et souhaits de chacun de développer des actions, d'innover en termes d'interventions
- L'objectif doit être de pouvoir favoriser un repérage le plus précoce possible , et une réduction des dommages pour le sujet