

Le sevrage est-il réalisable à domicile ?



fiche n°9 - A -

Il faut s'assurer de l'absence de contre-indications médicales au sevrage ambulatoire :

- **Alcoologiques :**
 - échec d'essai de sevrage ambulatoire,
 - ATCD de délirium tremens,
 - ATCD de crises convulsives généralisées.
- **Somatiques :**
 - altération de l'état général,
 - insuffisance hépatique,
 - pathologies associées.
- **Psychiatriques :**
 - épisode dépressif majeur caractérisé,
 - comorbidité psychiatrique, traitement psychotrope en cours,
 - polytoxicomanie (dépendance aux benzodiazépines, ...).
- **Sociales :**
 - isolement social,
 - précarité,
 - contexte familial non coopératif.

Les conditions du sevrage

protocole de sevrage ambulatoire du sujet alcoolodépendant

Ce protocole de soins est destiné à permettre au médecin traitant qui le souhaite de prendre en charge à domicile le sevrage du patient dépendant de l'alcool, sans recourir systématiquement à une hospitalisation.

Ce protocole de soins suit
les recommandations des deux
Conférences de consensus de mars 2001 :

*« Objectifs, indications et modalités
du sevrage du patient alcoolodépendant » et
« modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant
après un sevrage ».*

Quelles sont les motivations qui peuvent amener un malade à engager un processus de soins ?

Le praticien doit s'assurer de la motivation propre du sujet, que celui-ci demande de l'aide pour lui-même et ne répond pas à une injonction de quelqu'un d'autre.

On pourra s'aider du protocole « entretien motivationnel du RAVMO ».

Il faut souvent un élément déclencheur pour inciter le malade à se lancer dans un processus de soins.

Cela peut être :

- l'entourage,
- le milieu du travail,
- le médecin,
- Les répercussions somatiques.

La demande de soins formulée par le malade vient souvent en second ou lorsque la personne se pose des questions sur sa consommation excessive.

La qualité de la relation médecin-malade, la compréhension des enjeux intrafamiliaux sont des éléments fondamentaux pour permettre de mener à terme le sevrage.

Il faut déculpabiliser le patient dans sa démarche, d'où la nécessité de s'adresser à un médecin sensibilisé et formé à la problématique alcool.

Quel est l'intérêt du sevrage ambulatoire ?

Chez certains patients, le sevrage ambulatoire peut être préférable au sevrage hospitalier : Le séjour classique en cure, milieu protégé de toutes sollicitations pendant plusieurs semaines expose parfois à un retour difficile. Le sujet va se retrouver, du jour au lendemain, confronté aux mêmes contextes de consommation et difficultés.

D'autre part la cure ambulatoire implique plus le malade à **être acteur** dans sa thérapie (gestion de ses rendez-vous avec le médecin et de sa prise de médicaments).

Il renforce le sentiment d'efficacité personnelle.

Néanmoins, il serait souhaitable que cette méthode de soins s'accompagne d'un **travail avec l'entourage** qui devra accompagner le malade dans sa démarche.

Le sevrage ambulatoire réduit les délais de prise en charge. Attendre qu'un lit soit disponible est souvent long et l'on prend le risque que la motivation ne soit plus au rendez-vous. Par ailleurs, évitant une hospitalisation, on réduit conjointement les coûts de santé.

Le médecin devra faire « un état des lieux »

(On pourra s'aider des fiches d'évaluation des consommations d'alcool du RAVMO).

- Quelle est la consommation moyenne ?
- Quel est le mode de consommation ?
- Quel est l'état somatique du malade ?
- Faire un bilan des éventuelles répercussions de la consommation d'alcool sur l'état du malade.
- Quelles peuvent être les pathologies associées à cette consommation ?
- Quel est le milieu familial ?
- Quelle profession le malade exerce t-il ?
- Comment gérer cette période de sevrage avec les amis éventuels ?
- Y a-t-il eu une expérience passée de l'arrêt d'alcool ? Comment s'est-elle déroulée ?

Ordonnance en pratique :

- **J1 et J2 : 1 équivalent BZD toutes les 4 heures**

Mise en route éventuelle dès J1 d'un traitement susceptible de diminuer l'appétence à l'alcool.

◇ *Acamprosate* (Aotal®) : 2 comprimés matin, midi et soir, à poursuivre régulièrement pendant 6 mois.

◇ *Naltrexone* (Révia®) antagoniste des opiacés, ne pas associer avec les opiacés subutex® et méthadone, un comprimé par jour pendant 3 mois.

Si nécessaire on peut débuter une *vitaminothérapie* B1, B6, 2 comprimés 3 fois par jour.

- **J3, J4 et J5 : 1 équivalent BZD le matin et à midi, 2 le soir**
- **J6 et J7 : 1 équivalent BZD 3 fois par jour**
- **J8 et J9 : 1 équivalent BZD matin et soir**
- **J10 : 1 équivalent BZQ le soir et arrêt impératif**
- **Ne pas risquer l'induction d'une pharmacodépendance**

Pendant cette période de sevrage physique, il est également nécessaire, en présence du patient, de faire le point **avec l'entourage**, de leur donner des conseils, de s'assurer de leur coopération positive.

Cette phase de sevrage physique est nécessairement suivie d'une phase de sevrage psychologique. La durée de cette phase est fonction du niveau d'alcoolodépendance de départ, des complications médico-psycho-sociales secondaires à cette consommation et du soutien de l'entourage. La prise en charge de ce sevrage psychologique **ne saurait être inférieure à un an** (soutien psychothérapeutique, stratégie de maintien de l'abstinence). Une fiche supplémentaire sera rédigée sur les différentes modalités de soutien et de prise en charge psychothérapeutique.

En cas de rechute :

Veillez à ne pas avoir une attitude culpabilisante.

- **Si l'abstinence est supérieure à un mois** et en fonction du déroulement du 1^{er} sevrage, on peut refaire un sevrage ambulatoire.

- **Si l'abstinence est inférieure à un mois**, il est souhaitable de travailler en coordination avec un alcoologue : le réseau peut vous aider dans le recherche de ce partenaire.

- **Au delà de deux tentatives infructueuses**, il est nécessaire de travailler avec un alcoologue.



fiche n°9 - B -

La mise en route du sevrage

protocole de sevrage ambulatoire du sujet alcoolodépendant

Ce protocole de soins est destiné à permettre au médecin traitant qui le souhaite de prendre en charge à domicile le sevrage du patient dépendant de l'alcool, sans recourir systématiquement à une hospitalisation.

Mise en route du sevrage :

Ce protocole ne se conçoit que pour un sujet alcoolodépendant : syndrome de sevrage aux tentatives spontanées d'arrêt ; rechutes rapides sans aides thérapeutiques. Il est à noter que ces tentatives ne sont pas sans risques pour le sujet.

Pour que le sevrage s'effectue dans les meilleures conditions possibles, le plus sereinement et avec le moins de risques, il est nécessaire de mettre en place :

- Un travail avec l'entourage
- Un arrêt de travail
- Un traitement adapté

1. Un travail avec l'entourage :

Il faut souligner l'importance pour l'entourage de soutenir le malade et de l'encourager.

L'information à l'entourage est primordiale afin de pouvoir déceler tôt d'éventuels signes d'alerte (sueurs, désorientations, confusion, mouvements anormaux, ...). Il est nécessaire de conseiller au patient de ne pas rester isolé si d'éventuels problèmes apparaissent.

On peut proposer au patient un soutien auprès des mouvements d'entraide qui pourront l'aider à affronter plus sereinement cette période difficile.

2. Un arrêt de travail :

Un arrêt de travail peut s'avérer nécessaire ou impératif en fonction du poste de travail (conducteur d'engin, chauffeur de taxi, ...), du fait de la sédation importante liée aux médicaments. Il faut le proposer et en discuter avec le patient et envisager avec lui quel est le meilleur moment pour entamer ce sevrage (commencer par exemple un début de week-end).

Il faut avertir le malade des risques physiques qu'il encourt pendant ce début d'arrêt d'alcool, en précisant bien que ces troubles ne seront que passagers.

- **sueurs**
- **tremblements**
- **nausées**
- **insomnies**
- **cauchemars**
- **épilepsie**

Le traitement par benzodiazépine BZD, réduit de 10% à moins de 2% les accidents de sevrage (contrairement au meprobamate qui ne doit plus être

employé) .Il est essentiellement destiné à lutter contre l'hyperexcitabilité cérébrale liée à l'arrêt de l'alcool (fortement hypoexcitateur) , doit donc être strictement limité à 7 jours pris toutes les 6 heures en l'absence d'addiction associée aux BZD.

3. Un traitement adapté :

L'objectif est la prévention du syndrome de manque, l'anxiolyse, la lutte contre les tremblements et l'action anti-comitiale (classique épilepsie du sevrage).

La fréquente prescription de psychotropes chez un sujet qui s'alcoolise est particulièrement dangereuse (accidents, collapsus, troubles mnésiques, ivresse pathologique). La prescription d'acamprosate ou naltrexone à un patient qui, en même temps ne réalise pas un sevrage d'alcool est forcément inefficace, donc inutile. Il ne peut s'agir que d'une aide au maintien de l'abstinence.

La coordination médicale du réseau est ouverte pour vous aider en cas de difficultés que vous soyez adhérent ou non (conseil téléphonique, orientations adaptées ...).

Prise en charge du sevrage physique de J1 à J10 :

Le sevrage peut se dérouler entièrement au domicile du patient après s'être assuré de l'absence de contre indications (voir fiche 9-a). Il faut déterminer soigneusement la date de début du sevrage (disponibilité de l'entourage, du médecin).

- prescription d'un arrêt de travail d'au moins 4 jours,
- contact régulier avec le médecin traitant,
- signalement possible auprès du médecin coordinateur du réseau qu'un sevrage ambulatoire est en cours (☎ 06 30 52 05 10),
- arrêt immédiat et total de toute prise d'alcool dès J1,
- prescription d'hydratation orale minimale de 2 litres, en limitant la quantité de sucre pour éviter les risques d'hypoglycémie ou de modifications paradoxales du métabolisme hydrocarboné chez l'alcoolique,
- prescription de benzodiazépines.

Molécules utilisées : Equivalent BZD

- 10mg de diazépán (Valium[®] 10 ; 5 ; 2mg)
- 30mg d'oxazepán (Seresta[®] 50; 10 mg)

Réseau Addictions Val de Marne Ouest - RAVMO - 9 rue Guynemer - 94800 Villejuif
Tel 01 46 77 02 11 - Fax 01 42 11 96 29