

PROTOCOLES DE SOINS

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

(ELSA)



MISE À JOUR JUIN 2018

CONTEXTE

A partir de l'évaluation réalisée par l'ARS des Pays de la Loire en 2016, et suite à la constitution d'un groupe de travail régional réunissant toutes les ELSA des Pays de la Loire, il a été convenu de travailler sur la définition d'un socle commun régional.

OBJECTIFS

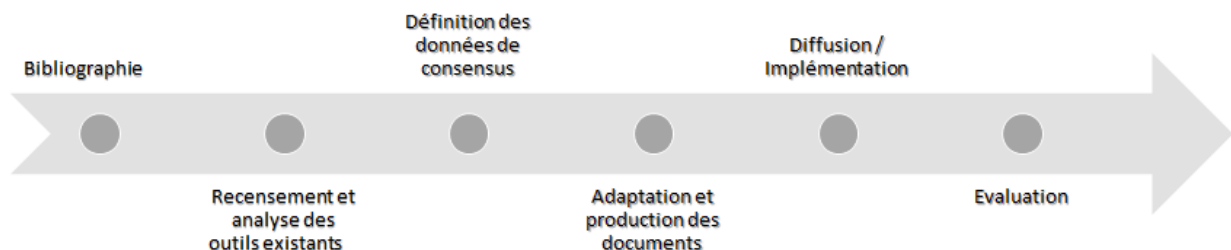
L'objectif principal est de mettre à disposition des professionnels des ELSA un **ensemble d'outils nécessaires et utiles à leurs pratiques** dans le cadre de leurs missions en s'appuyant sur les outils existants et en les complétant si besoin.

L'objectif secondaire est de renforcer la culture commune des professionnels des ELSA par la co-construction de ces outils et le partage d'expérience dans leur utilisation.

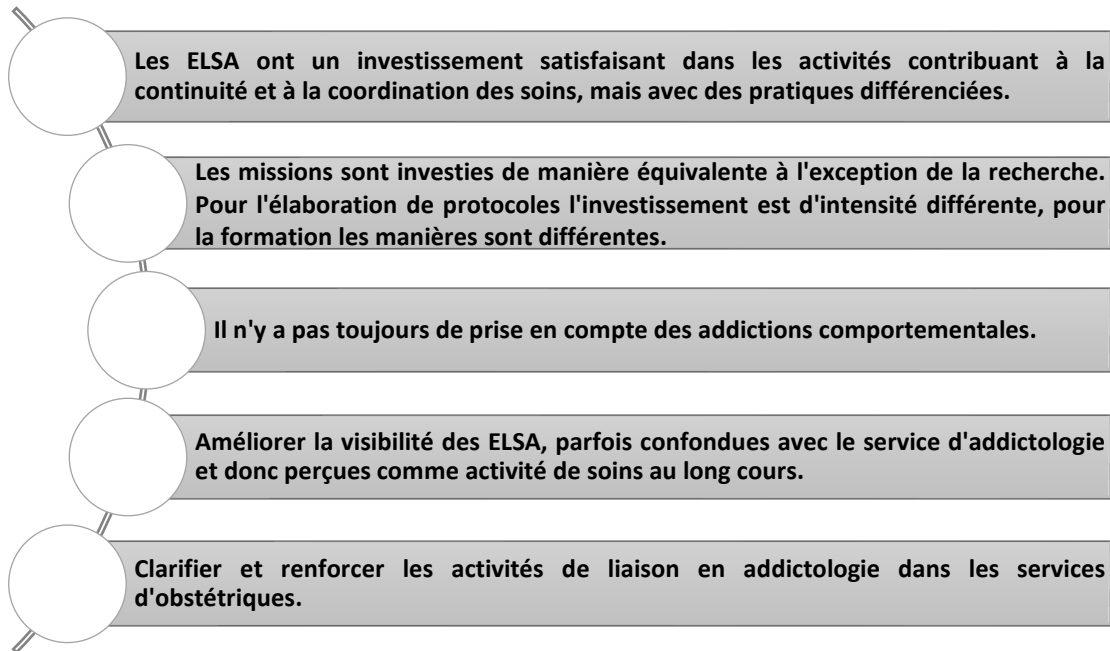
METHODOLOGIE

A partir de la collecte des outils existants au sein des ELSA et au regard des missions des ELSA , une analyse est menée :

- Bibliographie
- Recensement des outils existants au sein des 16 ELSA des Pdl
- Analyse des types de documents, des contenus et identification des thématiques abordées et celles éventuellement manquantes au regard des missions des ELSA
- Définition des données de consensus couvrant l'ensemble des missions des ELSA au regard
 - Du cadre réglementaire
 - De la réalité de fonctionnement actuel en PDL
- Adaptation / production des documents en distinguant :
 - **Les outils d'appui quotidien** pour les équipes des ELSA et les services qui les sollicitent
 - **Les outils de formation / sensibilisation mis en œuvre par les ELSA**
- Diffusion et implémentation au sein des 16 ELSA de la région
- Echanges sur l'utilisation et mesure de la cohérence avec la pratique des professionnels au sein des ELSA lors d'une prochaine réunion

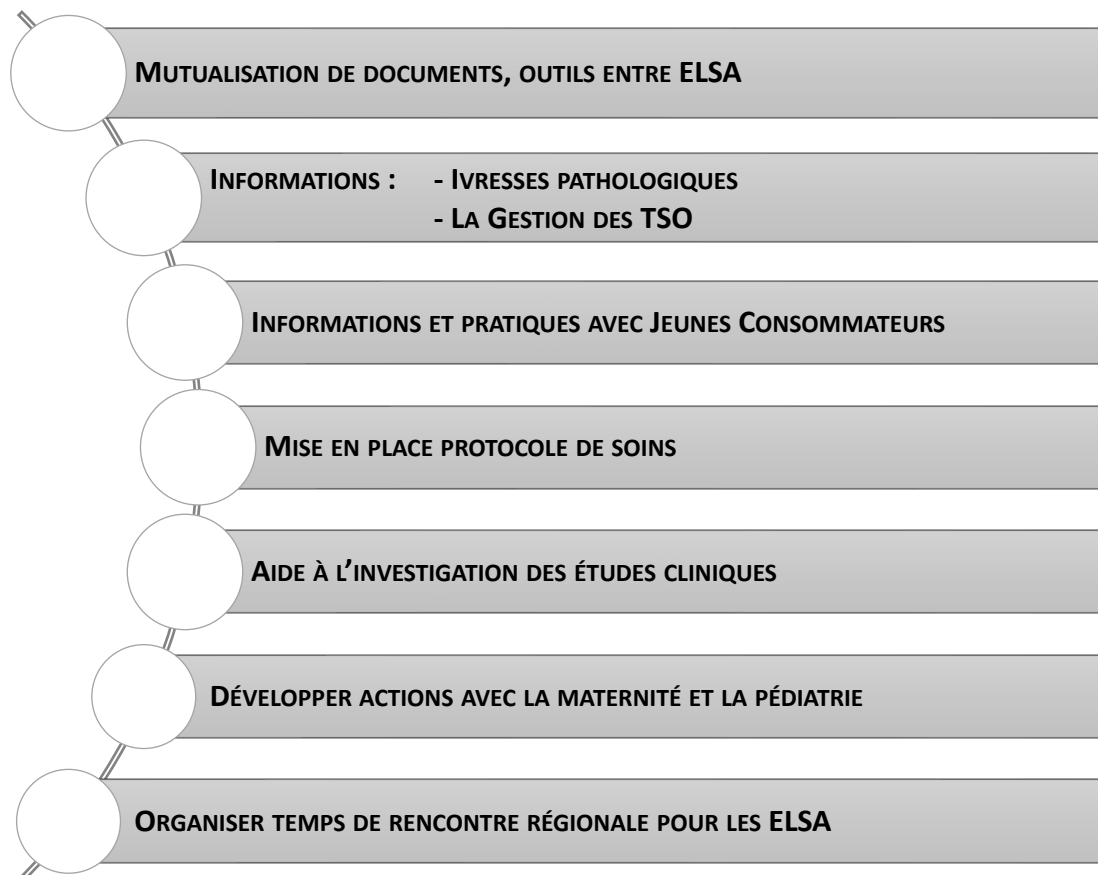


RAPPEL : Bilan évaluation régionale ARS 2016



RAPPEL : Besoins identifiés par les acteurs des ELSA

Ces besoins ont été identifiés lors de la campagne d'appels téléphoniques menés par la SRAE Addictologie auprès des ELSA en juillet et août 2017 et lors de la 1ère réunion du groupe régional ELSA le 10 octobre 2017. Les ELSA ont identifié les axes de travail suivants :



MISE EN OEUVRE

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie des Pays de la Loire accompagne la mise en œuvre d'outils régionaux en mobilisant l'ensemble des acteurs des Equipes de liaison et de soins en Addictologie (ELSA) afin de répertorier, rédiger et valider les protocoles nécessaires dans le cadre de leur activité.

Dans la Région des Pays de la Loire, 9 procédures ont ainsi été produites et proposées. Elles n'ont pas vocation à remplacer les outils existants et utilisés pour certaines ELSA mais à valider régionalement le contenu et outiller les équipes n'ayant pas de tels supports.



Remerciements pour ce travail collaboratif aux membres de la commission ELSA Pays de la Loire :

Mme Auffray, CH Laval - M Auffret, CHU Nantes - M Cadeau, EPSM Sarthe - Dr Chandy, CH Loire Vendée Océan - Mme Chataigner, CH Cholet - Dr Chauvin-Grelier, CHS Blain - Dr Choplain, EPSM Sarthe - Dr Derobert, CH Le Mans - Mme Deroche, CH Châteaubriant - Dr Di Maria, CHU Nantes / Les Apsyades - Dr Eyzop, CHU Nantes - Mme Fauchard, CH Chateaubriant - Mme Gabillaud, Clinique de l'Anjou Angers - Dr Gicquaud, CHS Daumezon - Mme Hamery, CH St Nazaire - Dr Haraf, CH Laval - Dr Henaff-Treton, CH Cholet - M Jayet, Clinique de l'Anjou - Dr Lacave Oberti, CHU Angers - Dr Le Boulanger, CH Haut Anjou - Mme Le Jeune, CHU Nantes - Dr Liguine, CH Nord Mayenne - Dr Liné, CH Côte de Lumière - M Lorcy, CH Châteaubriant - Dr Martinez, CH Saint Nazaire - Dr Mauriat, CHD Vendée - Mme Ménagé, CHU Nantes - M Mezerette, EPSM Sarthe – Clinique Prémartine - Dr Mousande, CH Fontenay le Comte - Mme Payelle-Gouaux, EPSM Sarthe - Clinique Prémartine - M Robert, CH Nord Mayenne - Dr Rocheteau, CHD Vendée - Mme Rousseau, CH St Nazaire - Mme Vialelle, Clinique de l'Anjou.

LISTE DES PROTOCOLES VALIDES

ALCOOL :

- Protocole Sevrage Alcoolique Ambulatoire
- Protocole Sevrage Alcoolique Complexe en Hospitalisation

TABAC :

- Protocole Sevrage Tabac Fumeur Hospitalisé
- Protocole Tabac et Grossesse

OPIACES :

- Protocole Soins de la douleur chez le dépendant aux opiacés
- Protocole d'accueil aux urgences d'un patient avec signes de sevrage aux opiacés
- Protocole TSO et grossesse
- Annexe de détermination du dosage d'équilibre d'un traitement par Buprénorphine ou Méthadone

TCA :

- Anorexie mentale diagnostic et prise en charge en pédiatrie
- Anorexie mentale prise en charge (Juin 2010 HAS)
- Algorithme décisionnel pour l'orientation de la prise en charge des TCA

Motif d'hospitalisation

Motif de la consultation

Antécédents psychiatriques

Antécédents médicaux

Contexte familial & social

Origine de la demande

Evaluation

		0	1	2	3	S	A
Produits	Alcool						
	Tabac						
	Cannabis						
	Opiacés						
	Produits de synthèse						
	Produits de substitution						
	Médicaments						
Comportement	alimentaire	Restriction					
		Boulimie					
		Conduite de purge					
	Sport, Hyperactivité						
	Jeu						
Autres							

0 : non usage
1 : usage
2 : usage à risque
3 : dépendance
S : sevrage
A : abstinence

Conséquence(s) néfaste(s) :

Oui Non

Degré de conscience du sujet de ses troubles :

IMC :

0 5 10

Degré de motivation du patient pour une prise en charge :

Diagnostic CIM 10 :

0 5 10

Observations

Date

Nom et fonction intervenant

Signature

Démarche proposée :

- Conseil, information
- Entretiens extérieurs
- Orientation vers structure de soins
- Proposition de traitement



ALCOOL

- 1) **Protocole Sevrage Alcoolique Ambulatoire**
- 2) **Protocole Sevrage Alcoolique Complexe en Hospitalisation**

Objet	Destinataire(s) / Domaine d'application(s)
Sevrage d'une dépendance physique à l'alcool dont les signes cliniques sont : <ul style="list-style-type: none"> • La tolérance (augmentation des doses pour obtenir le même effet) • Les signes de manque à l'arrêt de l'alcool (voir tableau signes de gravité) • Le besoin irréprensible de boire de l'alcool (craving) 	Médecins et infirmiers (des services non spécialisés addicto)

Contre-indications absolues à un sevrage ambulatoire

Addictologiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dépendance aux benzodiazépines ○ Echec d'un sevrage ambulatoire ○ Signes physiques sévères
Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antécédents de crises convulsives ou de delirium tremens ○ Pathologie somatique grave, insuffisance hépato cellulaire, insuffisance rénale chronique ○ insuffisance cardio pulmonaire) pouvant décompenser au moment du sevrage (bilan biologique récent nécessaire)
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Syndrome dépressif grave ○ Affection psychiatrique connue évolutive ○ Troubles cognitifs sévères

Contre-indications relatives à un sevrage ambulatoire

Addictologiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poly-addictions
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le sevrage résidentiel est préférable chez une femme enceinte pour garantir une prise en charge multidisciplinaire (obstétricien, addictologue, pédiatre, assistant de service social...) et une meilleure prévention de l'accident de sevrage, délétère pour le fœtus. En cas de refus ou de difficulté, le sevrage ambulatoire doit être proposé
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Isolement familial ○ Désocialisation
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Troubles cognitifs modérés

Références / Documents liés

- Conférence de consensus 1999, Société Française d'alcoologie, objectifs – indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant
- SFA Recommandation de bonne pratique 2015
- Score de CUSHMAN

INFORMATIONS DONNEES AUX PATIENTS

- Mme, M., vous avez pris la décision de vous soigner car vous avez conscience que l'alcool est devenu un problème dans votre vie quotidienne.
- Le sevrage ambulatoire vous a été proposé car vous présentez une dépendance physique à l'alcool, c'est-à-dire une impossibilité de vous passer de l'alcool sans que des signes de manque apparaissent.
- De plus, vous avez remarqué une augmentation progressive de vos consommations pour calmer ce manque.
- Les signes principaux que vous présentez à l'arrêt de l'alcool sont :
 - des sueurs importantes,
 - des tremblements,
 - des angoisses,
 - de l'insomnie.
- Le but du traitement médicamenteux qui vous a été prescrit est de diminuer fortement ces signes et donc d'empêcher la prise d'alcool pour les calmer.
- Par ailleurs le traitement comporte aussi les vitamines dont vous manquez du fait de vos alcoolisations et qui vont protéger votre cerveau au cours du sevrage.

DEROULEMENT DU SEVRAGE

« C'est vous qui fixez cette date » en accord avec votre médecin

- Durée du sevrage : 7 jours
- Du fait du traitement qui peut occasionner une somnolence, il est préférable de rester à domicile pour éviter des chutes ; la conduite de véhicule est proscrite ainsi que la pratique d'activités dangereuses (bricolage avec outils dangereux, échelle...)
- Tout ceci n'est pas compatible avec une activité professionnelle
- Vous devez boire 2 l/j de boissons non alcoolisées par jour (eau, eau gazeuse, tisanes, potages...) en évitant les excitants (café, thé, boissons énergisantes....)
- Ne pas reprendre d'alcool au cours du sevrage ; si c'était le cas, contacter le médecin ou l'infirmier(e) afin d'avoir une conduite à tenir
- Pour toute question ou problème contacter :
 - le médecin > téléphone :
 - ou l'infirmier > téléphone :
 - En cas d'urgence appeler le 15 (possibilité de convulsion)

INFORMATIONS DONNEES A L'ENTOURAGE (AVEC ACCORD PREALABLE DU PATIENT)

- Mme, M., un proche a pris la décision d'effectuer un sevrage dans le cadre de son problème d'alcool.
- Il a été décidé avec lui de le réaliser en ambulatoire, c'est-à-dire au domicile.
- Ce sevrage lui a été proposé car il présente une dépendance physique à l'alcool, donc une impossibilité de s'en passer sans avoir des signes de manque :
- Angoisse,
- Tremblements,
- Sueurs,
- Insomnies.
- Le traitement prescrit permettra une forte atténuation de ces signes mais favorise une somnolence, ce qui est incompatible avec une activité professionnelle et la conduite d'un véhicule ou la pratique d'activités dangereuses.

DEROULEMENT DU SEVRAGE

- Le sevrage dure environ 7 jours.
- Au cours de cette période votre proche doit :
 - S'hydrater avec environ 2 litres de boissons non alcoolisées
 - Eviter l'alcoolisation pendant cette période et donc ne pas prévoir d'événement à risque (telle que sortie ou invitation festive à la maison)

Il est important :

- de ne pas boire d'alcool devant lui,
- de l'encourager,
- de le soutenir,
- sans « flicage ».

dans sa décision et de valoriser son changement de comportement.

Pour toute question ou problème contacter :

- le médecin > téléphone :
- ou l'infirmier > téléphone :
- En cas d'urgence appeler le 15 (possibilité de convulsion)

►► PAS DE SEVRAGE EN URGENCE :

- Bien choisir la période pour ne pas mettre le patient en échec
- Bien choisir la période pour le médecin qui doit être joignable : évaluation au minimum téléphonique à J 2 et revoir le patient à J 8
- Revoir à J3 & J5

Pas d'activité dangereuse pendant le sevrage

- Prescription d'un arrêt de travail de 10 jours
- Pas de conduite automobile
- Pas d'utilisation d'engins dangereux

Education thérapeutique patient & entourage

- Connaissance des signes de manque et des risques
- Connaissance de l'effet des médicaments
- Nécessité d'une alliance thérapeutique

►► TRAITEMENT

Hydratation

1500ml-2000 ml de boissons non alcoolisées par jour, mais pas d'hyperhydratation afin d'éviter l'hyponatrémie responsable de convulsions.

Boire à sa soif

Vitaminothérapie

- **Vitamine B1 (Thiamine) = comprimé de 250mg**
 - Posologie
 - 1 cp : matin, midi et soir
car grande prévalence des déficits en vitamines B chez les patients alcoolo-dépendants

Médicaments

- **Benzodiazépines**
 - Diazépam : **5 ou 10 mg**
 - Ou Oxazepam* **si absence de métabolisme hépatique : 10 ou 50 mg**
 - 10 mg de Diazépam = 30 mg d'Oxazepam
 - Posologie dégressive

*il s'agit du traitement utilisé en milieu institutionnel si grossesse, insuffisance hépatocellulaire, insuffisance respiratoire ou âge > 60 ans

Exemple de prescription à adapter en fonction de la clinique et de la tolérance :

- **Diazépam 10** : jusqu'à 5 cps le premier jour avec diminution progressive jusqu'à l'arrêt au bout de 7 jours pour éviter l'installation d'une dépendance
- **Oxazepam 50** : 1/2-1/2-1 avec diminution de ½ cp tous les 2 jours

Prescription d'une surveillance IDE

- Mesurer le score de CUSHMAN (voir fiche de suivi)
- S'enquérir du nombre de comprimés pris
- Rechercher les effets secondaires gênants du traitement (voir fiche de suivi)
- Evaluation 2 fois par jour les 3 premiers jours puis une fois par jour
- Réévaluation médicale téléphonique systématique au 2^e jour, puis en fonction de l'évolution du score : prendre un avis pour réajuster la posologie si le score de CUSHMAN est > à 6

Nom du médecin et téléphone :

Evaluer

- Rechercher le nombre de comprimés pris,
- Les signes de manque avec le score de CUSHMAN,
- Evaluer l'hydratation,
- Rechercher les effets secondaires des traitements institués.
- Avis médical à demander dès que le score de CUSHMAN est > 6.

►► INDEX DE GRAVITE DE SEVRAGE D'APRES CUSHMAN

Points	0	1	2	3
Pouls (battements / min)	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle				
• De 18 à 30 ans	< 125	126 à 135	136 à 145	> 145
• De 31 à 50 ans	< 135	136 à 145	146 à 155	> 155
• Plus de 50 ans	< 145	146 à 155	156 à 165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisées
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
Total				

Hydratation en volume (Nb de verre)	
Anxiété échelle de 0 à 10	
Douleur échelle de 0 à 10	

	Nb de cp de Benzodiazépines	Score de CUSHMAN	Commentaires et consignes
J1 matin			
J1 après-midi			
J2 matin			
J2 après-midi			
J3 matin			
J3 après-midi			
J4			
J5			
J6			
J7			

Effets secondaires des médicaments prescrits

- VITAMINE B1 : prurit, éruption cutanée
- BENZODIAZEPINES : trouble du comportement inhabituel et dangereux pour le patient et/ou l'entourage nécessitant l'arrêt du sevrage, amnésie antérograde, confusion, somnolence, trouble de l'équilibre à signaler au médecin pour réévaluer la posologie.

Informations sur le suivi infirmier, bien vérifier

- L'hydratation
- La reprise des alcoolisations : si c'était le cas, il faut proposer un rdv rapide et signaler d'arrêter le sevrage
- Les signes de manque : transpiration, tremblements des mains, insomnies, nausées ou vomissements, hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives, agitation psychomotrice, anxiété

Objet

Ce protocole décrit la prise en charge à mettre en place à l'arrivée d'un patient en situation de sevrage alcoolique. Il vise à prévenir les complications du sevrage (crise comitiale, Delirium Tremens DT et encéphalopathie de Gayet-Wernicke) et à débiter le traitement curatif de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke et du DT.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Ce document s'adresse aux médecins et internes des unités intra hospitalières. Le médecin prescripteur choisit le protocole adapté au patient concerné et le modifie en fonction de la situation clinique.

Indications et Contre-indications à un sevrage

L'arbre décisionnel vise à définir si le sevrage est simple ou complexe, dont découlent des protocoles différents.

Eviter les BZD à ½ vie longue en cas d'obésité morbide, traumatisme crânien récent, troubles respiratoires (insuffisance respiratoire chronique), cirrhose décompensée avec ascite, ictère ou TP < 50 %, âge > 65 ans.

En ce cas l'utilisation des BZD à ½ vie courtes doit se faire avec précautions.

Bilan para-clinique à l'entrée

Ethylomètre ou alcoolémie

NFS, Plaquettes, TP, TCA, ALAT, ASAT, CGT, PAL, Bilirubine, Lipasémie, TSHus, Urée, Créatinémie, Ionogramme sang, Protidémie, Albumine, Glycémie

après accord du patient : **sérologies VHB, VHC, et VIH**

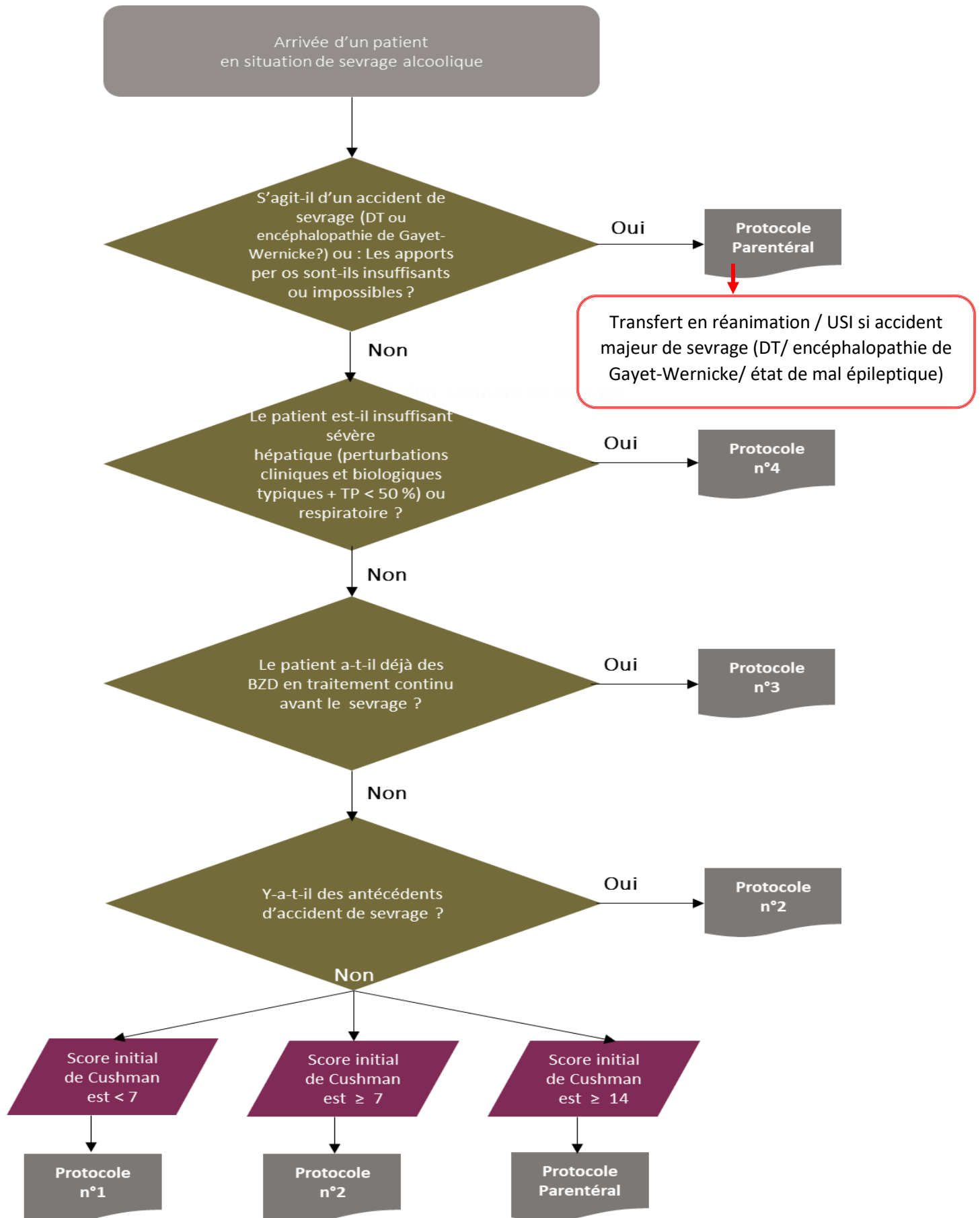
ECG

RP

Les examens surlignés en gras sont ceux recommandés par la SFA dans sa recommandation de bonnes pratiques de 2015.

Informations patient et/ou entourage**Références / Documents liés**

- Conférence de consensus ANAES de 1999 (17/03/1999) ;
- Référentiel de bonnes pratiques cliniques « Sevrages non programmés – Accidents de sevrage », Société Française d'Alcoologie ;
- Référentiel de bonnes pratiques cliniques « Sevrage simple en alcool », Société Française d'Alcoologie ;
- Référentiel de bonnes pratiques cliniques « Sevrage alcoolique chez un patient consommant des benzodiazépines » - Société Française d'Alcoologie



Modalités de sevrage

Index de gravité de sevrage d'après Cushman

Points	0	1	2	3
Pouls (battements / min)	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle				
• De 18 à 30 ans	< 125	126 à 135	136 à 145	> 145
• De 31 à 50 ans	< 135	136 à 145	146 à 155	> 155
• Plus de 50 ans	< 145	146 à 155	156 à 165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisées
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière, prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
Total				

Attention ces données sont à interpréter en fonction de la température.

Etat clinique contrôlé	Sevrage modéré	Sevrage sévère
Score < 7	Score : > 7 et < 14	Score > 14

Modalités de surveillance

Au minimum :

J1 : mesure à H0, H2, H4 puis toutes les 4h sauf si le patient dort.

Puis tous les jours suivants en fonction de l'évolution, mais au moins 1 fois pendant 48h

Equivalences en BZD

10 mg de Diazepam	=	30 mg d'Oxazepam 2 mg de Lorazepam <i>½ vie longue</i> 1 mg d'Alprazolam <i>½ vie courte</i> 15 mg de Clorazepate <i>½ vie longue</i> 15 mg de Prazepam <i>½ vie longue</i>
-------------------	---	---

Utiliser avec précaution les BZD à $\frac{1}{2}$ vie courte en cas d'obésité morbide, traumatisme crânien récent, troubles respiratoires (insuffisance respiratoire chronique), cirrhose décompensée avec ascite, ictère ou TP < 50 %, âge > 65 ans et éviter les BZD à $\frac{1}{2}$ vie longue

Principales caractéristiques des anxiolytiques

DCI	Spécialité	$\frac{1}{2}$ vie	Métabolite actif
Benzodiazépines anxiolytiques (voie orale)			
Clotiazépam	Veratran®	4h	Oui
Oxazépam	Seresta®	8h	Non
Lorazépam	Temesta® Lorazepam Merck®	10-20h	Non
Alprazolam	Xanax® 11 génériques	10-20h	Oui
Bromazépam	Lexomil® 15 génériques	20h	Oui
Clobazam	Urbanyl®	20h	Oui
Diazépam	Valium® Diazepam Ratiopharm® Novazam®	32-47h	Oui
Nordazépam	Nordaz®	65h (30h-150h)	Oui
Prazépam	Lysanxia®	65h (30h-150h)	Oui
Chlorazépate dipotassique	Tranxene®	65h (30h-150h)	Oui
Loflazépate d'éthyle	Victan®	77h	Oui
Benzodiazépines anxiolytiques (voie injectable)			
Diazépam	Valium® Diazepam Renaudin®	32-47h	Oui
Chlorazépate dipotassique	Tranxene®	65h (30h-150h)	Oui
Autres anxiolytiques			
Buspirone	Buspar® Buspirone G Gam® Buspirone Merck®	2-11h	
Hydroxyzine	Hydroxyzine Renaudin® (voie injectable)	6-8h	

Indications

Accident de sevrage (DT ou encéphalopathie de Gayet Wernicke) ou apports per os insuffisants voire impossibles.

Score Cushman > 14

Nécessité d'être à jeun : pancréatite, pré ou post opératoire, ...

▶▶ TRAITEMENT

Hydratation

Total per os + IV = 1500 à 2000ml/24h de soluté glucosé polyionique isotonique (ex : Glucidion G5®).

Attention : Si perfusion de soluté glucosé : apport de vitamine B1 par voie parentérale impérative.

Vitaminothérapie

• Vitamine B1 (Thiamine) = ampoule de 100mg/2ml

- Posologie
 - Pas de signe de gravité : 500mg IV/24h
 - Urgence médicale : accident de sevrage type DT ou encéphalopathie de Gayet-Wernicke → 1g IV /24h
- Durée de l'administration parentérale :
 - Jusqu'à résolution des signes de gravité
 - Tant que l'hydratation parentérale est nécessaire.
 - A la fin de l'administration parentérale, il y a ensuite prescription de vitaminothérapie per os.

Attention : Répartir les ampoules de vitamines dans la(les) poche(s) de soluté glucosé polyionique isotonique (Glucidion G5®).

Jamais d'injection rapide IV des vitamines (supérieure ou égal à 10min).

Médicaments

• Benzodiazépine Per os : Diazepam 10 mg

	Matin	Midi	Soir	Coucher
J1	2	1	1	2
J2	2	1	1	1
J3	1	1	1	1
J4	1	0	1	1
J5	0	0	1	1
J6	0	0	1	0
J7	Arrêt			

Toujours adapter le dosage quotidien des BZD selon l'évolution du score clinique de Cushman.

Si sédation = pas de délivrance du traitement par BZD suivant : sauter 1 prise et réévaluer l'état de conscience avant la prise suivante (appeler le médecin).

ATTENTION si besoin de BZD en intraveineux : transfert en réanimation / USI pour la surveillance

Indications

Sevrage simple si score Cushman < 7

▶▶ TRAITEMENT

Hydratation

1500 à 2000ml/ 24h

Vitaminothérapie

- **Vitamine B1 (Thiamine) = comprimé de 250mg**
 - Posologie
 - 500mg à 1g / 24h en 2 prises durant 1 à 4 semaines (en fonction de la présence de troubles cognitifs associés et de leur sévérité)

Seulement si problème cutané (pellagre associée) :

- **Vitamine PP = comprimé de 500mg**
 - Posologie
 - 500mg / 24h

Médicaments

• **Diazepam 5 mg**

	Matin	Midi	Soir	Coucher
J1	2	1	1	2
J2	2	1	1	1
J3	1	1	1	1
J4	1	0	1	1
J5	0	0	1	1
J6	0	0	1	0
J7	Arrêt			

Toujours adapter le dosage quotidien des BZD selon l'évolution du score clinique de Cushman.

Si sédation = pas de délivrance du traitement par BZD suivant : sauter 1 prise et réévaluer l'état de conscience avant la prise suivante (appeler le médecin).

Indications

Score Cushman ≥ 7 ou si ATCD accidents de sevrage

▶▶ TRAITEMENT

Hydratation

1500 à 2000ml/ 24h

Vitaminothérapie

• Vitamine B1 (Thiamine) = comprimé de 250mg

○ Posologie

- 500mg à 1g / 24h en 2 prises durant 1 à 4 semaines (en fonction de la présence de troubles cognitifs associés et de leur sévérité)

Seulement si problème cutané (pellagre associée) :

• Vitamine PP = comprimé de 500mg

○ Posologie

- 500mg / 24h

Médicaments

• Diazepam Valium® 10 mg

	Matin	Midi	Soir	Coucher
J1	2	1	1	2
J2	2	1	1	1
J3	1	1	1	1
J4	1	0	1	1
J5	0	0	1	1
J6	0	0	1	0
J7	Arrêt			

Toujours adapter le dosage quotidien des BZD selon l'évolution du score clinique de Cushman.

Si sédation = pas de délivrance du traitement par BZD suivant : sauter 1 prise et réévaluer l'état de conscience avant la prise suivante (appeler le médecin).

Indications

Dépendance BZD associée

▶▶ TRAITEMENT

Hydratation

1500 à 2000ml/ 24h

Vitaminothérapie

- **Vitamine B1 (Thiamine) = comprimé de 250mg**

- Posologie

- 500mg à 1g / 24h en 2 prises durant 1 à 4 semaines (en fonction de la présence de troubles cognitifs associés et de leur sévérité)

Seulement si problème cutané (pellagre associée) :

- **Vitamine PP = comprimé de 500mg**

- Posologie

- 500mg / 24h

Médicaments

1. Remplacer la BZD habituelle par 1 BZD à ½ vie plus longue Diazépam voie per os (cf.tableau d'équivalence p.4)

2. Puis majorer la posologie habituelle quotidienne de 30%

Exemple :

Traitement habituel de 3 cp/jour de Oxazepam 50mg soit 150 mg/ jour = 50mg de Diazépam /jour (cf. tableau d'équivalence page 4) ; Majoré de 30% (soit 15 mg/jour) ;

Soit au total : 65mg de Diazépam pendant la 1ère semaine

3. Décroissance du dosage de Diazépam instauré à partir de J7 par paliers d'1 semaine de 25%

Toujours adapter le dosage quotidien des BZD selon l'évolution du score clinique de Cushman.

Si sédation = pas de délivrance du traitement par BZD suivant : sauter 1 prise et réévaluer l'état de conscience avant la prise suivante (appeler le médecin).

Quand la décroissance du DIAZEPAM devient problématique, contacter l'ELSA pour avis et adaptation de la décroissance

Indications

Insuffisance hépatique : ascite, ictère, TP < 50%

Insuffisance respiratoire sévère

▶▶ TRAITEMENT

Hydratation

Quantité à évaluer selon état clinique

Vitaminothérapie

- **Vitamine B1 (Thiamine) = comprimé de 250mg**

- Posologie

- 500mg à 1g / 24h en 2 prises durant 1 à 4 semaines (en fonction de la présence de troubles cognitifs associés et de leur sévérité)

Seulement si problème cutané (pellagre associée) :

- **Vitamine PP = comprimé de 500mg**

- Posologie

- 500mg / 24h

Médicaments

Attention : Utilisation d'1 BZD per os à ½ vie courte comme Oxazepam

- **Dosage quotidien en fonction de l'état clinique du patient**
- **Utilisation à plus petite dose possible**

Toujours adapter le dosage quotidien des BZD selon l'évolution du score clinique de Cushman.

Si sédation = pas de délivrance du traitement par BZD suivant : sauter 1 prise et réévaluer l'état de conscience avant la prise suivante (appeler le médecin).



TABAC

- 1) Protocole Sevrage Tabac Fumeur Hospitalisé
- 2) Protocole Sevrage Tabac et Grossesse

Objet

Décrire les modalités de substitution nicotinique à destination des patients hospitalisés permettant aux services d'hospitalisation d'initier la démarche.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Le protocole s'adresse à tout patient fumeur de tabac, hospitalisé et volontaire pour recevoir ce traitement. Les professionnels chargés de le mettre en œuvre sont ceux des services dans lequel est hospitalisé le patient : médecins, infirmières (par délégation).

Informations patient et/ou entourage

Les conseils suivants sont associés :

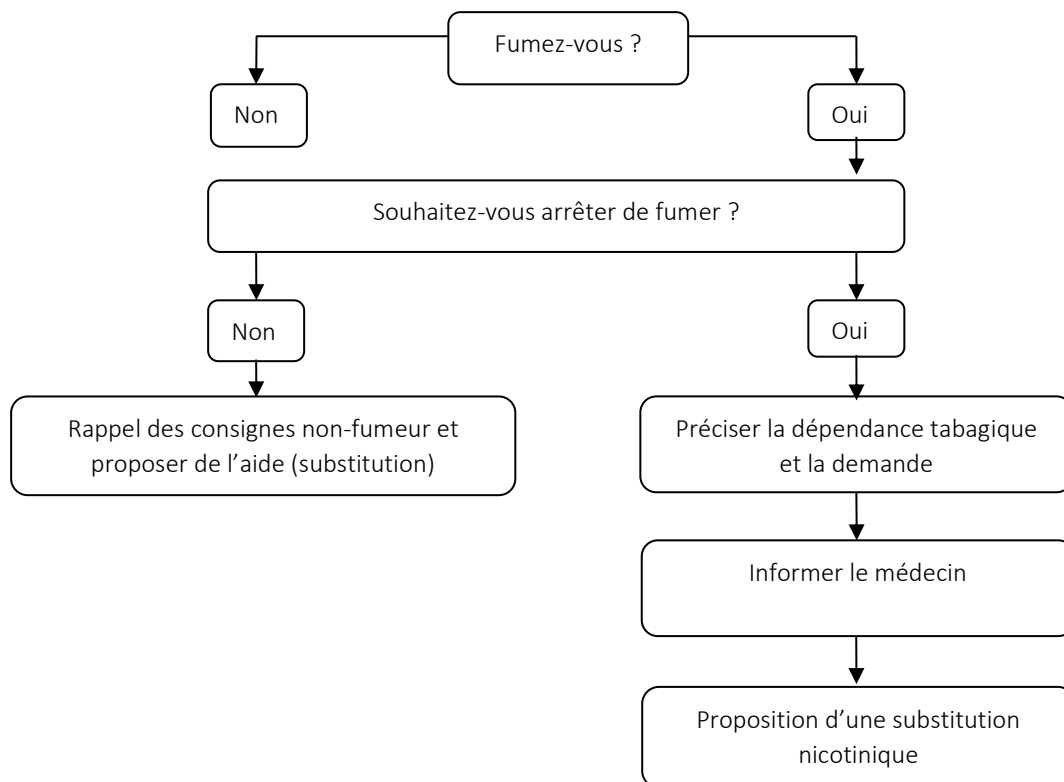
- Explication des différentes dépendance
- Description des signes de surdosage et sous-dosage en nicotine
- Description des envies par conditionnement et comment y répondre
- Explication et conseils pour éviter la prise de poids
- La gestion des tracas des patchs
- Descriptions des bénéfices à l'arrêt du tabac et leur délai de survenue

Références / Documents liés

- HAS octobre 2014
- RESPADD Octobre 2017 Prise en charge du fumeur hospitalisé

Modalités du sevrage

Préalables : repérage et intervention brève (avec les 2 questions) permettant d'obtenir l'accord du patient.



En cas de refus, conseil minimal (comment réduire avec nicotine), information sur le règlement intra hospitalier, possibilité de réévaluation.

Questionnaire de Fagerstrom simplifié		Score	Total patient
Combien de cigarettes / jour ?	31 ou plus	3	
	21 à 30	2	
	11 à 20	1	
	10 ou moins	0	
Dans quel délai après votre réveil fumez-vous votre 1 ^{ère} cigarette ?	Dans les 5 min	3	
	De 6 à 30 min	2	
	De 31 à 60 min	1	
	Après 1 heure	0	
Score total de Fagerstrom simplifié			

►► LA TITRATION DE LA NICOTINE EST REPRODUITE DANS LE TABLEAU SUIVANT :

Score	TRAITEMENT
1	FO ou Patch 14 +/- FO
2	Patch 14 ou Patch 21 +/- FO
3	Patch 14 +/- FO ou Patch 21 +/- FO
4	Patch 21 +/- FO
5	Patch 21 +/- Patch 14 +/- FO
6	

Les conseils suivants sont associés :

L'association TSN / tabac n'oblige pas à arrêter le traitement par les patchs voire elle indique un sous dosage possible à rectifier en augmentant les doses, elle peut être support à l'amorce du changement

Cas particulier de la femme enceinte :

- en 2ème intention,
- enlever le patch la nuit (16h/24h)
- éviter les formes orales 2h avant la tétée

Evaluation à 24-48h :

Le dosage en nicotine est adapté lorsqu'il n'y a ni surdosage ni sous-dosage :

▶▶ LES SIGNES DE SURDOSAGE EN NICOTINE

- Bouche pâteuse,
- Nausées,
- Sensation de malaise,
- Céphalées,
- Palpitations,
- Insomnie sévère,
- Diarrhée,
- ... L'impression d'avoir trop fumé.
 - La diminution des doses permet la disparition des troubles.
 - Les patchs peuvent être coupés avant d'être collés.

▶▶ REACTIONS POSSIBLES AU DEBUT DE LA SUBSTITUTION

- Fatigue,
- Rêves plus fréquents sans cauchemar,
- Troubles du sommeil,
- Rhinite et toux,
- Constipation,
- Aphtes.

▶▶ LES SIGNES DE SOUS-DOSAGE ou SYNDROME DE SEVRAGE

- Irrésistible envie de fumer, ne penser qu'à fumer, fume
- Sentiment d'irritabilité, de tension, de frustration, de nervosité, d'agitation (énergie à revendre),
- Anxiété, humeur dépressive,
- Difficultés de concentration, sentiment d'être à côté de la plaque, somnolence dans la journée,
- Trouble du sommeil la nuit, insomnie,
- Sensation de faim, envie de sucré ++.
 - Un apport suffisant de Nicotine par les substituts réduit le syndrome de sevrage.
 - Reprendre rendez-vous en consultation de tabacologie.

L'irrésistible envie de fumer est une pulsion « contrôlée » par la dépendance physique, le besoin physique de nicotine. Les substituts nicotiniques répondent activement et rapidement aux pulsions à fumer.

L'envie de fumer correspond aussi à une somme d'habitudes personnelles. Dans ce cas l'envie de fumer disparaît en quelques minutes (5), que vous fumiez ou non. Alors faites quelques choses d'autres !! Les occupations sont vastes et variées, soyez créatifs !

Pour vous aider :

- Limiter la consommation de café,
- Eviter l'alcool,
- Boire beaucoup d'eau,
- Faites de l'exercice !, marcher, prendre l'air ...
- Ajouter des fibres à votre alimentation (fruits crus, légumes, céréales complètes)
- Sucrer des bonbons sans sucre,
- Multiplier les occasions de prendre soin de vous !

Objet

Repérer et prendre en charge en hospitalisation les femmes enceintes consommatrices de tabac ou en risque de sevrage de nicotine dans le but d'obtenir un sevrage tabagique et/ou une diminution de l'intoxication au monoxyde de carbone (CO) et/ ou améliorer le confort dû au sevrage de nicotine.

- Améliorer le confort dû au sevrage
- Aide à l'abstinence temporaire durant l'hospitalisation
- Aide à la motivation
- Aide à l'arrêt du tabac

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Obstétricien, Responsable de l'unité de soins, les sages-femmes et les infirmières en service.

Informations patient et/ou entourage

Dans le cadre du sevrage :

- Pour les femmes enceintes avec un terrain anxieux et/ou dépressif : les orienter vers une prise en charge psychologique et/ou une prise en charge par l'obstétricien.
- Pour les femmes enceintes dont l'IMC est ≥ 22.9 ou la prise de poids excessive, les orienter vers une prise en charge par la diététicienne.

Dans le cadre d'un repérage en suites de naissance :

- De **l'informer** des conséquences du tabagisme sur son enfant (inclure les effets délétères de tabagisme paternel) et aussi de l'intérêt du TSN.
- De lui **proposer** une prise en charge (consultation d'aide au sevrage tabagique, TSN patch ! si allaitement utiliser seulement les formes orales...)
- De valoriser et encourager l'allaitement maternel.
- De l'informer sur les risques du co-sleeping.

Références / Documents liés

- Réseau Périnatal Aurore 13/10/2009
- Documents RSN, mai 2015 : protocole femme enceinte tabac, utilisation du CO testeur, fiche TSN

Lors de l'admission de la patiente identifier ses souhaits (arrêt, diminution, confort)

FUMEZ-VOUS ?

Oui

- Informer sur l'interdiction de fumer dans la maternité ; ne pas interdire d'aller fumer mais ne pas autoriser
- Informer sur la gratuité des Traitement de Substitution Nicotinique (TSN) pendant l'hospitalisation

Non

- Valoriser / encourager

Evaluer la consommation et l'intoxication

- Que fumez-vous (industrielles, à rouler, Cannabis) ?
- Combien par jour ?
- Evaluer le « confort » de la patiente et testeur CO
- Avez-vous arrêté de fumer récemment ?
- Comment se passe votre arrêt ?

Proposer un accompagnement et un traitement adapté

- Voir tableau des TSN
- Appel systématique de la consultation d'addictologie/tabacologie (même si patiente substituée)
- Souhaitez-vous rencontrer notre tabacologue ?
- Contacter la consultation d'addictologie/ tabacologie si difficultés, si nécessité de suivi, si peur des rechutes, si traitement en cours

Evaluer la dépendance physique à la nicotine

Questionnaire de Fagerstrom simplifié

		Score	Avant grossesse	Pendant grossesse
Combien de cigarettes / jour ?	31 ou plus	3		
	21 à 30	2		
	11 à 20	1		
	10 ou moins	0		
Dans quel délai après votre réveil fumez-vous votre 1 ^{ère} cigarette ?	Dans les 5 min	3		
	De 6 à 30 min	2		
	De 31 à 60 min	1		
	Après 1 heure	0		
Score total de Fagerstrom simplifié				

Pas de dépendance	Dépendance modérée	Dépendance forte
0 à 1	2 à 3	4 à 6

S'équiper d'un appareil de mesure du CO.

Positionner le curseur de l'appareil sur ppm

L'appareil décompte de 20 à 0.

Les 10 premières secondes, la patiente inhale de l'air lentement et profondément, maintient une apnée d'au moins 10 secondes que l'appareil calcule et, au zéro, souffle lentement dans l'embout à usage unique (placé au niveau d'un filtre anti-reflux).

La lecture est immédiate.

Les valeurs seuils exprimées en ppm (particules de CO par millions de particules d'air) :

< 5 ppm	Entre 6 et 10 ppm	Entre 11 et 20 ppm	Entre 21 et 50 ppm	>50 ppm
Normal	Tabagisme passif ou « petit fumeur » Risque d'hypoxie fœtale	Tabagisme actif et/ou passif Intoxication importante Risque d'hypoxie importante	Tabagisme actif très important Intoxication très importante Risque d'hypoxie fœtale très importante	Intoxication dangereuse (environ 10% d'HbCO)

La mesure de CO dans l'air expiré est un examen non-invasif, répétable, de lecture immédiate, au coût faible. Cependant il présente quelques limites : le CO n'est pas spécifique du tabac, les facteurs confondants (hypo ou hyperventilation, intolérance au lactose, l'anémie hémolytique, l'emphysème), son élimination est rapide. Toujours penser au cannabis qui majore le testeur CO.

La demi-vie d'élimination est de 3-4 heures en moyenne. Il est donc nécessaire pour évaluer le besoin de TSN d'avoir une mesure de CO **dès l'admission de la patiente**.

Attendre au moins 30 minutes depuis la dernière cigarette.

En moyenne, 1 cigarette industrielle équivaut à 1ppm, mais souvent les femmes enceintes présentent un phénomène de « fume compensatoire » (intoxication au CO reste importante du fait d'un tirage plus important sur une consommation moindre).

L'évaluation du dosage du TSN tient compte du nombre de cigarettes fumées **et** de la mesure du CO.

►► DOSAGE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUE (TSN)

CO testeur	0 – 10	11 – 17	18 – 27	> 27
Nb cigarettes/jr avant la grossesse	1 – 10	11 – 20	21 – 29	> 29
Pas tous les jours	Rien ou FO*		–	
Pas le matin ou > 60 min après le lever	Rien ou FO	FO ou Patch 7 mg/24h ou Patch 10 mg/16h	Situation étonnante !!!	
< de 60 min après le lever	FO ou Patch 7 mg/24h ou Patch 10 mg/16h	Patch 14mg/24h ou Patch 15mg/16h +/- FO	Patch 21mg/24h ou Patch 25mg/16h +/- FO	Patch 21mg/24h ou Patch 25mg/16h + FO
< de 30 min après le lever	Situation étonnante !!!			
< de 5 min après le lever				Patch 21mg + 7 mg/24h ou Patch 25mg/16h + FO

*FO : Forme Orale

Ce tableau est donné à titre consultatif. L'évaluation quotidienne et l'adaptation du traitement sont INDISPENSABLES. (Cf. les signe de sous-dosage – les signes de surdosage : chapitre suivant).

Dans le tableau les patchs utilisés sur **24 heures** sont réservés aux accouchées n'allaitant pas.

Pendant la grossesse prescrire et/ ou utiliser les patchs sur 16 heures.

En suites de couches en cas d'allaitement artificiel prescrire les patchs sur 24h.

En suites de couches en cas d'allaitement maternel prescrire uniquement les FO.

►► CI-APRES TABLEAU D'EQUIVALENCE DOSAGES PATCHS / DUREE :

Patch 24h	Patch 24h utilisé sur 16h	Patch 16h
–	–	25mg/16h
21mg/24h	15mg/16h	15mg/16h
14mg/24h	10mg/16h	10mg/16h
7mg/24h	5mg/16h	–

►► EVALUATION QUOTIDIENNE DU TRAITEMENT PENDANT LES 8 PREMIERS JOURS

- **Si signes de sous dosage** (fréquents) : Poursuivre le traitement et augmenter la dose de patch par ½ et en parler avec le référent tabacologue
- **Si signes de surdosage** (rares) : Retirer le patch et modifier le traitement (passage au dosage inférieur, au moins 2h après le retrait du 1^{er} patch)

▶▶ LES SUBSTITUTS ORAUX

Utiliser autant de fois que nécessaire = autant de fois que d'envies de fumer (jusqu'à 10 par jour).

Répond activement et rapidement aux pulsions à fumer.

Eviter les formes orales 2h avant la tétée

- **Gommes à mâcher** ! Différent du chewing-gum

Mâcher seulement une fois, laisser 1 à 2 minutes contre la joue puis mâcher à nouveau une fois, ... ainsi de suite, sans trop avaler la salive. L'absorption efficace de la nicotine se fait dans la bouche.

- **Comprimés sublinguaux**

Mettre sous la langue et laisser fondre. Pour éviter le goût poivré ou piquant, le comprimé peut être associé à un tic-tac.

- **Comprimés à sucer**

Les laisser fondre entre la gencive et la joue.

- **Inhaleur**

Embout en plastique blanc dans lequel s'installe une cartouche contenant un tampon imprégné de nicotine et de menthol. Aspirer comme « sur une « paille » pour une boisson », ne pas inspirer, les micro-gouttelettes doivent rester dans la bouche. Après ouverture, la cartouche de nicotine s'utilise dans les 12 heures, 6 à 12 cartouches de 10 mg par jour.

▶▶ LES DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES PATCH OU TIMBRE

- **A coller dès le réveil, sur une peau sèche, propre, saine** et où la pilosité est rare.
- Maintenir une pression avec la paume de la main pendant 10 secondes.
- Pour la femme enceinte, retirer le patch le soir au coucher.

! Ne pas mettre de lotion ou de crème avant le patch.

! Ne pas mettre sur une zone irritée ou inflammée.

Zones : omoplate, face externe du bras, hanche, un endroit différent chaque jour. Par exemple suivre le mouvement de la « macarena » : épaule droite, puis gauche, bras droit, puis gauche, hanche droite, puis gauche, ainsi de suite.

! Eviter les seins.

Au cours de la manipulation, éviter tout contact avec les yeux, le nez et se laver les mains après application.

Effets possibles : irritation locale, intensification des rêves.

L'absence totale d'envie de fumer et/ou l'absence de signes de sevrage témoigne d'une bonne substitution.

►► LES SIGNES DE SURDOSAGE EN NICOTINE

- Bouche pâteuse,
- Nausées,
- Sensation de malaise,
- Céphalées,
- Palpitations,
- Insomnie sévère,
- Diarrhée,
- ... L'impression d'avoir trop fumé.
 - La diminution des doses permet la disparition des troubles.
 - Les patches peuvent être coupés avant d'être collés.

►► REACTIONS POSSIBLES AU DEBUT DE LA SUBSTITUTION

- Fatigue,
- Rêves plus fréquents sans cauchemar,
- Troubles du sommeil,
- Rhinite et toux,
- Constipation,
- Aphtes.

►► LES SIGNES DE SOUS-DOSAGE ou SYNDROME DE SEVRAGE

- Irrésistible envie de fumer, ne penser qu'à fumer,
- Sentiment d'irritabilité, de tension, de frustration, de nervosité, d'agitation (énergie à revendre),
- Anxiété, humeur dépressive,
- Difficultés de concentration, sentiment d'être à côté de la plaque, somnolence dans la journée,
- Trouble du sommeil la nuit, insomnie,
- Sensation de faim, envie de sucré ++.
 - Un apport suffisant de Nicotine par les substituts réduit le syndrome de sevrage.
 - Reprendre rendez-vous en consultation de tabacologie.

Conseils pratiques

L'irrésistible envie de fumer est une pulsion « contrôlée » par la dépendance physique, le besoin physique de nicotine. Les substituts nicotiniques répondent activement et rapidement aux pulsions à fumer.

L'envie de fumer correspond aussi à une somme d'habitudes personnelles. Dans ce cas l'envie de fumer disparaît en quelques minutes (5), que vous fumiez ou non. Alors faites quelques choses d'autres !! Les occupations sont vastes et variées, soyez créatifs !

Pour vous aider :

- Limiter la consommation de café,
- Eviter l'alcool,
- Boire beaucoup d'eau,
- Faites de l'exercice !, marcher, prendre l'air ...
- Ajouter des fibres à votre alimentation (fruits crus, légumes, céréales complètes)
- Sucrer des bonbons sans sucre,
- Multiplier les occasions de prendre soin de vous !



OPIACES

- 1) Protocole Soins de la douleur chez le dépendant aux opiacés
- 2) Protocole accueil aux urgences d'un patient nécessitant une hospitalisation et dépendant aux opiacés
- 3) Protocole TSO et Grossesse
- 4) Annexe de détermination du dosage d'équilibre d'un traitement par Buprénorphine ou Méthadone

Objet

Les patients dépendants aux opiacés du fait de leur tolérance mais aussi de l'hyperalgésie induite ont une douleur plus rapide et plus intense lors de pathologies lambda.

La prise en soin de la douleur va permettre une meilleure acceptation et donc un meilleur accès aux soins d'urgences dont ils relèvent.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Les médecins des services d'accueil d'urgences

Informations patient et/ou entourage

Références / Documents liés

- CEIP-A Nantes

❖ Gestion de la douleur chez le sujet consommateur d'opiacés :

- Evaluer la douleur de manière systématique et adaptée
- Eviter les analgésiques morphiniques de palier II (codéine, tramadol)
- Mettre en place une analgésie multimodale (paracétamol, AINS, néfopam, MEOPA selon indication)
- Poursuivre le traitement de substitution aux opiacés (TSO) lorsqu'il existe
- Si besoin en plus :

Patient traité par Méthadone

- Maintenir le TSO
- Ajouter des antalgiques non morphiniques + morphiniques si besoin, adaptés à l'intensité de la douleur
- Eviter les antagonistes ou agonistes partiels des récepteurs μ , qui, en présence d'agonistes, se comportent comme des antagonistes, entraînant l'apparition d'un syndrome de sevrage

Patient traité par Buprénorphine

- Si $4 < \text{EVA} < 6$: possibilité d'augmenter les doses quotidiennes de buprénorphine et de fractionner les prises (3 à 44/j) : solution limitée par l'effet plafond et un retour au niveau antérieur de substitution difficile
- Si $\text{EVA} > 7$: arrêter la buprénorphine et remplacer par de la morphine par titration en respectant un délai (désaturation des récepteurs μ) => En pratique : attendre les premiers signes de sevrage
- Si chirurgie douloureuse programmée ou douleur chronique sévère : substituer la buprénorphine par de la méthadone, plus maniable avec la morphine => En pratique : consultation d'addictologie

Patient dépendant aux opiacés non substitué

- Compenser les apports en opiacés illicites par des équivalents morphiniques : titration de morphine par incréments de 4 à 8 mg / 5 min, jusqu'à disparition de la plainte (signes de manque et douleur), sous surveillance stricte
- Puis administrer cette dose toutes les 4h avec surveillance et réévaluation régulières

Patient sevré non substitué

- Utilisation des morphiniques envisageable en dernier recours, aux doses usuelles

❖ Particularités liées à l'anesthésie chez le sujet consommateur d'opiacés :

- Privilégier l'ALR (per et postopératoire) avec un anesthésique local de longue durée d'action
- Mettre en place une analgésie multimodale (paracétamol, kétoprofène, néfopam)
- Débuter l'induction par l'hypnotique avant le morphinique (pour éviter la sensation de shoot)

Patient traité par Méthadone

- Maintenir le TSO à dose et heures fixes

Patient traité par Buprénorphine

Si score prévu d'EVA, EN<4 ou si ALR : Poursuite de la buprénorphine en pré et postopératoire

- Maintien de la buprénorphine en postopératoire
- Possibilité d'augmenter les doses de buprénorphine et de fractionner les prises selon l'intensité de la douleur, avec utilisation éventuelle de buprénorphine en SC (Temgésic)

Si score prévu d'EVA, EN>4 : Poursuite de la buprénorphine en pré-opératoire

- Déplacement de la buprénorphine des récepteurs u par le sufentanil peropératoire
- Titrer en morphine IV au réveil jusqu'à disparition de la plainte
- Administrer cette dose toutes les 4h
- Surveillance stricte pendant la phase de réveil
- Reprise du traitement de substitution en collaboration avec les addictologues

Dans le cadre d'une chirurgie douloureuse programmée à distance :

- Possibilité de remplacement temporairement la buprénorphine par de la méthadone (plus maniable en péri-opératoire)
- En pratique => Prendre un rendez-vous de consultation pour le patient dans le service d'addictologie

Patient consommateur actif d'héroïne

=> Substitution indispensable de la dose d'héroïne quotidienne en morphine PO ou SC

En cas de chirurgie programmée :

- Attendre la plainte douloureuse et/ou les 1ers signes de sevrage
- Titrer de la morphine par incréments de 4 à 8 mg / 5 min, jusqu'à disparition de la plainte (signes de sevrage et douleur) sous surveillance clinique et instrumentale
- Administrer cette dose toutes les 4h
- Surveillance et réévaluation régulières

En cas de chirurgie en urgence :

- Prise en charge des signes de sevrage et de la douleur en SSPI
- Administrer PO ou en SC toutes les 4h la dose de titration en morphine nécessaire pour obtenir le soulagement
- Patient à considérer systématiquement comme estomac plein

Patient consommateur actif de médicaments opiacés

En cas de chirurgie programmée :

- En préopératoire : administrer la dose habituelle de morphinique ou une dose équianalgésique d'un autre opioïde
- En postopératoire : poursuivre la même dose en cad de chirurgie mineure ou privilégier la voie parentérale en cas de chirurgie invasive (PCS : débit continu et bolus)

En cas de chirurgie en urgence :

- Si le patient est sous l'effet des opiacés : reprise de la dose habituelle en postopératoire
- Si le patient présente des signes de sevrage : administrer PO ou en SC toutes les 4h la dose de titration en morphine nécessaire pour obtenir le soulagement, puis reprise de la dose habituelle

Objet

Un patient dépendant aux opiacés et déjà traité par méthadone ou buprénorphine doit continuer à avoir ce traitement lors de son hospitalisation.

Un patient dépendant mais non traité, doit pendant son hospitalisation se voir proposer un traitement de substitution

Le protocole va permettre une réponse adaptée à la situation, permettant la poursuite des autres soins.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Les médecins des services d'accueil d'urgences

Informations patient et/ou entourage

Le traitement mis en œuvre va soulager le syndrome de sevrage et l'envie de produit, qui réapparaîtront en cas d'arrêt brutal du traitement. Cela impose donc une continuité de ce traitement, lors de la sortie de l'hôpital, assurée soit par le médecin traitant, soit par le CSAPA.

Références / Documents liés

- Conférence de consensus des 23 et 24 juin 2004 « stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution »
- Mise au point octobre 2011 AFSSAPS : mise au point des traitements par buprénorphine

Diagnostic

1. LE PATIENT EST DEJA TRAITE PAR BUPRENORPHINE OU METHADONE

- le traitement se poursuit, sous réserve de sa documentation
 - Par la présentation de l'ordonnance en cours, appel au prescripteur, au pharmacien
 - Par l'analyse par bandelette urinaires.
- Continuer le traitement à la même dose
- Lors de la sortie de l'hôpital, informer le prescripteur de ce relai temporaire
- La venue aux urgences peut être due à une pathologie douloureuse : prendre en compte ce paramètre, les dépendants aux opiacés ont mal plus vite et pour des stimuli douloureux plus faibles. Voir protocole douleur et TSO.

2. LE PATIENT N'EST PAS TRAITÉ PAR BUPRÉNORPHINE OU MÉTHADONE : IL EST DÉPENDANT AUX OPIACÉS

- L'analyse des urines par bandelettes urinaires retrouve des opiacés (licites ou illicites)
- Démarrer un traitement par buprénorphine ou méthadone. Le sevrage aux opiacés (d'autant plus quand le patient ne le souhaite pas) est peu efficace et dangereux en cas de re consommation. L'absence de traitement est facteur de rupture de soins ++
- Le choix de la molécule :
 - Buprénorphine en 1ère intention : le plus simple avec le suivi le plus allégé
- Méthadone : si déjà essai de buprénorphine non concluant, si pathologie douloureuse associée, comorbidité psychiatrique .
- Appel de l'ELSA systématique pour initier traitement par méthadone, recommander pour initier le traitement par buprénorphine. Attendre l'apparition des 1ers signes de sevrage pour initier un traitement par buprénorphine.
- Le dosage adéquat est celui qui calme le syndrome de sevrage et l'envie de produit (craving) sur 24 heures (voir annexe « détermination du dosage »).
- L'ELSA prévoit la continuité du traitement en organisant le relai au sein de l'hôpital, ou en dehors.

Objet

Permettre la mise sous traitement ou sa continuité, assurant un accompagnement de la future mère d'un point de vue addictologique, obstétrical, et de préparer le suivi post partum (de la mère et de l'enfant), améliorant ainsi le pronostic obstétrical et pédiatrique.
La prise en charge du syndrome de sevrage néonatal ne fait pas partie de ce protocole.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Tout professionnel de maternité (sage-femme, médecin, puéricultrice) en sachant que les femmes traitées par méthadone ou buprénorphine ne peuvent accoucher qu'en maternité de niveau 2 ou 3.
Sachant cela le risque existe que des femmes ne disent pas être sous l'un de ces traitements pour pouvoir accoucher dans une maternité de niveau

Contre-indications absolues

Références / Documents liés

AMM (Autorisation de mise sur le marché) de la méthadone,
AMM (Autorisation de mise sur le marché) de la buprénorphine (élargissement à la grossesse mars 2005)
Grossesse et substitution OFDT Juillet 2003

Les mots avec un astérisque sont expliqués dans le lexique ci-après :

- **ELSA** : équipe de liaison et de soins en addictologie. Ce sont des professionnels de l'hôpital ou de la clinique (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux) qui interviennent à la demande des services non spécialisés en addictologie pour évaluation, avis et prescriptions, préparation et orientation à la sortie.
- **CEIP** : centre d'évaluation et d'information ses pharmacodépendances. En Pays de Loire il est basé au CHU de Nantes dans le service de pharmacologie clinique. Il recueille les abus de médicaments, mais conseille dans les prescriptions de psychotropes.
- **CSAPA** : centre de soins et de prévention des addictions.
- **Hyper adrénergie** : à l'arrêt de la prise d'opiacé, le système adrénurgique jusque là inhibé s'emballe provoquant des signes d'hyperadrénergie (« stress chronique ») : tachycardie, élévation de la TA, vasoconstriction, diarrhée motrice, angoisse...
- **Craving** : c'est l'envie de produit, phénomène neurobiologique, qui en cas de dépendance aux opiacés est intense. Plus le craving est intense et permanent plus il expose à la rechute. En cas de traitement par méthadone ou buprénorphine, cela démontre un sous dosage du traitement. Nécessité d'augmenter le dosage.

►► PRINCIPES GÉNÉRAUX :

- Les molécules ayant l'AMM pour la dépendance aux opiacés sont la buprénorphine et la méthadone. L'AMM concerne aussi la grossesse
- La grossesse n'est pas le moment pour arrêter un traitement par méthadone : le syndrome de sevrage avec ses signes d'hyperadrénémie* sont néfastes pour le déroulé de la grossesse et le pronostic de l'enfant à naître. Cela expose au risque de rechute.
- La connaissance de ce traitement, le plus tôt possible, va permettre d'évaluer au mieux la situation d'un point de vue addictologique, obstétrical et pédiatrique, et de mettre en œuvre les outils d'accompagnements nécessaires au cas par cas
- La continuité de la prescription, puis son relai, demande de rentrer en contact avec le médecin prescripteur habituel. Dans le cas de la méthadone, s'il s'agit d'un médecin de ville, se renseigner sur la validité de cette prescription : le médecin qui prescrit la méthadone est-il habilité (exerçant à l'hôpital ou en CSAPA*), ou a reçu une délégation de prescription du médecin habilité, en ce cas la patiente a débuté son traitement avec un médecin habilité puis a été adressée en relai à un autre médecin. Si cette prescription n'est pas valide, organiser la régularisation (appeler l'ELSA*) auprès d'un médecin habilité.
- L'allaitement n'est pas contre indiqué.
- Informer la patiente des produits problématiques pendant la grossesse : tabac, alcool, cocaïne, cannabis, produits de synthèse, certains médicaments (et proposer une aide.)
- En cas de difficultés les ressources sont : l'Elsa*, le CSAPA*, le CEIP*, le service d'addictologie.

►► EN PRATIQUE

Femme déjà substituée

Il n'y a pas lieu de modifier le traitement, dans la mesure où il est pris correctement (pas de mésusage) et que le dosage est équilibré (pas de signes de sevrage, pas de craving*, pendant les 24 heures). Documenter cette prescription en appelant le prescripteur, ou le pharmacien, ou au vu de l'ordonnance.

Femme qui se procure au marché noir

Si la femme se procure le traitement au marché noir, régulariser la situation après avoir objectivé sa consommation avec l'aide d'analyses urinaires. La régularisation consiste en une prescription de buprénorphine par tout médecin, ou de méthadone prescrite par un médecin habilité : médecin hospitalier, ou médecin de CSAPA. Appeler l'ELSA.

Femme non substituée

La substituer, et ce le plus vite possible. Objectiver ses consommations à l'aide d'analyses urinaire (bandelettes ou en laboratoire). Appeler l'ELSA.

Femme sous buprénorphine avec mésusage

Si la femme est sous buprénorphine et est en mésusage (en particulier détournement de la voie d'abord par sniff ou injection) c'est une indication à la traiter par méthadone. Le lui proposer, appeler l'ELSA.

Femme en fin de grossesse

La femme substituée peut/va être sous dosée. Prévenir la femme de ce phénomène, pour qu'elle puisse l'observer et le médecin le corriger. Il convient d'augmenter le dosage pour arriver à la dose d'équilibre. Celle-ci est déterminée le plus souvent cliniquement, avec la disparition des signes de sevrage mais aussi du craving*, et ce sur 24 heures. Cette augmentation a en principe déjà eu lieu avant l'accouchement.

Femme après l'accouchement

Après l'accouchement revenir à la dose de départ, tout particulièrement pour la méthadone dès la prise post accouchement (risque de surdosage). Appeler l'ELSA. L'allaitement n'est pas contre indiqué du fait de ces traitements. La survenue d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né est décalé : cela contre indique les programmes type Prado. Le retour précoce de l'enfant n'est pas possible. La fréquence et la sévérité du syndrome de sevrage ne sont liées ni à la molécule utilisée ni à son dosage. La co-prise de benzodiazépine est un facteur aggravant du syndrome de sevrage. Pour la femme revoir le médecin prescripteur habituel d'autant plus rapidement que la situation est complexe.

Principes Généraux

L'indication de la méthadone et de la buprénorphine :

- Traitement de la dépendance sévère aux opiacés chez toute personne de plus de 15 ans volontaire pour suivre ce traitement dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale
- L'analyse d'urine est obligatoire pour la méthadone et recommandée pour la buprénorphine

La détermination du dosage de buprénorphine ou de méthadone est essentiellement clinique.

Le dosage d'équilibre est celui qui fait disparaître :

- Les signes de sevrages : douleurs articulaires, musculaires, abdominales (avec diarrhée) angoisse, insomnie, agitation, rhinorrhée, piloérection, bâillements incoercibles.
- Le craving : envie obsédante et permanente d'opiacés
- Et ce sur 24 heures.

A dose progressive, disparaissent d'abord les signes de sevrage, puis le craving, et leur maintien sur une durée de 24 heures.

Traitement

3. LA BUPRENORPHINE : APPELER L'ELSA

Ne démarrer le traitement que lorsque le récepteur est libre d'opiacé (premiers signes de sevrage, en cas de doute attendre que cela se précise), à apprécier en fonction de la durée d'action de ce qui a été consommé.

Pouvoir apprécier la dose d'équilibre afin d'y arriver le plus vite possible, par des éléments objectifs : ancienneté de la consommation ; antécédents de prise de buprénorphine, de codéine.

Ajuster le traitement en fonction de la clinique à J1-J2.

4. LA METHADONE : APPELER L'ELSA

L'ELSA établira le protocole des doses progressives de méthadone. La méthadone ne fera effet sur 24h après plusieurs jours par effet d'accumulation et d'addition des courbes pharmacocinétiques.

Pouvoir documenter les éventuels autres traitements en cours car il existe de nombreuses interactions, prévoir une biologie (éliminer une hypokaliémie), un ECG si on pense que le dosage sera supérieur à 120 mg/jour.



Trouble du Comportement Alimentaire

- 1) Protocole Anorexie mentale diagnostic et prise en charge en pédiatrie
- 2) Protocole Anorexie mentale prise en charge (Juin 2010 HAS)
- 3) Algorithme décisionnel pour l'orientation de la prise en charge des TCA

Objet

Description des modalités et de prise en charge d'une anorexie mentale chez l'enfant

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Ce mode opératoire concerne la prise en charge des patients dans les services de pédiatrie et s'adresse aux professionnels de ces services.

Indications

Le diagnostic d'anorexie mentale ne peut être retenu qu'à la fin d'une évaluation pluridisciplinaire, après élimination d'une pathologie organique.

Informations patient et/ou entourage

Références / Documents liés

- HAS Anorexie mentale/prise en charge
- Stheneur C : Surveillance biologique des anorexiques SFP 2008 Nantes
- De Tournemire R, Alvin P : Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique. Archive Pédiatrie 2002 ; 429-433
- Mallet E : Management of acute hypophosphatemia Archive pédiatrie 2006 13 525-527
- Alvin P Marcelli D : médecine de l'adolescent Masson 2005

Modalités de sevrage

- ❖ **Bilan initial** : Il a deux buts : éliminer une pathologie organique et apprécier le retentissement de la carence alimentaire.

Bilan Clinique	Bilan Biologique	Autres examens
<ul style="list-style-type: none"> • Examen complet (cutané++ risque d'escarre, de plaie, d'hématomes) • BMI • Cotation du stade pubertaire (Tanner) • TA, température, pouls. 	<ul style="list-style-type: none"> • NFS, CRP et VS • Ionogramme complet : calcémie-phosphorémie, TGO-TGP bilirubine • IgG, T4 TSH, prolactine, LH FSH œstrogène ou testostérone • Anticorps transglutaminase • Electrophorèse des protéines • BU 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG, âge osseux (si déclenchement avant la fin de la puberté) • Radiographie du thorax • TDM cérébrale (plus rarement IRM sauf si cassure staturale majeure) • Echographie abdomino-pelvienne • Evaluation de la densité osseuse

- ❖ **Indications d'hospitalisation**

- Faire le bilan initial (à discuter et à programmer si possible)
- Perte de poids très rapide ou IMC inférieur à 13-14
- Aphagie
- Complications somatiques (malaise/épuisement/confusion/troubles métaboliques sévères)
- Complications psychiatriques (TS/dépression...)
- Difficultés familiales
- Echec de la prise en charge ambulatoire

❖ Surveillance pendant l'hospitalisation

- Constantes tous les jours (TA, température, pouls)/scope pendant la nuit initialement si dénutrition très sévère
- Examen clinique tous les jours (attention aux zones d'escarre)
- Poids Lundi et Jeudi
- Bilan biologique 1 à 2 fois par semaine selon la gravité clinique : NFS, iono, calcémie, phosphorémie, bilan hépatique (si nutrition entérale)
- Supplémentation en phosphore (phosphoneuros 60 gouttes par jour en une prise) systématique pendant la phase de renutrition hospitalière
- Discuter un traitement anxiolytique par Atarax 25 mg le soir au coucher et si crise
- Repos/vêtement chaud
- 4 repas avec féculents (cf diététique dans le service)
- Les conditions d'hospitalisation ne sont pas décidées en urgences mais après concertation des pédopsychiatres et pédiatres qui suivront l'adolescent(e)

❖ Nutrition par sonde nasogastrique

Pour les formes graves avec dénutrition sévère ou complication/aphagie :

- Décision par pédiatre (+/- pédopsychiatre)
- Si possible après observation hospitalière de 48 heures
- Si nutrition décidée : sur 24h en continu, produit standard (nutrison), 200 ml le premier jour et augmentation/48h de 100 à 200 ml par jour (à ajuster suivant la tolérance clinique et biologique et la prise de poids)

Surveillance :

- Ionogramme avec phosphorémie et bilan hépatique 2 fois par semaine
- Position de la sonde
- Radio pour contrôle initial de la sonde

Objet

L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.

L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Ce document s'adresse aux médecins et internes des unités intra hospitalières.

Critères somatiques d'hospitalisation

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	
ANAMNESTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
CLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
PARACLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

CHEZ L'ADULTE

ANAMNESTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
CLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ○ bradycardie sinusale FC < 40/min ○ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
PARACLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> ○ < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) ○ >150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Critères environnementaux d'hospitalisation

DISPONIBILITE DE L'ENTOURAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
STRESS ENVIRONNEMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
DISPONIBILITE DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
TRAITEMENTS ANTERIEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

RISQUE SUICIDAIRE	<ul style="list-style-type: none">• Tentative de suicide réalisée ou avortée• Plan suicidaire précis• Automutilations répétées
COMORBIDITES	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation: <ul style="list-style-type: none">• dépression• abus de substances• anxiété• symptômes psychotiques• troubles obsessionnels compulsifs
ANOREXIE MENTALE	<ul style="list-style-type: none">• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
MOTIVATION, COOPERATION	<ul style="list-style-type: none">• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Indications

Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

Références / Documents liés

- Points essentiels des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge » Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2010

	Déni +	Déni -
Gravité somatique : _ BMI < 13 _ signes d'hypométabolisme _ Troubles ioniques	_ Pointage clair du danger somatique _ Accompagnement somatique prioritaire (généraliste ++) _ Sensibilisation ++ de l'entourage : création d'un réseau de vigilance _ Evaluation régulière et à distance à l'unité (toutes les 3 semaines) : travail sur l'alliance thérapeutique minimale _ HDT exceptionnellement	_ Orientation vers un service de médecine : endocrinologie-nutrition, médecine polyvalente _ Accompagnement psychologique dans le cadre de la psychiatrie de liaison _ Orientation secondaire à l'unité des addictions pour intensification du travail psychologique
Gravité psychique : _ Idées ou gestes suicidaires _ Syndrome dépressif _ Crise familiale aiguë	_ Accompagnement psychologique d'avaluation régulier _ Rôle du généraliste et de l'entourage _ HDT si nécessaire	_ Hospitalisation à l'unité temps plein +/- séparation familiale temporaire _ Evaluation des difficultés et préparation d'un soin ambulatoire en relais
Absence de gravité somato-psychique	_ Soins impossibles _ Evaluations à distance régulières _ Soins minimal : suivi somatique ou diététique, souvent suivi infirmier sur des objectifs mineurs (se reposer, prendre du temps pour soi, parler des difficultés)	_ Soins ambulatoires contractualisés et en réseau _ Pôle hospitalier : hôpital de jour, groupe thérapeutiques _ Pôle ville : suivis par généraliste, nutritionniste, psychiatre, psychothérapeute