

LE SEVRAGE AMBULATOIRE ALCOOLIQUE à DOMICILE

Les fondements du Programme SAAD

Références, la CPTS la Cévenole février 2024, complétées en décembre 2025

Nous reprenons ici, les informations sur le sevrage ambulatoire alcoolique à domicile, tel qu'il a été expertisé par le Dr FABRE Philip au cours de sa carrière de médecin addictologue, lui-même l'ayant initié sur le bassin alésien, depuis de nombreuses années.

Les opérateurs qui auront à prendre en mains ce protocole, accepteront de participer aux réunions de formation et de coordination clinique, organisées, en présentiel ou en distanciel, par le Dr FABRE Philip, nommé coordinateur de ce projet par la CPTS la Cévenole, depuis 2024.

La proposition de sevrage ambulatoire peut, et doit être perçue comme un 1^{er} échelon test, qui s'adresse au buveur dépendant, portant une demande de sevrage concernant le seul produit ALCOOL (même s'il existe d'autres addictions).

Ne jamais oublier que le SEVRAGE, ambulatoire (ou pas) pour la dépendance à l'ALCOOL » reste une étape, dans le parcours de la maladie alcoolique, qualifiée de maladie chronique. L'objectif de tout soignant, sera donc de proposer cette étape préliminaire aux changements, comme une fenêtre thérapeutique, à domicile, qui arrive à point nommé, pour valoriser l'accompagnement pluriprofessionnel ambulatoire, du patient en mésusage d'alcool.

A. LE PREALABLE

A l'heure actuelle, depuis la création des soins en alcoologie, le sevrage a 2 modalités : Sevrage résidentiel ou Sevrage ambulatoire ; mais, ce sont bien, les 2 modalités **d'un même outil**, qu'il faut connaître pour savoir les utiliser à égalité de chances.

Dans les 2 cas, cet outillage du sevrage fait appel à 2 fonctions très précises :

- La fonction médicale, pure, avec ses règles de bonnes pratiques médicales, incontournables.
- La fonction symbolique, avec son devoir d'élaboration psychique, qui se vit de façon très individuelle, au jour le jour, pour chaque patient

La proposition de sevrage ambulatoire à l'alcool n'est donc jamais **sous-évaluée**, dans le contrat passé avec le patient, mais s'inscrit dans une **négociation**...et un **Timing** !

L'objectif du soignant au final, ne doit jamais s'égarer du projet de faire **progresser** le patient dans son échelle motivationnelle de changement, (comme le décline le score de PROCHASKA). C'est même, une priorité de l'Addictologie.

Il ne s'agit surtout pas de retrouver une situation « enfermée » ou qui se refermerait comme une trappe sur l'avenir d'un parcours de soins.

B. CONTRE INDICATIONS et NON INDICATIONS

Il existe des contre-indications et des non-indications **formelles**, qui, si elles sont présentées comme « rédhibitoires » renforcent le crédit du soignant « supposé savoir » auprès de son patient.

1) Les contre-indications médicales

- La présence de maladies évolutives en cours et non stabilisées ;
- L'occurrence de pathologies aiguës, même accidentelles ;
- Les antécédents d'épilepsie, toutes causes confondues ;
- L'insuffisance hépatique sévère ;
- La cirrhose, ... mais décompensée seulement ;
- L'insuffisance cardiaque congestive ;
- L'insuffisance coronaire mal documentée ;
- L'hypertension non contrôlée ;
- Les encéphalopathies éthyliques, dont les antécédents de delirium tremens ;
- Une maladie du sevrage alcoolique récente sévère ou déjà installée avec pré DT ;
- La grossesse.

2) Les contre-indications psychiatriques

Tous les états psychiatriques **non stabilisés**, ou dont l'histoire de la maladie n'est pas documentée correctement par le patient et les ressources qu'il peut mettre à notre disposition.

Par contre, l'anxiété et la dépression, liées à l'usage d'alcool chez l'alcoolique primaire dépendant (90% des cas) ne sont évidemment pas, une contre-indication, mais nécessite une évaluation clinique de qualité de la part de toute l'équipe soignante pour l'inclusion.

3) Les non-indications socio-environnementales

- La précarité, non étayée et non soutenue ;
- L'absence de cadre sécuritaire pour intervenir intimement en face à face à domicile ;
- L'isolement géographique et/ou social ;
- À l'inverse, l'« excès » de présence familiale ou étrangère ;
- Le patient non compliant incapable de se « fixer » une semaine, sur un domicile ;
- L'obligation de soins sous toute forme de contrainte, mais non évaluée.

4) Les non-indications addictologiques

Si la demande du patient est plus ou moins présente, il s'agit bien ici, de reformuler et pointer, que la direction proposée par le programme SAAD répond, à une demande d'aide « POUR un futur SEVRAGE », ou, tout au moins, une RDR conséquente.

De fait, il y a donc des situations, où la décision d'INCLUSION est retardée :

- Demande NON élaborée (score de PROCHASKA à 1 ou 2) ;
- Évaluation INSUFFISANTE, qui demandera à être complétée.

A ce stade, les patients peuvent être suivis, mais NON INCLUS.

Cette « Non-inclusion » peut être temporaire ou définitive.

C. L'ART DE LA NEGOCIATION = « JAMAIS DANS L'URGENCE »

Comme toutes les raisons de consommer un produit psychotrope, toutes les raisons de ne **pas partir** en cure de sevrage résidentiel sont bonnes ... Du côté soignant, on peut appeler cela des « **résistances** », mais si on mesure bien que l'attachement de la contrainte par corps au produit (addiction) égale « **survie** », il est probable que ce non lâcher prise oscille avec un déni encore présent mais en roue libre même si une volonté réelle de changement existe.

Par excès de précipitation, une proposition péremptoire de sevrage résidentiel peut malheureusement déboucher sur une fin de non-recevoir. En créant un espace de sevrage ambulatoire, ce n'est pas tant le but d'une abstinence subie qui est cherchée mais celui d'une abstinence **vécue**, avec redécouverte du corps, de ses maux et de ses mots à partager.

Le sevrage ambulatoire devient donc un outil, non pas forcément directement de la guérison, mais une marche pour l'auto-évaluation de la connaissance de soi et de son déni, qui sont les préalables à une nouvelle vie sans produit.

D. LA MODELISATION DU SEVRAGE AMBULATOIRE

I) Le concept du temps = ou comment baliser un sevrage en Médecine de ville ?

Toujours en hors de l'urgence, l'idée est de négocier au moins, une « semaine » de mise en parenthèse du temps, dans le **seul intérêt** de donner les meilleures chances de réussite : le **calendrier** est choisi, avec le patient, **et**, la concertation pluriprofessionnelle de tous les acteurs, organisée elle-même par le coordinateur. Cette équipe soignante, désignée, par le programme SAAD, est garante d'un suivi addictologique, d'un suivi psychologique et d'un suivi infirmier pendant la phase active ; il peut s'y adjoindre le Médecin Généraliste Référent, qui sera informé du calendrier proposé.

- Une semaine, vraiment « **posée** » à l'avance sur l'agenda et repérée comme telle par tous les protagonistes, surtout l'entourage : ce ne sont pas des vacances !
- Le choix d'une semaine peut osciller entre minimum 6 jours et maximum 10 jours ;
- Une semaine, de congés, si le patient est actif ; au choix, congés repos ou arrêt maladie ;
- Une délégation médicale à double niveau est indispensable :
 - . Un médecin de ville ou un médecin addictologue, consulté et mobilisé en amont ;
 - . Un référent coordinateur, qui assure individuellement l'expertise du protocole ;Par délégation, il est possible que ce référent, soit un(e) infirmier(e).
- Il est impératif d'officialiser la garantie d'exercer une surveillance à domicile, de tous les impératifs techniques : c'est tout l'intérêt de ce protocole, que de valoriser et labelliser le crédit d'une observation clinique de qualité par les cabinets infirmiers volontaires et partenaires de la CPTS la Cévenole
- Ces IDEL sont donc, la clef de voûte du dispositif ; ils peuvent être ou devenir les infirmiers de famille, au même titre qu'un médecin traitant et auront la possibilité de prolonger les soins, au-delà d'une semaine, sous la forme conventionnelle, par le biais de l'assurance maladie.

2) Les impératifs techniques

- Interdiction formelle de toute conduite de véhicule à moteur pendant la toute la durée d'imprégnation médicamenteuse, et de toute activité en hauteur et à risque ; la possibilité d'une activité modérée occupationnelle de loisirs, passe-temps ou bricolage est recommandée en dehors des cas cités plus haut.
- Constaté la réalité de la prise médicamenteuse per os ou en injection intramusculaire
- De la même façon, établir un carnet de suivi des effets attendus et ceux inattendus, sur la conscience, le pouls et la tension artérielle ; ceci étant parfaitement possible par la délégation du contrôle médical au cabinet infirmier, qui doit informer régulièrement le coordinateur, de son passage, et avoir la certitude à tout moment de joindre un praticien partenaire responsable, pour en référer ; au pire les urgences au 115, resteront le dernier recours, si urgence il y avait.
- Une échelle de cotation propre à la maladie du sevrage alcoolique, dite de CUSHMAN, servira de référentiel au suivi et à l'algorithme décisionnel ; elle sera réévaluée tous les jours par le cabinet IDEL, et fera l'objet d'une transmission à minima quotidienne.

3) En pratique

Le délai d'apparition de la maladie du sevrage pour le produit alcool, coïncidant bien avec le délai d'apparition de la bonne imprégnation médicamenteuse, il est très rare d'avoir à gérer des incidents du sevrage.

Si les critères d'inclusion et les modalités ont été bien respectés, et si la surveillance fait l'objet d'ajustements médicaux grâce à la coordination, les suspensions de protocole ne sont quasiment jamais d'ordre médical pur, mais d'ordre socio-environnemental ou personnel.

4) Le Post-Sevrage

Le sevrage étant une étape nécessaire mais pas suffisante, du parcours, la plateforme de coordination, doit s'assurer d'un suivi et d'une prise en charge rapide, dans la semaine, qui suit le protocole du sevrage à domicile, puis régulièrement chaque mois, pendant 6 mois minimum :

- Suivi addictologique primaire par téléphone ou secondaire par une attache en CSAPA ;
- Suivi psychologique à redéfinir avec le cabinet de psychologue ;
- Suivi médical par le médecin généraliste ;