



REZO Addictions 41

MGADDOC

Exemple de prise en charge d'un patient dans un réseau addictologique territorial

AM BRIEUDE, PH Addictologue coordinatrice médicale du Rézo Addictions 41

L DEMONDION, Interne de Médecine Générale au Rézo Addictions 41

**Usages de
Produits**

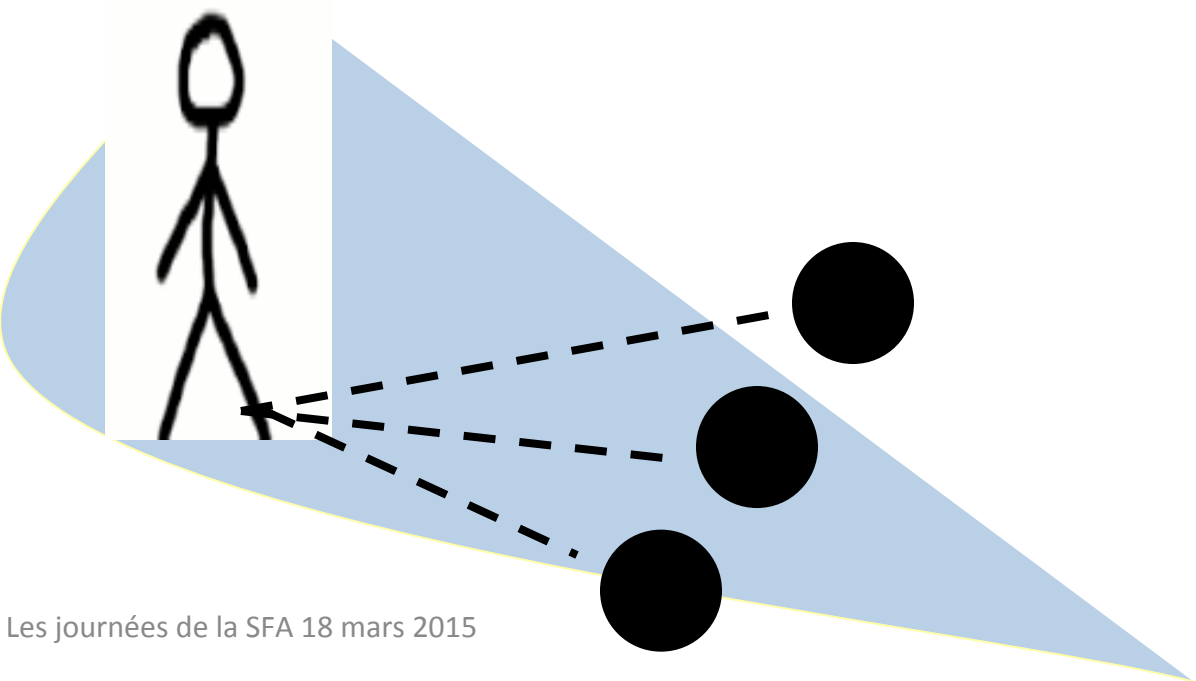
**Exclusion
temporaire
de la clinique
psychiatrique**

**Pb de santé
Mentale**

**Dettes
Risque
d'expulsion
logement**

**Patient cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité
et de précarité**

Mr O, 47 ans,
Vu en intra-hospitalier en
addictologie de liaison
Janvier 2012

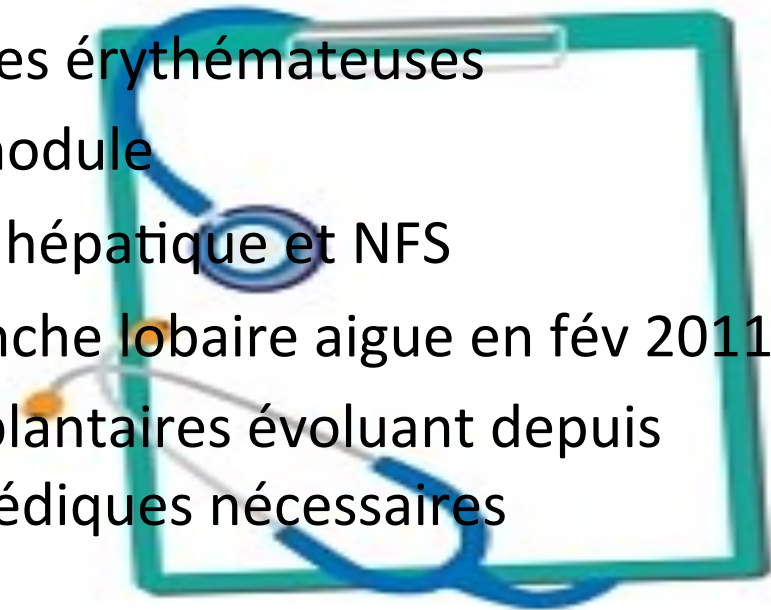


Statut addictologique



Au niveau somatique

- Sérologie VIH, VHC négative, doit être vacciné/VHB
- Nodule corde vocale G
- Gastrite et œsophagite aiguës érythémateuses
- Stéatose hépatique abs de nodule
- Biologie normale dont bilan hépatique et NFS
- ATCD de pneumopathie franche lobaire aigue en fév 2011
- Lésions hyperkératosiques plantaires évoluant depuis longtemps/semelles orthopédiques nécessaires



Problème psychique



Trouble de la personnalité borderline sur fond
de dépressivité

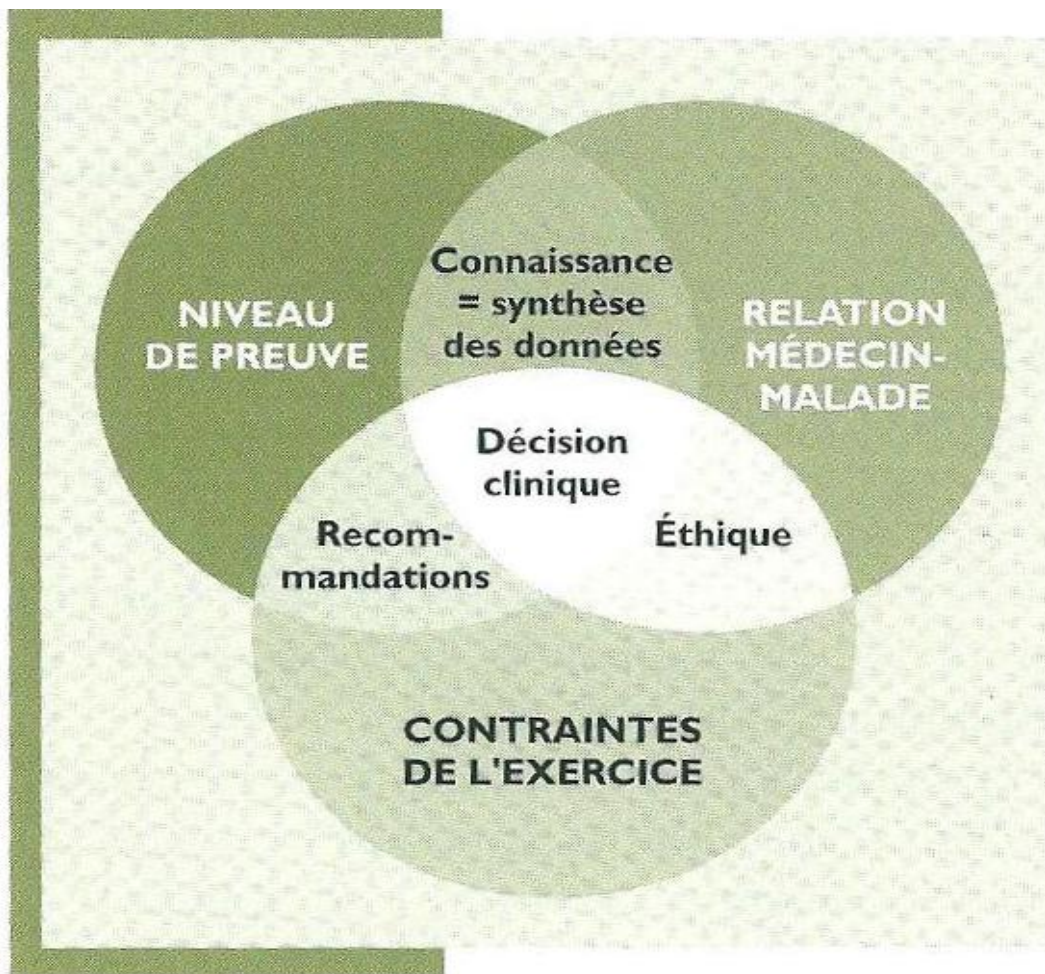
Situation sociale et environnementale

- Mr O est célibataire, vit seul.
- AAH.
- Une activité en cuisine en institut psychiatrique 3 jours par semaine dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Il aime ce travail dont il a le CAP partie pratique.
- Dettes, risque d'expulsion de son appartement, il refuse l'aide d'une curatelle.

- Un référent infirmier psychiatrique.
- 2 assistantes sociales.
- Peu de contact hors institution ni d'activité de loisir.
- Pas de contact avec ses enfants ou ses parents divorcés /culpabilité +++
- L'organisation de ses journées sont rythmées par son travail institutionnel en clinique dont il est exclu temporairement pour 6 mois.
 - **Boulot, prise de sédatif et dodo.**

Paramètres de la décision médicale

Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systemic reviews: Critical links in the great chain of evidence. Ann Intern Med 1997

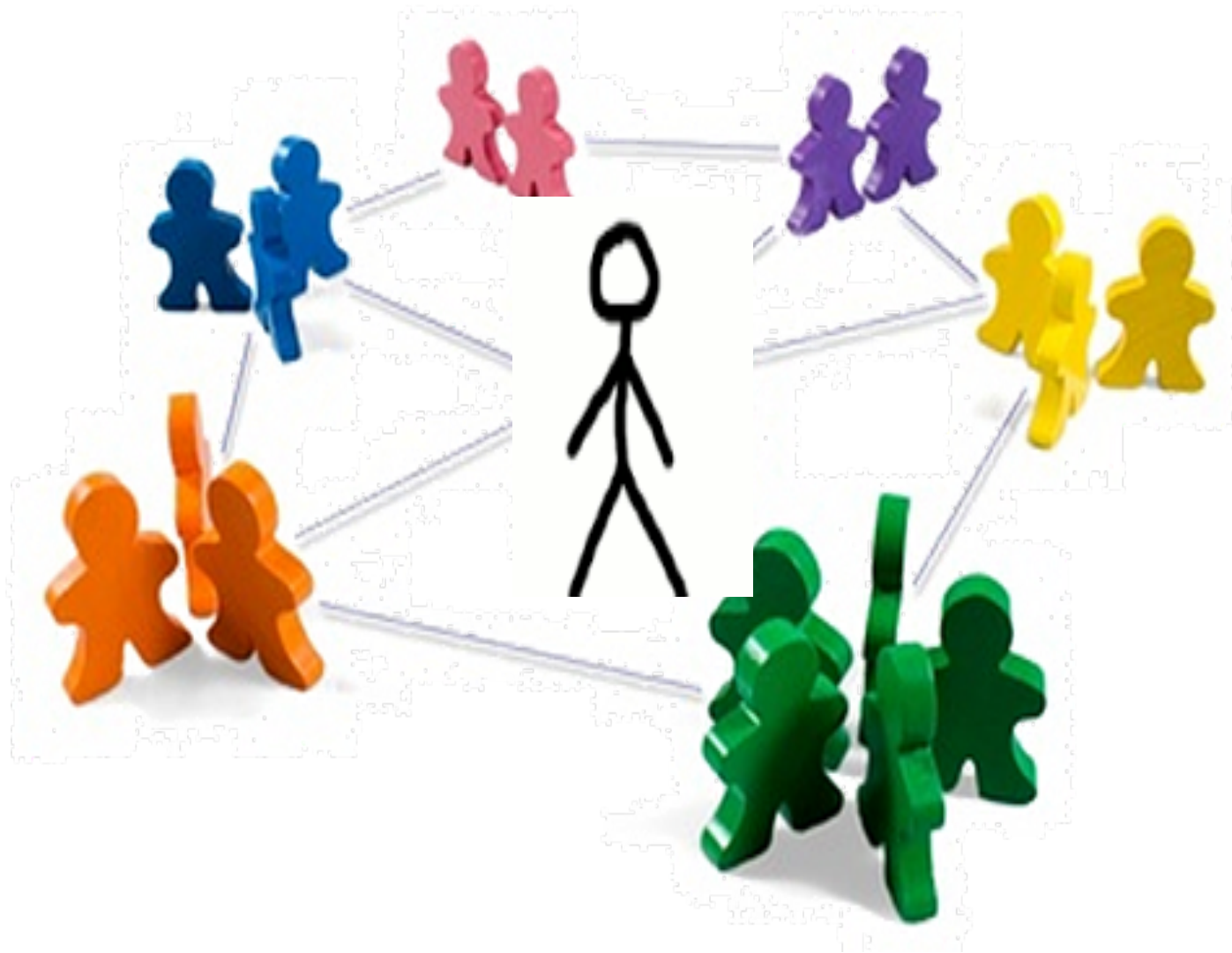


Les indications d'une inclusion dans le Rézo Addictions 41 en post-hospitalisation

- Cumul de 2 problématiques et plus:
 - Sociales
 - Répercussions médicales
 - Troubles psychiques
 - Pas de problème judiciaire
 - Polyaddictions

Instabilité de la situation avec risque de passage à l'acte suicidaire

Sortie d'hospitalisation



Les réunions de synthèse ou cœur du rézo
addictions 41 trimestrielles depuis mars 2012

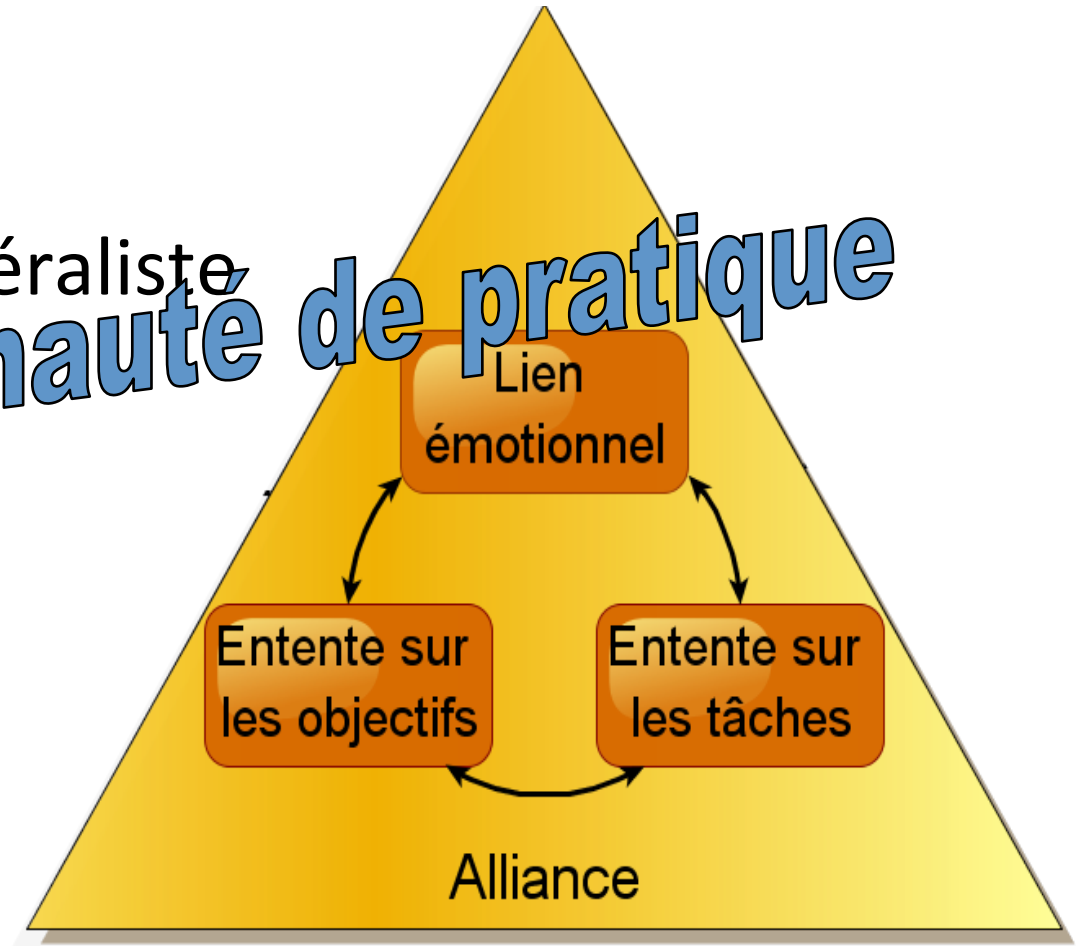
Avec la personne

Son médecin généraliste

Ses référents

L'équipe du Rézo

Communauté de pratique



Première réunion de synthèse en mars 2012

Point sur la situation médico-psycho-sociale, addictive

- Suivi social
 - Journées longues, pertes des repères, pb financiers pas de démarche vers les assistantes sociales, l'idée de la curatelle est refusée par Mr O.
 - Mr O. est d'accord pour un contact avec AS de la clinique.
- Suivi médical irrégulier
 - Continuité du traitement par IDE libérale à domicile et aide du pharmacien sur la continuité du TT: Tercian 25mgx3, Laroxyl50mg 1/j, Imovane 7.5: 1/j.
 - Son MG lui demande de faire un effort pour venir la voir.
- Suivi addictologique RDV oubliés
 - Consommation de THC, tabac, d'alcool.
 - Mr O exprime que se défoncer est instinctif et qu'il se fait peur.
 - Un épisode de panique à domicile/intervention du médecin rézo/réassurance.
 - Plusieurs passages de l'IDE du Rézo qui valorise que ses consommations ne sont comparativement à d'autres époques si importantes que cela.
- Suivi avec son psychiatre honoré mensuellement
 - Explication/exclusion.
 - Valorisation de sa prise d'autonomie/symbolisée par l'arrêt du TSO.
 - Mr O dit que les choses sont plus claires et qu'il est capable de s'améliorer.

L'après réunion de synthèse: reprise des suivis

- Suivi en consultation d'addictologie bimensuelle au CH Blois.
 - Feed-back , exploration des schémas/histoire et valorisation des acquis et des stratégies de coping.
 - Point avec son infirmier référent psy. à chaque consultation.
 - Formation/action: addicto/psy: visions TCC et psychanalyse.
 - Accepte l'idée de prendre du temps dans une institution fin avril.
- Suivi médecin traitant hebdomadaire.
- Suivi mensuel en consultation psychiatrique.
- Sociothérapie.
 - Entretien infirmier réseau à domicile et passage quotidien infirmier libéral pour distribution du traitement.
 - Assistante sociale: pour les bons alimentaires.
 - Toujours en lien avec son infirmier référent psy.
 - Proposition de mise en place activités extérieures (Cinéma, ateliers informatiques et culture du cœur) non suivi.

Parcours jusqu'en octobre 2012

- Une pause en clinique psychiatrique fin avril avec de nouvelle prescription de benzodiazépines, n'accepte pas le SSRA.
- En juin, à la 2^{ème} réunion de synthèse, reprise de son activité de cuisine.
- Demande de curatelle acceptée par Mr O.
- Total des dettes et papiers administratifs instruits par son assistante sociale, mise en place d'échéanciers.
- Suivi médecin généraliste, psychiatre et addictologue en place.
- A retrouvé par les réseaux sociaux son fils et eu un contact téléphonique.
- Gestion durant 7 mois: alcool, THC n'a plus de MSO sans reprise de codéïnés et de nouveau sous benzodiazépines.
- En octobre 2012 reprise massive d'alcool, THC et cocaïne secondairement à une relation amicale lui rappelant des événements anciens/syndrome post-traumatique?, a beaucoup de culpabilité +++
 - Gestion de la crise: réhospitalisé à sa demande.

Nouvelle phase d'instabilité en octobre 2012

- **Hospitalisations en urgence à sa demande**
 - Expulsion de l'hôpital pour reprise d'alcool lors de l'hospitalisation.
 - **2^{ème} hospitalisation** avec difficulté de maintenir l'abstinence/alcool accepte un SSRA.
- **SSRA, il y reste 3 semaines et fugue**
 - Remis sous Subutex durant son séjour devant les demandes incessantes de benzodiazépines sur des sensations de manque sans relation avec le Cushman et/ou de craving pour les opiacés, en prenant compte de son parcours sous MSO, de l'état limite et la reconsommation de produits illicites récents.
 - Fugue sans traitement et se réalcoolise massivement.
- Revu en consultation externe d'addictologie:
 - Travail avec le patient sur la levée de l'interdit de la substitution et sur l'intérêt en relais d'un MSO plus contenant psychiquement avec accord MG et de son psychiatre après discussion et intérêt.
- **Ré hospitalisation pour sevrage alcool et mise en place d'un traitement par Méthadone en gélule** (protocole gélule sur dépendance à l'alcool accord méd.conseil).

Continuité des réunions de synthèse 2013

- **Janvier 2013:** dossier curatelle fait, relais méthadone en ville, délivrance quotidienne des traitements par le pharmacien, dit être moins appétant/ alcool avec la méthadone gestion de l'alcool, pas de THC ni CC.
- **Mai 2013:** reprise récente de défonce/alcool/ événements de vie. Accepte **une hospitalisation et un transfert en la même clinique psychiatrique** pour stabilisation.
- **Juillet 2013:** suivis irréguliers, Mr O « dit qu'il y a des choses qu'il ne peut dire », continuité de l'accompagnement par l'institution dans le cadre du travail en cuisine, mais réflexion sur un autre suivi psychiatrique en dehors, du fait de manque de confiance dans la relation exprimé par le psychiatre et renvoyé à Mr O., le choix de reprendre ses suivis et l'observance de son traitement.
- **Septembre 2013:** mise sous curatelle en place, apport d'un sexologue (3CS financées par le Rézo), reprise du suivi en médecine générale et avec son psychiatre. Gestion de l'alcool, continuité du traitement psy et MSO avec délivrance quotidienne par le pharmacien.
- **Novembre 2013:** stabilité de la situation, arrêt des consultations avec sexologue (dérogation tarifaire). Continuité du suivi (MG et Psy) moins de consultations addictologiques; gestion alcool et abstinent THC et CC.

Continuité des réunions de synthèse 2014

- **Février 2014:** douleurs abdominales et dysurie/prostatite: premier diagnostic; instabilité psychique/douleurs. Examens somatiques demandés en hospitalisation. Confusion entre sevrage et bilan pour douleur abdominales de la part des hospitaliers/ PB des représentations, plusieurs passages aux urgences pour douleurs abdominales avec ou sans hospitalisation ; diverticulose du colon transverse et de la vessie et dolicho-mégasygmoïde 2^{ème} diagnostic. Toujours dans une gestion de l'alcool.
- **Mai 2014:** suivis irréguliers de nouveau, sauf pharmacien, continue son activité de cuisine, conseil de mise en place d'activités en dehors de la clinique. Il sera ré hospitalisé pour sevrage alcool avant transfert en clinique psychiatrique, mis sous Baclofène.
- **Septembre 2014:** inscription à la maison de quartier atelier informatique, toujours une irrégularité des suivis, anxiété sur les douleurs abdominales, finalisation des examens/réassurance. Plusieurs hospitalisations juin, juillet, octobre/ toujours sevrage alcool et douleurs abdominales /diagnostic de douleur neuropathique de la racine T12: 3^{ème} diagnostic et mis sous Lyrica et continuité de l'hospitalisation par une hospitalisation en clinique psychiatrique à sa demande.
- **Décembre 2014:** stabilité des suivis, des activités externes et de la continuité de son travail. Gestion de l'alcool et abstinent THC et CC.

Evolution de la situation médico-psycho-sociale et environnementale après 3 ans

- **Au niveau addictologique**
 - D'un objectif de sevrage total benzo, alcool, MSO, THC au départ.
 - En pratique toujours dans un objectif de gestion de l'alcool, maintien son abstinence au THC et autres produits illicites, désire diminuer le tabac avec la e-cigarette, a accepté la reprise d'un MSO et toujours sous benzodiazépines, Baclofène et Lyrica dernièrement pour une douleur neuropathique.
 - Peu d'impact sur l'utilisation des traitements, majoration des médications sédatives et difficultés d'arrêt une fois en place.
- **Au niveau social**
 - N'a plus de dette, a gardé son logement, a accepté une curatelle, bonne entente avec sa curatrice.

Evolution de la situation médico-psycho-sociale et environnementale après 3 ans (suite)

- **Au niveau médical**
 - Continuité du suivi avec son médecin généraliste, prescription du traitement dans sa globalité et aide du pharmacien sur la continuité de la délivrance quotidienne en lien avec son MG lors des phases d'irrégularité des suivis.
 - Lors des hospitalisations somatiques, il est toujours considéré à sevrer/alcool ou demandeur?
- **Au niveau psychiatrique**
 - Continuité du suivi et du cadre institutionnel malgré une exclusion disciplinaire de 6 mois.
 - S'est approprié une autre clinique psychiatrique pour des séjours de rupture.
- **Au niveau environnemental**
 - Reprise de lien avec sa famille, activité d'atelier informatique en dehors de la clinique institutionnelle, continue son travail en cuisine 4jrs/semaine avec 3 jours continus à domicile.

Apport du travail en réseau et de la réunion de synthèse

- Gère les situations de crises et les ruptures de liens, remises en soins.
- Partenariat médico-psycho-social fort lors des réunions de synthèse et soutien des professionnels/parcours chaotiques.
 - Transmission des alliances thérapeutiques.
- Objectifs de résolution de problèmes en accord et avec le patient, soudent et transmettent les alliances thérapeutiques.
 - Communauté thérapeutique avec la participation active de la personne.
- Améliore la communication entre les intervenants et la transmission d'informations pour d'autres situations.
 - Créer du réseau pratico-pratique.
- Développe une coordination horizontale des soins.
 - SANS hiérarchisation et avec les actions définies de façon consensuelle avec la personne concernée et les professionnels référents.
- Permet une stabilisation psychique progressive avec une amélioration de la situation clinique.
 - Diminution des hospitalisations pour les conduites addictives, appropriation d'une autre clinique psychiatrique pour des séjours de rupture.

Parcours de soins dans le Rézo

- Gérer les situations de crise avec hospitalisations « sportives » en service non spécialisé d'où l'intérêt d'unités d'hospitalisation d'addictologie.
- Anticiper la crise pour la personne en s'appropriant un lieu ressource pour les séjours de rupture.
- Intérêt de soutenir la continuité du suivi psychiatrique institutionnel avec son psychiatre.
- Intérêt de garder le médecin généraliste comme pivot des soins pour éviter d'interpréter des symptômes dans une spécialité.
- Soutenir le patient et les professionnels grâce à une coordination téléphonique facilitée, et lors des réunions de synthèse.
- Permettre à chacun d'exprimer son ressenti.
- Stabiliser la situation sociale.
- Créer ou recréer des liens en dehors des liens de soins.
- **Permettre au patient une collaboration active.**