

Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction(s)

O. COTTENCIN¹, D. GUARDIA¹, B. ROLLAND¹

Quelques points essentiels

- L'addiction est la rencontre d'une personnalité avec un produit dans un contexte socio-environnemental.
- L'urgence de l'hospitalisation n'est pas liée au soin addictologique en soi qui nécessite motivation et mise en condition mais liée à son retentissement immédiat somatique ou psychiatrique.
- L'organisation des soins à partir des urgences nécessite une bonne connaissance des filières de soins et une bonne organisation de la filière aux urgences (souplesse des dispositifs, transfert de compétences mesuré, addictologie et/ou psychiatrie de liaison).
- Les patients doivent être orientés à distance de l'intoxication aiguë en raison des nombreux troubles psychiatriques induits par les substances.
- Les critères d'hospitalisation addictologiques se fondent sur 4 éléments (le rapport aux produits, les caractéristiques des usagers, l'environnement des patients, la nature des produits) et sur l'analyse motivationnelle (analyse fondamentale permettant une alliance thérapeutique de qualité et sur le long terme).
- Les critères d'hospitalisation pour l'anorexie mentale sont principalement liés au risque vital (somatique ou psychiatrique) ; l'hospitalisation est souvent considérée comme un échec du traitement ambulatoire.

1. Université Lille Nord de France - CHRU de Lille.

Correspondance : Professeur Olivier Cottencin, Université Lille Nord de France, CHRU de Lille – Service d'Addictologie, Hôpital Albert Calmette, Boulevard Jules Leclercq, 59037 Lille cedex.
Tél. : 00 33 3 20 44 58 38. E-mail : olivier.cottencin@chru-lille.fr

- L'analyse motivationnelle n'est pas dans les critères d'hospitalisation de l'anorexie mentale, pourtant c'est un élément déterminant de la réussite du projet de soins.

1. Introduction

L'étymologie du terme addiction est latine. En effet, à l'époque romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et « étaient dits » à leur maîtres (*ad dicere*). Par ailleurs, dans le Droit Romain, le terme *addictus* désigne celui qui du fait de ses dettes est condamné à être esclave de ses créanciers. Cette notion évoluera au fil du temps et des pays pour finir dans le monde médical anglo-saxon par désigner tout à la fois la toxicomanie et la dépendance aux produits élargissant parfois le concept à certains comportements pathologiques. Toutefois, quelque soit son évolution, l'addiction signifie bien une perte de liberté vis-à-vis d'un comportement ou d'un produit (i.e. un esclavage) (1).

Alors que pendant de nombreuses années (dans une vision hygiéniste) les alcooliques et des toxicomanes bénéficiaient de cures de sevrage (les premiers considérés mauvais usagers d'un bon produit, les seconds mauvais usagers d'un mauvais produit), aujourd'hui l'approche par produit est largement abandonnée au profit d'une vision plus globale sous tendue par un concept unique des addictions. L'addiction est en effet définie par une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible d'un comportement ou d'un produit, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire et de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales...). Ainsi il existe des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet...) et des addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues...) qui se traduisent par l'usage nocif ou la dépendance (1).

Car il existe un continuum entre la consommation et la dépendance de substances psychoactives sous l'influence de nombreux facteurs. On distingue en effet l'usage, l'abus et la dépendance.

L'usage est la consommation usuelle d'un produit sans qu'il ne présente de caractère pathologique. L'abus concerne autant l'usage à risque que l'usage nocif. L'usage à risque est défini par une consommation de substance entraînant au moins une conséquence psychosociale (incapacité à remplir les obligations majeures ou une prise de risque ou une transgression de la loi ou une poursuite de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux), alors que l'usage nocif est la consommation répétée induisant des dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou éloigné sans atteindre le seuil de la dépendance physique ou psychique et dont le caractère pathologique est défini à la fois par la répétition de la consommation et le constat des dommages induits.

La dépendance enfin, associe une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (augmentation des doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques et psychiques à l'arrêt de la consommation) et par une dépendance psychique (ou craving) qui se traduit par le besoin irrésistible de consommer (1).

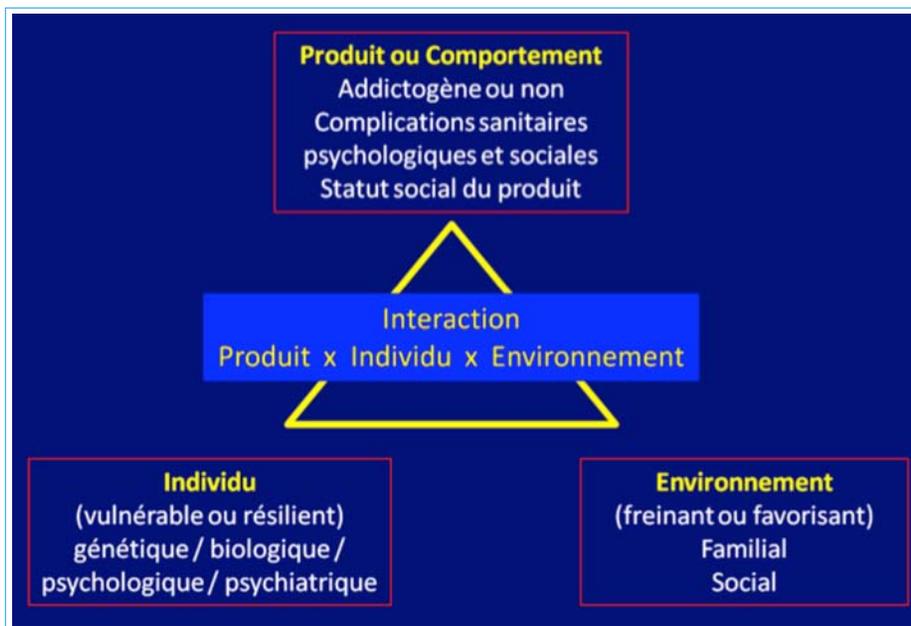
2. Comprendre les addictions

L'évolution vers un concept unique des addictions n'est pas le fait du hasard, mais le fruit d'observations psychopathologiques, biologiques et sociales tels que :

- des facteurs de risque psychopathologiques communs (impulsivité, dépressivité, recherche de sensations, etc.) à différentes conduites addictives (alcool, opiacés, anorexie boulimie) (2) ;
- la dimension auto-thérapeutique des comportements addictifs au moment de l'adolescence (2) ;
- les expériences d'Alan Marlatt faisant boire des cocktails avec ou sans alcool en double aveugle avant une tâche de délivrance de chocs électriques démontrant que les attentes du produit étaient aussi importantes que l'effet pharmacologique (3) ;
- les guérisons spontanées de vétérans du Vietnam accros à l'héroïne devenus abstinents une fois rentrés au pays (alors que ceux souffrant de troubles psychopathologiques continuaient de consommer) ;
- l'influence du milieu socioculturel favorisant ou protégeant (surtout au moment de l'adolescence) (2) ;
- et enfin un substratum biologique commun à tous les comportements addictifs par l'augmentation de la transmission dopaminergique dans le système de récompense (de l'aire tegmentale ventrale au nucleus accumbens) qui est à l'origine de la recherche compulsive et de l'addiction au comportement ou au produit (1).

C'est ainsi que loin de stigmatiser le seul produit ou le seul consommateur, Claude Olievenstein résumera cette vision biopsychosociale et non causaliste des addictions par « la rencontre d'une personnalité, d'un produit et d'un moment socioculturel » (figure 1). En d'autres termes et pour citer le P^r Roques (4), la rencontre de l'individu avec le produit peut être imagée par les « canoteurs qui approchent d'une chute d'eau gigantesque. La plupart rebroussent chemin. Un certain nombre expérimente la croisière en eau assez calme, tout en éprouvant le plaisir du risque réfléchi ». Ce sont les usagers qui prennent à l'occasion un verre, absorbent un médicament pour dormir ou fument du cannabis occasionnellement entre amis. « Un très petit groupe s'aventure vers les remous dangereux mais en ayant pris soin de réfléchir sur ses aptitudes à en réchapper ». Ce sont les consommateurs en excès qui s'enivrent régulièrement à la recherche de « défonce », qui recherchent des produits et préparent leur consommation. « Enfin, quelques-uns ne peuvent s'empêcher d'être attirés par le danger

Figure 1 – Modèle bio-psycho-social des addictions



extrême ». Ces personnes qui ont trop abusé d'un produit ou d'un comportement en deviennent dépendantes. Le besoin s'est substitué au désir ; le produit ou la conduite envahit l'existence de la personne addictive qui continue de s'y adonner bien que les conséquences néfastes l'emportent sur le plaisir obtenu (5).

3. Pour une bonne connaissance du système de soins

Le système de soins en addictologie est en pleine mutation. En effet, d'une part en raison du clivage historique des structures psychiatriques et addictologiques et des structures sanitaires et médico-sociales, et d'autre part dans la lignée du concept global des addictions (que nous venons de décrire) la France opère depuis quelques années à un regroupement des structures pour offrir un accès aux soins plus simple à partir d'un seul lieu. En pratique, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 a mis en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en remplacement des centres spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'alcool et des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (5).

Le CSAPA est donc aujourd'hui le principal mode d'accès au système de soins addictologiques par ailleurs articulé sur trois niveaux : proximité, recours et universitaire. En effet, les établissements de niveau I (niveau de proximité) sont dotés d'une consultation d'addictologie, d'une équipe de liaison en addictologie et de lits dédiés à l'addictologie dans une unité d'hospitalisation référente non

Figure 2 – Dispositif de soins en addictologie en France



spécialisée en addictologie. Il est à noter par ailleurs que chaque établissement doté d'une structure d'urgence doit disposer d'une équipe de liaison et d'une consultation, directement ou par convention avec un établissement doté. Les établissements de niveau II (niveau de recours) disposent outre des équipements de niveau I, de lits d'hospitalisation en addictologie pour soins complexes, d'un hôpital de jour en addictologie et de soins de suite et de réadaptation.

Enfin, les établissements de niveau III (niveau de référence universitaire en addictologie) se trouvent dans les CHU. Outre les prestations et les composantes de niveau I et II, le niveau III est chargé de l'enseignement et de la recherche en addictologie (5).

L'histoire de la prise en charge des addictions s'est faite sur plusieurs années, tenant compte des évolutions sociales, des problèmes de santé publique, des évolutions des mœurs, etc. C'est ainsi qu'aujourd'hui les acteurs de l'addictologie sont pluriels et vont du champ de la réduction des risques à la prise en charge sanitaire spécialisée. La figure 2 ci-dessous montre combien les politiques successives n'ont eu de cesse d'ouvrir au mieux l'accès aux soins pour une population souvent en difficulté d'accès non seulement de par leur fait, mais encore de part le rejet social que favorise leur consommation.

Car l'une des difficultés de la prise en charge tient beaucoup aux particularités de cette population souvent précarisée, présentant des troubles psychiatriques voire cognitifs (fonction exécutives en particulier) dont les conséquences sont d'augmenter l'exclusion dans laquelle ils se trouvent (6).

4. Quelles structures pour quels patients ? Ou quels sont les facteurs devant influencer les prises de décision

Ce qui compte ce n'est pas l'objet, mais la façon dont il est consommé. Ce qui est important, c'est la dangerosité (4).

Cette phrase concluant le rapport du P^r Bernard Roques nous donne l'axe principal des critères d'hospitalisation d'un patient souffrant d'addiction. Plus précisément et fort de la vision biopsychosociale développée précédemment, la prise de décision doit tenir compte de quatre facteurs :

- 1) **Le rapport aux produits.** Il est non seulement important de savoir si nous sommes face à un abus ou une dépendance en raison du risque sanitaire immédiat (i.e. complications de sevrage), mais encore si le patient est polyconsommateur de substances en raison des probables comorbidités somatiques et psychiatriques qui peuvent conduire à une prise en charge plus intensive. Le **tableau 1** résume le type d'intervention envisageable en fonction du type de consommation.
- 2) **Les caractéristiques des usagers.** Des éléments tels que l'âge (jeune, mineur, personne âgée), la grossesse, la présence d'un trouble psychopathologique ou cognitif vont être des éléments qui vont guider la prise de décision. Concernant l'atteinte des fonctions cognitives, nous nous attarderons sur les fonctions exécutives. En effet, leur atteinte concernant la flexibilité mentale (shifting), la mise à jour (updating) et l'inhibition (REF Miyake) on comprend combien leur atteinte peut être à l'origine l'auto-entretien et de l'aggravation des conduites addictives.
- 3) **L'environnement des patients** tels que la précarité (primaire ou secondaire), l'exclusion, le risque pénal ou le fait d'être un détenu, le milieu

Tableau 1 – Prise en charge selon la consommation

Type de consommation	Usage	Usage à risque	Usage nocif	Dépendance
Problèmes	Aucun	Faibles	Modérés	Importants
↓	↓	↓	↓	↓
Type d'intervention	Information Prévention	Conseil	Intervention Brève	Traitement spécialisé
Objectif Thérapeutique	Information Prévention	1. Modification du comportement de consomm [*]		
		Consommation contrôlée		Abstinence
		2. Réduction des risques		
3. Réduction des problèmes médico-psycho-sociaux				

culturel. Mais ces facteurs sociaux ne doivent pas nous faire oublier que les carences affectives quelque soit le milieu socioéconomique sont autant des facteurs d'initiation que d'aggravation des conduites addictives.

4) **La nature des produits.** Même si l'abord des addictions est global le risque immédiat du tabac (très peu psychoactif) n'est pas le même que celui de l'alcool, du cannabis ou d'autres produits illicites. Certains produits sont plus addictogènes que d'autres, certains sont responsables de troubles psychiatriques induits (par intoxication ou sevrage) parfois dramatiques ou encore de complications somatiques immédiates ou retardées (cardiaques, hépatiques, neurologiques, etc.).

Car les buts de l'hospitalisation ne sont pas de permettre le seul sevrage des conduites addictives. L'hospitalisation est surtout l'occasion de permettre aux patients de trouver des stratégies de lutte contre la rechute, de comprendre ses motivations (ou de les trouver) (7), mais aussi d'organiser un bilan complet (ou un dépistage) des pathologies somatique et psychiatrique comorbides et un bilan social de qualité pour permettre une réinsertion sociale adaptée. En effet, si les conduites addictives favorise la précarisation, l'inverse est également vrai et impose de penser l'après hospitalisation avec justesse et perspicacité.

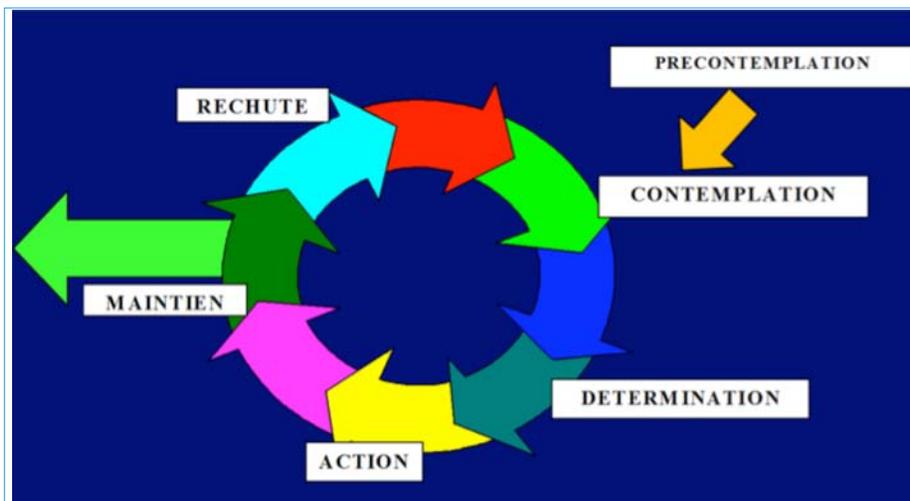
En plus des quatre facteurs décrits précédemment, c'est sur un plan motivationnel que l'hospitalisation devra être décidée. Face au patient dépendant, Prochaska et DiClemente ont défini un modèle de changement dans le but de définir la bonne intervention pour le bon patient au bon moment (8).

Parce que le déni du patient est directement proportionnel au désir du soignant de le faire changer, ces deux auteurs en avaient rapidement déduit que la persuasion et la coercition n'était pas le meilleur moyen de convaincre un patient d'accéder aux soins. En proposant ce modèle, ils nous ont fait comprendre qu'il était important d'adapter notre discours et nos propositions thérapeutiques à chaque situation mais également que la rechute faisait partie de l'évolution de la maladie addictive (qu'elle soit naturelle ou après traitement).

Ainsi comme on peut le voir sur la **figure 3**, au stade de **précontemplation**, nous sommes face à un consommateur heureux qui ne souhaite pas modifier son comportement. L'attitude thérapeutique la plus adaptée est de faire naître le doute. Lui imposer les soins n'aura aucune efficacité, favorisera la rechute voire le fera quitter les soins prématurément.

Au stade de **contemplation**, le consommateur est indécis. Son ambivalence sur les avantages et inconvénients de sa consommation est au plus haut. Le thérapeute doit l'aider à créer une balance décisionnelle en mesurant les pour et les contre du maintien de l'addiction comme de l'abstinence. Le patient justifiant sa consommation par sa souffrance psychique a du mal à ce stade à comprendre que c'est aussi sa consommation qui engendre sa souffrance psychique.

Figure 3 – Modèle de Prochaska et Di Clemente



Au stade de **détermination**, le consommateur veut passer à l'action prochainement. L'attitude thérapeutique la plus adaptée est de planifier un programme d'action avec lui.

Le stade de l'action est le stade de l'arrêt. Le consommateur est en train de modifier son comportement ou l'a modifié depuis plusieurs mois. L'attitude thérapeutique consiste à l'accompagner dans les étapes du changement. À ce stade, le patient est à haut risque de rechute, tous les étayages du système de soins et du système environnemental doivent être mobilisés.

Au stade de **maintien**, le consommateur a arrêté et a engagé de nouveaux comportements dans ses habitudes de vie. Le thérapeute doit l'aider à identifier et utiliser des stratégies de prévention de la rechute.

Car la **rechute** est un stade appartenant à part entière à l'évolution (naturelle ou sous traitement) des addictions. Au stade de rechute, deux situations sont à distinguer. Soit il est en régression (il est retourné au stade précédent, on dit aussi qu'il est en chute) et le thérapeute doit l'aider à se déculpabiliser pour reprendre le chemin de l'abstinence. Soit il est en rechute (il a repris son comportement sur le long terme) et le thérapeute doit lui permettre de reprendre le chemin des soins en lui expliquant l'importance de la rechute comme une expérience de plus pour accéder à l'abstinence. Le thérapeute l'aidera à reprendre le chemin de la balance décisionnelle en évitant la paralysie par la culpabilité.

5. Quelle institution proposer ?

Ainsi nous le voyons, il ne suffit pas de consommer, ni même d'être dépendant pour pouvoir bénéficier d'une hospitalisation dans un service d'addictologie. De

nombreux facteurs entrent en ligne de compte et il faut bien distinguer la situation d'urgence et la crise psychosociale, de l'objectif addictologique qui est d'arrêter un comportement et de ne pas le reprendre, sur le long terme.

Car notre problématique est multiple. Comme nous l'avons précisé précédemment, si notre premier objectif est d'assurer un sevrage (ou une substitution) dans des conditions médicales sécurisées, il est indispensable d'offrir en parallèle un bilan psychiatrique, somatique et social exhaustif (profitant du plateau technique à notre disposition). L'inscription dans les filières de soins ad hoc est un objectif en soi pour des patients très fréquemment en rupture. Quant à l'objectif principal de soin addictologique il offrira (après le sevrage), une prise en charge multidisciplinaire alliant (en individuel ou en groupe) une approche psychothérapeutique adaptée, des stratégies de lutte contre la rechute et le craving, des traitements pharmacologiques psychotropes et anti-rechute, des rencontres avec les associations néphalistes (anciens dépendants), des ateliers de resocialisation et la récupération des rythmes perdus par une vie institutionnelle réglée.

Bien souvent le mode d'entrée dans le monde de l'addictologie se fait en urgence alors que la situation perdure depuis plusieurs mois ou années. Ceci tient souvent aux caractéristiques des patients souffrant d'addiction qui présentent régulièrement des troubles de la personnalité, des troubles psychiatriques (induits ou non), des troubles cognitifs et une précarité sociale. Les CSAPA au-delà d'être des lieux de soins ambulatoires pour l'aide au maintien d'abstinence, sont aussi des lieux d'information, de prévention, de dépistage et d'accueil.

C'est au moyen d'un accueil non programmé que nous pouvons évaluer la situation globale du patient pour lui offrir plusieurs modalités de prise en charge. En effet, tous les patients ne requièrent pas une hospitalisation traditionnelle à temps complet.

– Spécificité lilloise le **Programme de Sevrage Ambulatoire en Boissons Alcoolisées** (PASBA) propose un sevrage ambulatoire dans des conditions précises : il nécessite une excellente compliance, une bonne compréhension du programme de soins, une mono-consommation d'alcool et l'absence de troubles somatiques ou psychiatriques évolutifs. Aidé d'une infirmière référente du PASBA, un réseau de soins médical et paramédical (médecin généraliste aidé d'une équipe d'infirmières libérales) prend en charge le patient sur une dizaine de jours (week-end compris) pour son sevrage et l'orientera vers des soins addictologiques de proximité en consultation. Un système de recours en cas de problème (urgences, service d'addictologie, neurologie, gastro, etc.) est prévu. Ce type de soins n'est pas indiqué en cas de dépendance physique sévère, d'antécédent de delirium tremens et/ou de crise convulsive généralisée. De même toute affection somatique ou psychiatrique sévère et un environnement défavorable (non coopératif ou trop pressant, désocialisation) sont contre-indiqués. Les contre-indications semblent nombreuses mais les sevrages simples concernent un nombre non négligeable de patients qui ne peuvent se permettre une hospitalisation parfois trop longue.

– **Les hospitalisations de jour** ne sont pas consacrées qu'à l'aide au maintien d'abstinence en posthospitalisation. Il est possible de proposer un sevrage sous certaines conditions. Dans le cadre d'un programme de 15 jours (axé sur le sevrage la première semaine et le traitement addictologique la seconde semaine) il s'adresse à des patients présentant une dépendance simple (et unique) à l'alcool avec l'avantage de pouvoir rentrer à domicile tous les soirs. Pour assurer un sevrage sécurisé, il ne s'adresse pas aux patients présentant des antécédents de delirium tremens, de crise convulsive généralisée ou de troubles psychiatriques sévères. Mais pour les patients sans domicile fixe, des accords peuvent être pris avec des foyers d'hébergement.

– Enfin **l'hospitalisation en addictologie à temps complet** s'adresse à tout patient présentant tout type d'addiction (en mono ou polydépendance), présentant tout type de comorbidités somatiques, psychiatriques ou sociales. Elle présente l'avantage pour les patients d'offrir un éloignement, une pause face à des situations de crise, de rejet ou de précarité. Beaucoup demandent ce type d'hospitalisation qui a aussi une valeur symbolique. Toutefois la grande majorité des unités étant fondées sur la libre demande du patient, il est impossible d'accueillir des sujets dans l'incapacité de consentir aux soins ou présentant une dangerosité potentielle pour lui-même ou autrui. Quant à la gravité des troubles somatiques comorbides pouvant être accueillis dans ces structures, elle dépend des capacités de l'équipe d'accueil et requiert des accords à l'intérieur de l'établissement hospitalier.

6. Quelle est la place de l'hospitalisation en psychiatrie ?

La consommation chronique de substances psychoactives est fréquemment à l'origine de troubles psychiatriques induits (dépression, psychose, crise suicidaire, troubles du comportement). Les hospitalisations sans consentement (hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office) ne sont certainement pas indiquées pour prodiguer des soins addictologiques. Elles sont abusives et inutiles. En revanche, à distance de l'alcoolisation aiguë, après avoir surveillé le patient aux urgences, une nouvelle évaluation du patient avec son entourage est indispensable.

Dans ces situations, nous proposons de nous appuyer sur deux règles fondamentales :

- 1) les décisions d'hospitalisation en psychiatrie ou en addictologie de patients intoxiqués sont inenvisageables, parce qu'aucun patient ne peut être correctement évalué alors qu'il est encore sous l'influence de toxiques (i.e. alcoolémie supérieure à 1 gramme/litre).
- 2) Aucun projet rigoureux de sortie des urgences ne peut être élaboré la nuit en raison de l'indisponibilité des réseaux sanitaires, médico-sociaux et des familles (ou de l'entourage).

Fort de ces principes, nous avons dégagé quatre situations devant être discutées (avec l'équipe de psychiatrie ou d'addictologie des urgences lorsqu'elles existent) selon l'organisation de chaque structure d'urgence :

– **Contexte d'hospitalisation sous contrainte** : bien qu'il soit clairement admis que la coercition est inutile (voire contre productive) en matière d'addictions, il n'est pas rare qu'un contexte de risque médico-légal ou un recours répété à l'urgence nous oblige parfois à prendre la décision d'hospitaliser un patient en psychiatrie. Il conviendra donc d'évaluer la situation au décours de l'intoxication avec l'entourage (s'il existe). Ce sera l'existence d'un trouble psychiatrique qui remportera la décision. Toutefois, si une comorbidité psychiatrique peut justifier l'hospitalisation en psychiatrie, il arrive également qu'une situation de précarité ou qu'une déchéance physique et psychique induites imposent l'hospitalisation (à titre compassionnel par exemple).

– **Idéations suicidaires exprimées** : l'intoxication aiguë ou chronique par des substances psychoactives peut être responsable d'idées suicidaires induites. Devant de tels symptômes, l'équipe psychiatrique des urgences (ou tout autre organisation de prise en charge des suicidants) doit être activé à distance de l'intoxication (selon les critères classiques de risque, d'urgence, et de dangerosité). La persistance des idées suicidaires à distance d'une intoxication requiert l'hospitalisation selon les critères habituels. Le développement des Centres d'Accueil et de Crise n'est pas sans lien avec les addictions. En effet, cause de nombreuses crises familiales, professionnelles et sociales les addictions peuvent conduire l'abuseur ou le dépendant à être mis à l'abri. Mais, même si les services d'addictologie n'ont pas vocation à traiter la crise psychosociale le renforcement des liens entre les structures de crise et d'addictologie est un atout pour l'amélioration de l'accès aux soins des patients.

– **Demande de sevrage en urgence** : cette demande peut être exprimée par le patient, sa famille ou un médecin extérieur. Elle répond à une crise. La très grande majorité des services d'addictologie n'hospitalisent pas en urgence en situation de crise, car ces situations sont vouées à l'échec parce que les services d'addictologie ne travaillent pas sur les problématiques de crises mais travaillent sur les stratégies à long terme de maintien d'abstinence. La confusion entre la situation de crise et les soins addictologiques conduit régulièrement à l'arrêt prématuré des soins. En revanche, les structures d'accueil et d'orientation addictologiques peuvent recevoir en urgence les patients pour travailler leur motivation.

– Enfin les **cas « complexes »** sont des situations intriquées pour lesquelles la personnalité, les troubles du comportement, les troubles psychiatriques, les troubles somatiques, les conditions sociales ou légales nécessitent parfois des choix « hors norme ». C'est par la concertation des différentes équipes en amont et en aval qu'il faudra trouver la filière de soins la plus adaptée. L'hospitalisation devient une décision collégiale à distance bien entendu de l'intoxication aiguë.

La plupart des gestes médicolégaux sont en liens avec la prise de substances psychoactives. Pour autant, c'est avec une certaine distance que les décisions d'hospitalisation doivent être prises. Le premier des objectifs aux urgences est

d'assurer la sécurité du patient et/ou de son entourage. Le maintien des patients intoxiqués aux urgences est un fondamental qui permettra dans un second temps de faire les choix les plus adaptés avec des équipes mobiles de psychiatrie ou d'addictologie.

7. Hospitalisation en service MCO et addictologie de liaison

Les complications somatiques des addictions sont nombreuses et la priorité au risque vital est de mise. L'hospitalisation en service de MCO est donc justifiée lorsque les comorbidités somatiques prennent le pas sur la problématique addictive (décompensation hépatique, respiratoire, cardiaque ou polytraumatismes dans les suites d'un accident, etc.).

Si la prévention du delirium tremens est bien connue de tout soignant et ne requiert que la simple application des protocoles d'hydratation et médicamenteux, il n'en est pas de même pour les soins addictologiques. L'intérêt d'une équipe hospitalière de liaison en addictologie (EHLA) est un atout tant pour les patients que les soignants. En effet, les missions des EHLA ne se limitent pas seulement aux soins des patients dépendants, elles ont aussi pour mission la formation et l'information des équipes soignantes pour leur permettre de repérer les patients présentant des usages problématiques et d'optimiser les soins aux dépendants (connaître les réseaux, interpellier les bons acteurs, limiter la stigmatisation,...). Les avantages de l'Addictologie de Liaison sont certains car ils permettent de soigner les patients en dehors des filières habituelles, de simplifier les soins dans les services MCO et de diminuer les complications, de raccourcir les temps d'hospitalisation, de leur offrir un premier contact moins stigmatisant permettant aux plus réticents d'accéder aux soins.

8. Le cas particulier de l'anorexie mentale

Au-delà du trouble psychopathologique sous tendant ce trouble, force est de constater que les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire ont un double problème : le trouble psychopathologique sous tendant leur comportement et leur comportement alimentaire en soi auquel ils sont dépendants. En France, l'hospitalisation pour troubles du comportement alimentaire concerne essentiellement les patients souffrant d'anorexie mentale en raison du risque vital. La plupart des autres troubles sont pris en charge en ambulatoire même s'il existe des unités d'hospitalisation pour les sujets souffrant de boulimie qui offrent des programmes addictologiques novateurs et intéressants. Leur hospitalisation souvent programmée est affaire de spécialiste.

La Haute Autorité de Santé a récemment publié des recommandations sur la prise en charge de l'anorexie mentale (9). Les critères d'hospitalisation retenus sont fondés de façon très pertinente sur des critères environnementaux, somatiques et

psychiatriques. L'accent est mis avant tout sur le risque vital immédiat et il est notable que l'hospitalisation à temps complet est conçue plus comme un échec du traitement ambulatoire que comme un projet de soins fondé sur l'analyse motivationnelle et son intérêt à long terme. Ceci est tout à fait criant à la lecture des critères environnementaux d'hospitalisation où l'on trouve pêle-mêle, l'épuisement familial, les conflits familiaux, l'absence de structure et (sic) l'échec des soins ambulatoires (9).

Les critères somatiques sont directement en lien avec l'aggravation des symptômes lié à la malnutrition. Et les critères psychiatriques sont pour leur part centrés à juste titre sur le risque suicidaire, la présence de troubles psychiatriques comorbides, l'aggravation des symptômes psychiques de l'anorexie mentale et pour finir sur l'absence de motivation dont on comprend qu'elle pourrait conduire jusqu'à l'hospitalisation sans consentement.

On ne peut qu'être d'accord avec ces recommandations qui mettent l'accent sur la protection des patients y compris contre eux-mêmes. Pourtant au regard de la vision globale des addictions et de l'apport considérable de l'analyse motivationnelle dans le traitement des comportements addictifs on aurait pu ajouter au contraire que la motivation au changement aurait pu faire partie des critères de l'hospitalisation complète quand on sait que plus tôt et plus longtemps ces troubles sont pris en charge en hospitalisation, meilleur est le pronostic (10). Envisager l'hospitalisation comme un échec et une mesure de sauvegarde rend bien difficile la nécessaire alliance thérapeutique dans ces situations.

9. Conclusion

Les critères d'hospitalisation en addictologie sont fondés sur la vision biopsychosociale de la personne souffrante. Le sevrage n'est qu'un moyen d'accéder au véritable soin addictologique qui consiste en un travail sur les stratégies de lutte contre la rechute et l'hospitalisation doit être aussi l'occasion d'un véritable bilan de santé.

L'urgence est souvent liée au risque vital sur des critères somatiques ou psychiatriques mais elle ne requiert pas immédiatement la filière de soins addictologique.

Références Bibliographiques

1. Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris, Flammarion Médecine-Sciences 2006 : 800 p.
2. Corcos M., Flament M., Jeammet P. Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes. Paris Elsevier Masson 2003 : 421 p.
3. Marlatt G.A. Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states (pp. 302-322). In E. L. Gottheil (Ed.) Stress and addiction. New York. Brunner/Mazel Publishers 1987 : 352 p.

4. Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la santé. Paris. Odile Jacob 1999 : 320 p.
5. Lépine J.P., Morel A., Paille F., Reynaud M., Rigaud A. Rapport : propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé. Rapport au Ministère de la santé et des solidarités. 2006. 64 p.
6. Cottencin O., Nandrino J.L., Karila L., Mezerette C., Danel T. A case-comparison study of executive functions in alcohol-dependent adults with maternal history of alcoholism. *Eur Psychiatry* 2009 ; 24 (3) : 195-200.
7. Cottencin O., Doutrelugne Y., Goudemand M., Consoli S.M. Addiction and brief-systemic therapy: working with compulsion. *Encephale* 2009 ; 35 (3) : 214-9.
8. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982 ; 7 (2) : 133-42.
9. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. 3 - Critères d'hospitalisation à temps plein. Juin 2010. www.has-sante.fr
10. Papadopoulos F.C., Ekblom A., Brandt L., Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2009 ; 194 (1) : 10-7.