



Tabac, alcool, drogues...

Quelles prises en charge pour les addictions ?

Dr Eftychia VALASSOPOULOU, Psychiatre - Chef de service

Dr Ghali SQALLI, Médecin biologiste

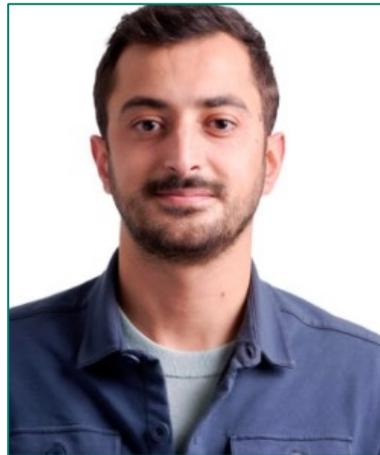
Marie-Christine SERVAIS, Infirmière clinicienne tabacologue

Maude EVRARD, Psychologue en chef

Intervenants



VALASSOPOULOU
Eftychia
Psychiatrie
Chef de service



SQALLI
Ghali
Médecin biologiste
Toxicologie



SERVAIS
Marie-Christine
Infirmière
Tabacologue
Praticienne
en hypnose



EVARD
Maude
Psychologue
en chef



Service de psychiatrie Hôpital de la Citadelle

Dr Eftychia VALASSOPOULOU, Psychiatre - Chef de service

Psychiatrie

- _ Urgences psychiatriques
- _ Équipe mobile
- _ Salle d'hospitalisation complète (unité de crise, unité brève)
- _ Salle d'hospitalisation de jour (hôpital de jour de psychiatrie, TMS)
- _ Liaison

Urgences psychiatriques

- _ Prise en charge immédiate
- _ Possibilité de mettre en place un plan d'action rapide
- _ Initiation des examens si nécessaire
- _ Possibilité de rendez-vous aux urgences post crise
- _ Possibilité de mise en route d'une hospitalisation rapide si nécessaire

Équipe mobile (ETAC)

_ Suivi si nécessaire à domicile du patient

Salle 23 hospitalisation complète (unité de crise et unité brève)

- _ Prise en charge rapide
- _ Pas de liste d'attente
- _ Unité de crise (5 jours d'hospitalisation, trouble d'addiction)
- _ Unité brève (2-3 semaines d'hospitalisation, psychiatrie générale)

Salle 21 Hôpital de jour psychiatrie

Pour qui ?

- _ Tout patient hospitalisé ou non
- _ Tout patient des services ambulatoires
- _ Tout patient externe en faisant la demande
- _ Critères exclusion ?

Projet médical

- _ **Bref** : Un mois, renouvelable une fois
- _ **Intensif** : Trois ateliers / jour à visée introspective, créative, de mobilisation...
- _ **Adapté** : Fréquentation évolutive en fonction du patient
- _ **Individualisé** : Chaque patient est suivi par un référent
- _ **Plus pour les addictions traitement par TMS**

Prise en charge psychologique

Prise en charge psychologique

Thérapie cognitivo-comportementale

« L'être humain, comme tout organisme vivant, teste son environnement en émettant différents comportements et, si les conséquences de ses tests sont positives pour lui, alors il réitère ces comportements. Si elles sont négatives, il arrête. »

- _ Se base sur l'Analyse Fonctionnelle = Hypothèses comportementales visant à expliquer la mise en place et le maintien du comportement problème → plan de traitement et choix des outils thérapeutiques les plus adaptés au patient
- _ Différentes étapes : définition du cadre, évaluation diagnostique, prise en compte des éléments synchroniques et diachroniques, hypothèses thérapeutiques, plan de traitement, évaluation et adaptations des interventions
- _ Outils : psychoéducation, prescriptions de tâches, entretien motivationnel, restructuration cognitive...
- _ Alliance thérapeutique, patient expert de son trouble, rapport collaboratif, construction commune

Prise en charge psychologique

- Consultations ambulatoires au Centre Médical LA CHAPELLE ➡ Prise en charge TCC (Thérapie Cognitive-Comportementale) adaptée aux problématiques d'addictions (cannabis, alcool, cocaïne, opiacés, BZD)

Maude EVRARD, prise de rendez-vous 04 321 69 40

Tarif : séance de 40 min. : 39,46 Euros (intervention de la mutuelle jusqu'à 20 euros par séance)

- Psychologues de Première Ligne (Citadelle, Centre Médical LA CHAPELLE, Outreaching) ➡ Soins de base et soins spécialisés

Justine DURUISSEAU, prise de rendez-vous 04 321 74 32

Tarif : 8 séances entièrement remboursées (pas de supplément demandé aux patients)

MONITO. THERAP.

Cardiotoniques

Digoxine (LANOXIN)

Antiépileptiques (Max 3)

- Ac valproïque
- Carbamazépine
- Phénobarbital
- Phénytoïne
- Phénytoïne (cal.ajust.Alb.)

Antiépileptiques (Max 2)

- Clobazam (FRISIUM)
- Clonazepam (RIVOTRIL)
- Ethosuximide (ZARONTIN) ●
- Diazepam (VALIUM)
- Lamotrigine (LAMICTAL) ●
- Lévétiacétam (KEPPRA) ●
- Oxcarbazépine (TRILEPTAL) ●
- Primidone (MYSOLINE) ●

Antiarythmiques (Max 2)

- Amiodarone et métabolite
- Disopyramide
- Flécaïnide
- Lidocaïne

Antiasthmiques

Théophylline

Analgésiques/Anti inflamm.

- Paracétamol
- Salicylés

Antidépresseurs

- Lithium sérique
- Lithium érythrocytaire (€)

Immunomodulateurs

- Ciclosporine A (vallée)
- Ciclosporine A (T+2h)
- Méthotrexate (T+...h)
- Tacrolimus (PROGRAFT)
- Mycophénolate (CELLCEPT)

TOXICOLOGIE

Thérapeutique en cours

Substances suspectées

Ethanol et solvants

- Ethanol
- CDT (€) PETH (€)
- Trou osmo. et anionique
- Méthanol
- Autres :

Médicaments (Max3)

- | | Sg | Ur |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Barbituriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazépines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neuroleptiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Drogues - urine (Max4)

Patient sous : Oui

- Méthadone
- Buprénorph. HD
- Amphétamines et dérivés ecstasy
- Cocaïne
- Opiacés
- Méthadone
- Cannabis
- LSD
- GHB (€)
- Autres :

Divers

- Pb sang Pb urinaire
- Porphyrines ur.
- Porphobilinogène ur. (1)
- D-Ala urinaire
- Cholinestérase

Si intox. organophosphorés

- Cotinine (€)
- Carboxyhémoglobine
- Methémoglobine

Antirétroviraux

Noter traitement complet

Quel dosage au LaboCita?

Marqueurs consommation d'alcool

Dépistage drogue sur urine

Marqueurs consommation de tabac

Dépistage de drogue urinaire

Drogues d'abus sur urines

Amphétamines

rech.immuno.	En cours	ng/mL
rech.chromato	En cours	
Identification	En cours	

Cocaïne

rech.immuno.	En cours	ng/mL
rech.chromato	En cours	
Identification	En cours	

Opiacés et méthadone

Opiacés rech.immuno.	En cours	ng/mL
Méthadone rech.immuno.	En cours	µg/mL
rech.chromato	En cours	
Identification	En cours	

Cannabis

rech. immuno.	En cours	ng/mL
rech. chromato.	En cours	
Identification	En cours	

Automates vs spectrométrie de masse



Screening urinaire	Amphétamines	Cocaïne	Opiacés et méthadone	Cannabis
Identification	<ul style="list-style-type: none"> <u>Immuno</u> : Amphétamines <u>Chromato</u> : <ol style="list-style-type: none"> Amphétamine Métamphétamine MDA, MDEA, MDMA, MBDB 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Immuno</u>: BZE <u>Chromato</u> : <ol style="list-style-type: none"> Cocaïne BZE Coca éthylène 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Immuno</u> : Opiacés et méthadone <u>Chromato</u>: <ol style="list-style-type: none"> Morphine, Codéine Méthadone, EDDP 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Immuno</u> : 11-nor-d9-THC-9-carboxylique <u>Chromato</u> : 11-nor-d9-THC-9-carboxylique
Seuil de positivité	<500 ng/mL	<150 ng/mL	<300 ng/mL < 0,3 ug/L	<50 ng/mL
Réaction croisée	Bupropion	x	Codéine	x
Interprétation	<u>Durée de détection</u> : 1 à 3j	<u>Durée de détection</u> : <ul style="list-style-type: none"> Cocaïne : 8 à 12 heures (Chromato) et 4-5j (gros consommateur) BZE : 1-3 j vs 10-22j (gros consommateur) Coca éthylène 	<u>Durée de détection</u> : 2-3 j (Opiacés)	<u>Durée de détection</u> : 3-5j aigue 14-30j chronique



Tabac

Pourquoi référer mon patient vers un CAF ?

- _ Consultations 3/4h (1ères) – 1/2h (suivis)
- _ Soutien = 3X plus de chances de réussir
- _ Différentes spécialités (équipe pluridisciplinaire)
- _ Remboursé par l'AVIQ

1ère consultation (45') Code : 160023	30 €	Remboursement 8 consultations sur 2 années civiles
Consultations suivi (30') Code : 160045	20 €	
Femmes enceintes Code : 160067	30€	8 consultations par grossesse

L'équipe du CAF



Dr GUSBIN
Natacha
Pneumologue
Médecin
coordinateur du CAF



Dr MASSON
Véronique
Gynécologue



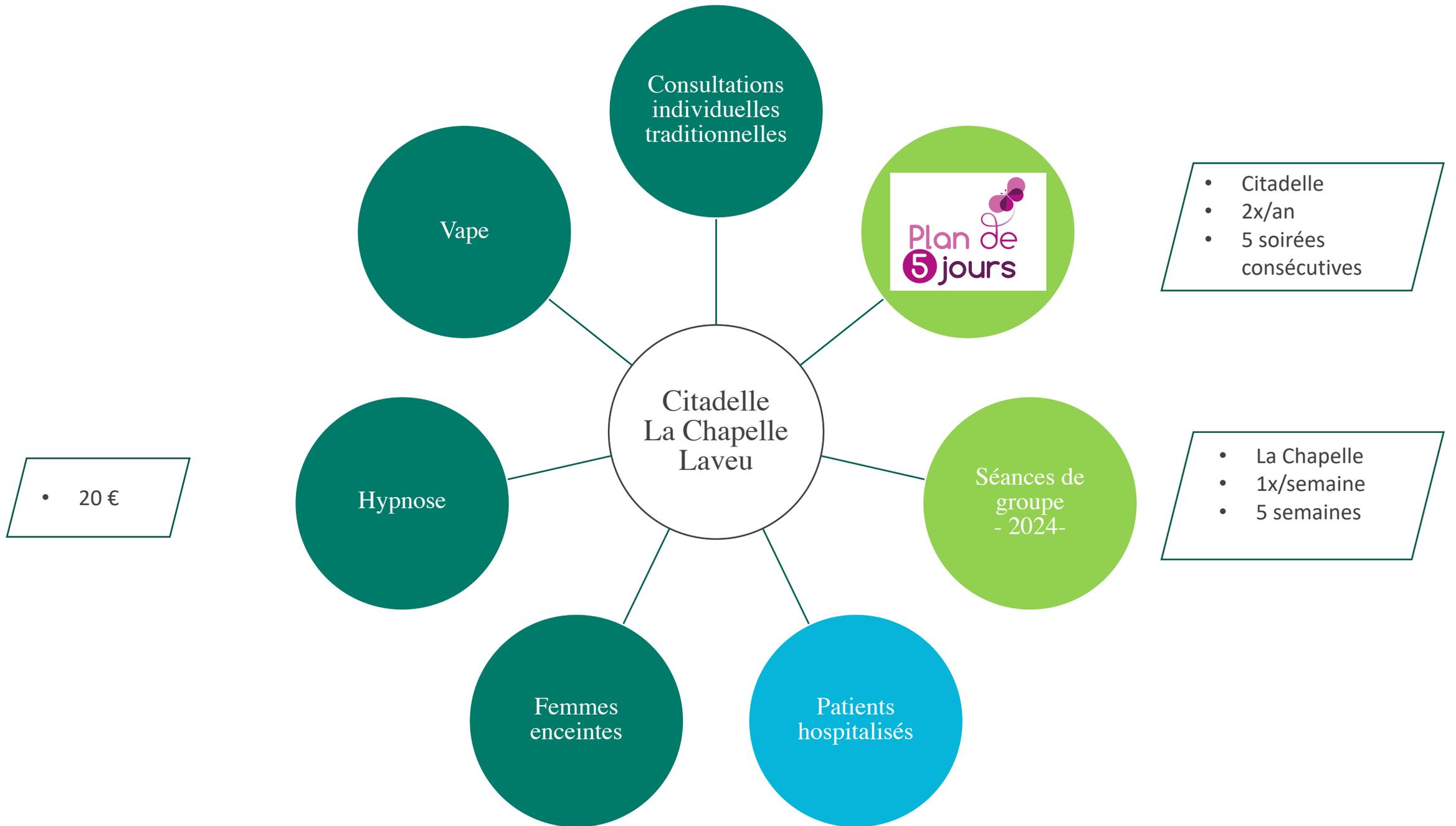
EVRARD
Maude
Psychologue



Meunier
Adrien
Infirmier
Spécialiste vape
Praticien en
hypnose



SERVAIS
Marie-Christine
Infirmière
Praticienne en
hypnose



TABAC et biomarqueurs/métabolites

Durée de détection dans les urines :

— **Nicotine** : 48-72h

— **Cotinine** : 3-8 jours

— **3'-OH-cotinine** : 3-8 jours

— **Anabasine** : 16 h (demi-vie). Alcaloïde spécifique du tabac. Absent des produits de substitution.

Cotinine – Seuils (théoriques !)

- _ < 6 ng/ml: non fumeur – non exposé
- _ 6-50 ng/ml: non fumeur – exposé (passivement)
- _ 50-100 ng/ml: « petit » fumeur (actif) LaboCita : Seuil de 100 ng/mL
- _ 100-600 ng/ml: fumeur actif
- _ 600- > 5000 ng/ml: « gros » fumeur actif

- _ On peut distinguer le fumeur passif du fumeur actif
- _ On pourrait distinguer le fumeur d'un patient traité par substituts nicotiques (Anabesine)
- _ On pourrait distinguer le fumeur d'une cigarette électronique d'un fumeur de cigarettes (Anabesine)

Applications pratiques de la cotinine

– Initiation du sevrage

1. Établir l'importance de l'exposition au tabac et évaluation du besoin en thérapeutique (nicotiques)
2. Établir l'importance de l'exposition au tabac chez les consommateurs de cannabis

– Pendant le suivi

1. Vérifier la compliance au traitement
2. Assurer le contrôle de l'abstinence en absence de substitution nicotinique

– Pour évaluer l'exposition au tabagisme secondaire : chez les enfants et les nourrissons (pneumopédiatrie)

– Evaluation pour les assurances

– Délai de réalisation : 1x/ semaine

– Coût : Remboursé par l'INAMI sauf forfaits

L. Galanti



ALCOOL

Définitions

« En médecine générale, 20 à 25 % des patients fréquentant les cabinets sont touchés par des problèmes d'alcool.
Seuls 8% des alcoolo-dépendants sont pris en charge. »

- **Dépendance :** La dépendance « celui qui n'a pas la liberté de s'abstenir de boire des boissons alcoolisées »
Pierre Fouquet, fondateur de la Société Française d'Alcoologie
- **Mésusage d'alcool :**



- Désir compulsif de boire
- Syndrome de sevrage physiologique à l'arrêt
- Tolérance aux effets de l'alcool
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir
- Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives

“ Contre-indications ” au sevrage ambulatoire

- _ Antécédents de délirium, d'épilepsie sur sevrage, d'encéphalopathie
- _ Dégradation de l'état général, problèmes somatiques importants liés ou non à la dépendance
- _ Décompensation d'un trouble psychiatrique co-morbide (état psychotique, état maniaque, dépression sévère, idées suicidaires...)
- _ Antécédents d'échecs à répétition de sevrages ambulatoires
- _ Sevrage dans le cadre de consommation associée à d'autres substances psychoactives
- _ Sevrage nécessitant de hautes doses de médicaments (p.ex. dépendance croisée à l'alcool et aux benzodiazépines)
- _ Environnement social et familial insuffisant : isolement social ou faible soutien social ; environnement incompatible avec l'arrêt de la boisson ; absence d'une personne ressource sobre au domicile
- _ Absence de compréhension des instructions ; absence de fiabilité ou de compliance (impulsivité...)
- _ Demande pressante du patient ou de l'entourage familial ou professionnel

Dr. Eric Paquet IsoSL

Prise en charge du patient pour sevrage hospitalier

Quelles informations le médecin de famille peut-il communiquer dans sa lettre d'introduction ?

- _ Objet de la demande d'hospitalisation
- _ ATCDS somatiques médico-chirurgicaux et psychiatriques, courte historique du mésusage d'alcool
- _ ATCDS de sevrages ambulatoires et / ou hospitaliers
- _ Notion d'autres dépendances, y compris tabagisme
- _ Mode de vie du patient (seul ou entouré), incapacité de travail ou non
- _ Résultats de biologie récente, d'échographie abdominale, de fibrotest et / ou de fibroscan, d'endoscopie digestive supérieure, d'EMG des membres inférieurs, de scanner et / ou de RMN cérébrale
- _ Traitement médicamenteux en cours

Dr. Eric Paquet IsoSL

Alcool - Perturbations biologiques

- _ **VGM** : Augmente 1-2 mois après une consommation chronique. Normalisation après 3 mois de sevrage
- _ **Gamma-GT** : Marqueur indirect augmente dans 43 à 90% des cas d'alcoolisme chronique sans manifestation clinique. Normalisation après 5-7 jours après sevrage.
- _ **TGO/TGP** : > 1 en faveur d'une origine éthylique à la cytolyse hépatique.
- _ **CDT** : Marqueur indirect, spécificité (90-100%) et sensibilité (30-80%) consommation chronique. Normalisation après 2 semaines de sevrage. Au moins 50-80g/d'alcool par jour.
- _ **PhosphatidylEthanol (Peth) sanguin** : marqueur direct, (90-100%) et sensibilité (90-95%) reflet de la consommation sur 3-4 semaines.



Peth – Recommandations et seuils d'interprétation

- _ Médico-légale dans le cadre juridique pour la restitution de permis par exemple
 - _ Prise en charge de troubles liés à l'usage de l'alcool (suivi de sevrage, détection de rechute)
 - _ Transplantation hépatique (ou en pré-chirurgie bariatrique)
 - _ Femme enceinte ou nouveau-né
-
- **<10 ug/L** : Compatible avec une abstinence totale d'alcool
 - **10-20 ug/L** : Compatible avec une consommation faible ou abstinence totale (< 2 US/J, plusieurs jours par semaine)
 - **20-200 ug/L** : Compatible avec une consommation modérée (2 à 4 US/J, plusieurs J par semaine)
 - **>200ug/L** : Compatible avec une consommation excessive (> 4 US/J, plusieurs J par semaine)

PROPOSITION DE SUIVI BIOLOGIQUE DU PATIENT AVEC TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

Intérêt clinique

En Wallonie et à Bruxelles, 35% de la population ont une consommation abusive d'alcool. Parmi eux, 5% des femmes et 10% des hommes sont dépendants. Le repérage des problèmes avec l'alcool peut se faire précocement tant sur le plan clinique, biologique que social. Il est la cause d'atteinte multi systémique et de carences nutritionnelles.

Évaluation de l'état nutritionnel

- Facteurs anthropométriques (Poids, Taille, BMI, perte de poids et vitesse de perte)**
- Anamnèse diététique**
- Perturbations biologiques (non exhaustives) :**
 - Sang complet et ionogramme
 - Bilan lipidique (Cholestérol total, LDL-cholestérol, Triglycéride) et Glycémie à jeun
 - Bilan de coagulation (APTT, PT)
 - Pré-albumine : Marqueur précoce de dénutrition/renutrition
 - VGM : Augmente 1-2 mois après une consommation chronique. Normalisation après 3 mois de sevrage
 - Gamma-GT : Marqueur indirect augmente dans 43 à 90% des cas d'alcoolisme chronique sans manifestation clinique, Normalisation après 5-7 jours après sevrage
 - CDT : Marqueur indirect, spécificité (98,2%) et sensibilité (81%) consommation chronique. Normalisation après 2 semaines de sevrage
 - TGO/TGP : >1 en faveur d'une origine éthylique à la cytolyse hépatique
 - EthylGlucuronide Urinaire et Phosphatidyl Ethanol sanguin, marqueurs direct, permet d'objectiver et d'estimer la consommation avec la meilleure sensibilité et spécificité
 - Recherche de carence (cf. Infr)
- Composition corporelle (Plis cutanés, circonférence brachiale, absorption biphotonique, Bio-impédance bioélectrique)**

PROPOSITION DE SUIVI BIOLOGIQUE DU PATIENT AVEC TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

Carence en vitamines et oligo-éléments

- Ca²⁺ : Paresthésie, tétanie.
- Mg⁺ : Crampes musculaires, intolérance au glucose.
- Zn²⁺ : Lésions cutanée, dépression, altération du système immunitaire, susceptibilité augmentée au risque de lésion hépatique, hypogonadisme, vision nocturne altérée.
- Vitamine A (Rétinol) : Cécité nocturne, sécheresse cutané.
- Vitamine B1 (Thiamine) : Encéphalopathie de Gayet-Wernicke associée ou non à un syndrome de Korsakoff et signes généraux (asthénie et anorexie).
- Vitamine B6 (Pyridoxine) : Anémie hypochrome microcytaire
- Vitamine B9 (Folate) : Anémie macrocytaire
- Vitamine D : Ostéomalacie/Ostéoporose, déficience immunitaire
- Vitamine E (Tocophérol) : Fragilité hépatique, stress oxydatif



Dr Jean-Marc Minon : Chef de Laboratoire
Rédaction : Dr. Sqalli Ghali





Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !



HÔPITAL DE LA CITADELLE

Journée Médicale

SAMEDI 25.11.23



PORSCHE

Porsche Centre Liège



MAYOLY

Entreprendre pour votre santé.
Chaque jour.



Pfizer



GSK



EIFFAGE

COLLIGNON



ZORGI

smarter care



CBC

NRB

GROUP



Astel Medica
Created by Life.

-Heel

Healthcare designed by nature



pure
FOOD SUPPLEMENTS



TRB

Your experience
Your expertise
Your expectations

AMGEN®



AUROBINDO
Committed to healthier life!



REVENU GARANTI
ASSURANCES MMH

Trenker
laboratoires



Tilman®



win