

Hospitalisations programmées pour les patients souffrant de problèmes de dépendance

Dr Mohamed Hachaichi – unité hospitalière d’addictologie –
Centre hospitalo-universitaire Vaudois CHUV- Lausanne
TDO5- Rabat 2 décembre 2016



Plan de la présentation

- Présentation des HP
- Indication des HP
- Quelle est la spécificité de ce type d'hospitalisation?
- Cadre temporelle et spatial
- La notion de lien thérapeutique
- Illustration des HP -> 3 cas différents:
 - Cas de Mme S.E:
 - Cas de Monsieur E.L :
 - Cas de Monsieur S.B
- Intérêt et limites des HP
- Bibliographie.

Hospitalisations programmées pour les patients souffrant de problèmes de dépendance.

- En quoi les Hospitalisations programmées peuvent être un outil thérapeutique?
- Permettraient - elle un passage de la répétition à une évolution?



Présentation des HP

Hospitalisations régulières, programmées dans le temps.

Contrat avec le patient ->Durée et fréquence.

Hospitalisation bas seuil ->réduire les risques

Temps d'un bilan somatique, psychologique et social.

Proposer un cadre et engager une réflexion.

Indication des HP

Echec des autres modes de prise en charge.

Personne n'ayant pas forcément un objectif d'abstinence.

Répétition des mises en danger

Épuisement du réseau.

Quelle est la spécificité de ce type d'hospitalisation ?

Hospitalisations régulières, programmées dans le temps.

Cadre spatio-temporel -> temporalité/ rythme / répétition.

Répétition thérapeutique.

Lien solide et malléable

Cadre temporel et spatial

Cadre ouvert et très bien défini.

Reprendre un rythme dans la journée.

Reprendre une certaine liberté face au produit

Structuration du temps chez le patient toxico-dépendant

Sécurité psychique: contenance et permanence

La notion de lien thérapeutique

Dimension centrale

Régularité pour assurer une continuité

Observer le fonctionnement -> anticiper

Prendre partie dans le projet de soin.

Un lieu accueillant et familier -> Bonne distance thérapeutique.

madame S

De la répétition à une évolution



Résumé : Patiente de 39 ans, en couple, à l'AI 100%, 19 hospitalisations en addictologie et , suivi ambulatoire par la policlinique d'addictologie de Lausanne.

Consommations: cocaïne, ancienne consommatrice d'héroïne actuellement sous méthadone

Traitement médicamenteux: Aripiprazole, lamotrigine et trazodone.

Demande explicite: elle dit en fait être envahie par des parasites intestinaux qu'elle peut même jusqu'à les sentir dans sa bouche. Par moments, elle avait même des hallucinations visuelles en disant voir des bêtes sur sa peau.

Investigations: examens sanguins sont tous dans les normes, IRM abdominal sp.

Diagnostics: Trouble affectif bipolaire de type 1 vs TDA-H/Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline/ Dépendance aux opiacés et à la cocaïne avec épisode psychotique transitoire

Attitude: Arrêt du methylphénidate, introduction d'un neuroleptique et d'un thymorégulateur, plusieurs séjours hospitaliers et un suivi ambulatoire.

Evolution : la patiente ne se plaignant plus de parasitoses, et étant abstinente à la cocaïne et à l'héroïne, nous avons diminué la méthadone avec un projet de l'arrêter dans le moyen terme. Elle respecte le cadre thérapeutique et adhère à sa prise en charge.

Situation de monsieur E

Prévoir la séparation sans trop réactiver le sentiment d'abandon



Résumé : Patient âgé de 47ans, célibataire, sans enfants, , bénéficiaire de l'AI. Suivi ambulatoire d'addictologie dans une consultation privée pour une polydépendance héroïne, cocaïne.

Contexte: 7 ans d'hospitalisations programmées (2s/6s) faisant suite à 20 ans de plusieurs séjours longs et chaotiques en psychiatrie générale avec des passages à l'acte auto-agressifs

Les HP ont permis outre l'arrêt de l'héroïne mais de faire un travail sur la gestion des émotions et la prévention de la rechute.

Angoisse de séparation -> l'unité hospitalière: une 2^{ème} famille.

Objet de transition -> acheter un chien

Consommations : Abstinence à l'héroïne actuellement.
Cocaïne occasionnellement en IV et de cannabis occasionnels..

Diagnostic:

Dépendance à la cocaïne

Dépendance aux opiacés sous substitution.

trouble dépressif récurrent

Trouble de la personnalité mixte dépendant et borderline

Attitude:

Diminution progressive de la fréquence des HP.

Renforcer le suivi psychiatrique par une infirmière de l'équipe mobile et de liaison en addictologie.

Situation de monsieur S

Hospitalisations « bas-seuil » ->
réduction des risques chez un patient
n'ayant pas un objectif d'abstinence.



Résumé : 43 ans, AI 100%, curatelle

VIH, hép C, plusieurs fractures dont des traumatismes crâniens graves sur alcoolisation massive.

Contexte:

Placement à des fins d'assistance ordonné par le juge de paix à l'unité d'addictologie.

Echec d'intégration aux foyers spécialisés suite à des troubles du comportement.

Consommations :.

Héroïne et méthadone au noir, alcool (alcoolisations massives jusqu'à 4%°, benzodiazépines

Diagnostic:

Trouble de la personnalité de type antisocial et borderline
Dépendance à l'alcool, aux opiacés, aux benzodiazépines

Attitude:

Adaptation de sa médication, améliorer les soins
somatiques.

Intégration progressive d'un foyer bas seuil avec des
séjours programmés à une fréquence de 2S à l'hôpital sur
2 S au foyer.

Renforcement de la liaison avec les éducateurs du foyer.

Psychoéducation sur la réduction des risques

Intérêt des H.P

Un filet de sécurité. Sortir d'un cercle vicieux.

Un moment pour prendre soin de soi.

S'occuper de son corps.

Un travail discontinu dans la continuité

Stabilisation des troubles, des consommations.

Faire émerger pb psychiques

Amortir sur une réflexion.

Limites des H.P

Hospitalisation programmée et non hospitalisme.

Lieu familial / difficulté à garder une bonne distance thérapeutique

Ressentit des soignants face à la répétition des hosp.

Personnes souffrant de troubles de l'attachement.