



Revue Médicale Suisse

## Mise en place d'un réseau alcoologique coordonné d'indication et de suivi dans le canton de Vaud

**Auteur :** D. Berdoz T. Chollet F. Kern J.-B. Daeppen

**Numéro :** 3118  
**Sujet:** Psychiatrie

**La dépendance à l'alcool est une maladie chronique fréquente aux conséquences multiples qui nécessite un suivi à long terme. Le Service de la santé publique du canton de Vaud a décidé de mettre en place, sur l'ensemble du canton, un dispositif d'indication et de suivi alcoologique coordonné. Les buts d'un tel dispositif, exposé dans le présent article, sont de standardiser l'évaluation, la prise en charge et le suivi des patients alcoolo-dépendants, d'augmenter l'accessibilité aux soins en favorisant des approches thérapeutiques moins lourdes, et d'assurer une meilleure transition entre les structures résidentielles et le réseau ambulatoire. Ce dispositif vise à offrir une meilleure accessibilité aux soins spécialisés, à améliorer la rétention au traitement et une réduction des rechutes.**

### introduction et contexte actuel

La dépendance à l'alcool est une maladie qui touche environ 5% de la population générale.<sup>1</sup> Les acquis récents montrent qu'il s'agit d'une maladie chronique du système nerveux central qui est associée à des modifications des circuits de la récompense, et que les gènes sont à l'origine d'approximativement 50% du risque de devenir dépendant à l'alcool.<sup>2</sup> Parce que l'efficacité des traitements actuels est limitée et les complications de l'alcoolo-dépendance multiples, la prise en charge de cette maladie chronique vise à traiter les complications médicales, la comorbidité psychiatrique et les répercussions sociales, et à favoriser un suivi au long cours.<sup>3</sup>

Historiquement, le canton de Vaud a toujours privilégié la prise en charge résidentielle par les institutions socio-éducatives spécialisées pour le traitement des problématiques de dépendance à l'alcool. Actuellement, le nombre de lits «alcool» par habitants dans le canton de Vaud est parmi les plus élevés de Suisse.<sup>4</sup> L'offre thérapeutique, au niveau cantonal, n'est malheureusement pas coordonnée entre les différents prestataires de soins. De plus, la littérature scientifique ne montre pas de supériorité des traitements résidentiels par rapport aux traitements ambulatoires en termes de prévention de la rechute.<sup>5</sup> Ces derniers présentent même certains avantages qui sont les coûts moindres, une meilleure acceptation de la part des intéressés et une plus grande flexibilité pour personnaliser le traitement.<sup>6</sup> La dépendance à l'alcool étant une maladie chronique, au même titre que le diabète ou l'asthme, sa prise en charge devrait se faire sur le long terme pour autant que les ressources personnelles et

sociales soient suffisantes.<sup>7</sup> Les séjours résidentiels devraient être réservés aux situations de crise où aux cas les plus sévèrement atteints.

En 1976, le canton s'est doté d'un dispositif alcoologique ambulatoire social (FVA, Fondation vaudoise contre l'alcoolisme) puis médical (CTA, Centre de traitement en alcoologie) en 2000, avec pour objectif de pouvoir offrir un suivi ambulatoire aux patients alcoolo-dépendants. Venant s'ajouter à l'offre résidentielle déjà existante, cette multiplicité de l'offre de traitement implique qu'actuellement il y a autant de types de prises en charge que d'institutions (les usagers étant pris en charge par les institutions auxquelles ils s'adressent) et que les différents partenaires (médecins traitants ou hospitaliers, intervenants sociaux, infirmières scolaires, etc.) sont empruntés quand il s'agit d'identifier un lieu où référer leurs patients. En outre, la collaboration entre les différents acteurs du réseau alcoologique est difficile.

### justification et objectifs d'un projet d'indication et de suivi alcoologique

La volonté de développer un dispositif d'indication et de suivi alcoologique dans le canton de Vaud s'inscrit dans le plan cantonal d'action alcool et veut contribuer à développer les axes de prise en charge et de suivi dans le milieu alcoologique spécialisé vaudois. Dans le souci d'optimiser les ressources disponibles et en tenant compte du développement de la Politique nationale alcool, le Service de la santé publique du canton de Vaud a décidé de mandater le Centre de traitement en alcoologie (CTA) du CHUV et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) pour développer un dispositif cantonal d'indication et de suivi alcoologique. Les objectifs qui ont été posés lors de l'élaboration de ce dispositif sont de proposer une «porte d'entrée unique» cantonale au réseau de soin alcoologique avec une évaluation globale des patients alcoolo-dépendants, une prise en charge basée autant que possible sur l'évidence scientifique ajustée à la sévérité de la situation et à la demande de l'utilisateur (approche par paliers),<sup>8</sup> de faciliter le passage du traitement résidentiel à l'ambulatoire, et d'optimiser à terme l'offre de soins disponibles.

Plus en détail, les buts du projet du dispositif d'indication sont donc :

- \* D'homogénéiser la prise en charge au niveau cantonal en mettant en place des outils standardisés et des instruments de mesure validés et reproductibles : dossier d'investigation, grille d'évaluation aboutissant à une indication, dossier de suivi.
- \* De procéder à des évaluations globales (médico-psychosociales) standardisées.
- \* D'optimiser les ressources en proposant un meilleur appariement entre l'évaluation des besoins du patient et le traitement proposé (la bonne personne, au bon endroit, au bon moment et pour une bonne durée), et donc de maîtriser les coûts.
- \* De développer une approche par paliers en favorisant une prise en charge ambulatoire et en réservant les institutions aux cas les plus lourds ou aux cas de crise.
- \* De favoriser la rétention des patients dans le réseau alcoologique vaudois en améliorant le passage entre le traitement résidentiel et le suivi ambulatoire.
- \* De réévaluer ces patients à intervalles réguliers pour :

procéder à une nouvelle indication à une prise en charge donnée ;

recueillir des données pour évaluer la pertinence et l'efficacité du projet ;  
vérifier l'allocation optimale des ressources.

### en pratique

Un binôme médico-social, constitué d'un assistant-social et d'un médecin assistant, procède à l'aide d'instruments validés (dossier d'investigation) à une évaluation initiale standardisée. Au terme de cette évaluation, le binôme peut ainsi déterminer un profil de sévérité de l'usager dans les différents domaines explorés : facteurs de risque pour un sevrage compliqué, complications médicales, comorbidités psychiatriques, répercussions socioprofessionnelles, environnement familial, motivation au changement, consommation actuelle d'alcool. La situation globale du patient pourra ensuite être visualisée à l'aide d'une grille d'évaluation qui donnera une indication sur le type et le lieu de prise en charge conseillés (figure 1). Le binôme pourra ainsi poser une indication à un traitement ambulatoire ou résidentiel mais dont la durée sera déterminée. Le niveau de soins sera donc adapté au profil de sévérité du patient et respectera une approche par paliers (intensité du traitement augmentant au fil des paliers). Une approche ambulatoire sera favorisée et les institutions résidentielles seront réservées aux cas de crise et aux situations les plus lourdes. Un plan de traitement sera discuté et négocié avec le patient. En cas de décision d'admission dans un établissement résidentiel, un «formulaire d'indication», nécessaire pour le remboursement du séjour par le Service de prévoyance et d'aide sociale (SPAS), mentionnant également la durée du séjour proposé, sera rempli et envoyé au SPAS. L'admission en résidentiel se fera dans l'établissement le plus à même de fournir les soins les plus adéquats en fonction du résultat de l'évaluation. Le binôme déterminera aussi la date de la prochaine évaluation du patient afin de juger de l'évolution et de réévaluer l'indication au traitement donné (figure 2).

		Niveaux d'intervention				
		Niveau I Traitement ambulatoire	Niveau II Traitement ambulatoire intensif	Niveau III Traitement résidentiel	Niveau IV Traitement hospitalier médicalisé	Niveau V Traitement hospitalier médicalisé intensif
Dimensions	Dimension 1 Intoxication alco- lique aiguë et/ou syndrome de sevrage	A1	A2	A3	A4	A5
	Dimension 2 Conditions et complications médicales	B1	B2	B3	B4	B5
	Dimension 3 Conditions et complications émotionnelles, comportementales et cognitives	C1	C2	C3	C4	C5
	Dimension 4 Environnement social	D1	D2	D3		
	Dimension 5 Environnement professionnel	E1	E2	E3		
	Dimension 6 Environnement familial	F1	F2	F3		
	Dimension 7 Préparation au changement	G1	G2	G3		
	Dimension 8 Rechute, usage continu	H1	H2	H3		

## D3

## Résumé de l'évaluation du risque :

L'environnement du patient est dangereux et le patient n'a pas les outils nécessaires pour y faire face

## 1. Evaluation du risque :

L'environnement du patient est plutôt hostile au processus thérapeutique, posant ainsi une menace prochaine à la sécurité du patient (par exemple : le patient vit avec un conjoint dépendant à l'alcool qui lui propose quotidiennement de l'alcool)

## 2. Type de soins :

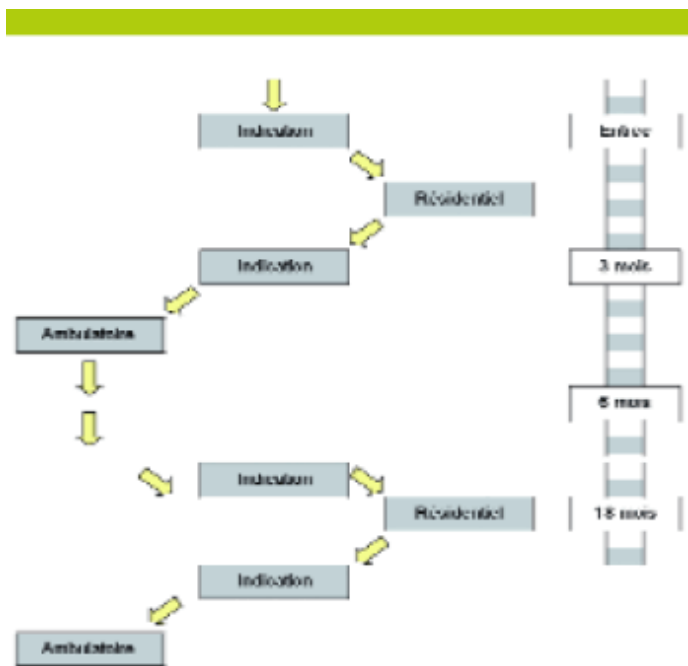
Le patient nécessite une séparation rapide avec l'environnement délétère et un placement temporaire dans un lieu de vie soutenant

## 3. Niveau d'intervention :

Prise en charge de type résidentielle

### Figure 1. Grille d'évaluation et d'indication

Chacune des dimensions sera scorée en fonction de la gravité au terme de l'évaluation globale du patient (de 1 à 5 pour les trois dimensions médicales et de 1 à 3 pour les cinq dimensions restantes). Le niveau et le type d'intervention seront alors déterminés par la dimension la plus sévèrement atteinte (dans l'exemple donné, il s'agit de la dimension D3).



**Figure 2** Exemple de parcours d'un individu dans le dispositif d'indication

Tout au long du suivi, le patient bénéficiera d'une prise en charge adaptée au bilan initial et qui tiendra compte notamment des comorbidités médicales, psychiatriques et sociales, et du stade de préparation au changement. Une série d'approches thérapeutiques, ayant fait preuve des meilleurs niveaux d'efficacité, seront ainsi combinées en fonction de l'évolution et constitueront la base du traitement.<sup>9</sup> Cette approche thérapeutique combinée associera dans la continuité une approche motivationnelle pour augmenter la motivation au changement des patients se trouvant dans des stades peu avancés de préparation au changement (précontemplation, contemplation) et une approche cognitivo-comportementale pour prévenir la rechute chez les patients aux stades d'action ou de maintenance.<sup>10</sup> Des groupes d'entraide et un traitement pharmacologique optimal seront systématiquement proposés. Une approche en réseau, visant à améliorer une continuité optimale entre la phase ambulatoire et la phase résidentielle, sera privilégiée.

## conclusion

L'intérêt du dispositif d'indication et de suivi réside dans la possibilité d'offrir aux patients alcoolo-dépendants une évaluation et une prise en charge standardisées avec une double compétence (médicale et sociale), et au personnel soignant une porte d'entrée unique au réseau alcoologique coordonné. Cette standardisation de la prise en charge s'accompagnera, à terme, d'une équité de traitement pour l'ensemble des patients alcoolo-dépendants du canton, d'une meilleure coordination du réseau de soins et donc d'une plus grande rétention en soins des patients avec globalement de meilleurs résultats thérapeutiques (réduction du nombre de rechutes, réduction du délai entre le moment de la rechute et une nouvelle consultation, etc.). Au niveau du réseau alcoologique, ce dispositif permettra une optimisation des ressources et la mise en évidence de certaines lacunes au niveau de l'offre thérapeutique.

Bibliographie : 1 Skinner HA. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. CMAJ 1990;143:1054-9. 2 US Department of health and human services. National institute on alcohol abuse and alcoholism. Special report to the US congress on alcohol and health. 2000. 3 McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et al. Drug dependence, a chronic medical illness : Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000;284:1689-95. 4 Miller WR, Hester RK. Inpatient alcoholism treatment : Who benefits ? Am Psychol 1986;41:794-805. 5 <http://www.infodrog.ch/pages/fr/data/> 6 \* Uchtenhagen A. Procédure d'indication : une nouvelle réglementation d'accès inévitable ? Revue dépendances 2004;24:10-3. 7 United Nations office on drug and crime UNODC. Contemporary drug abuse treatment : A review of the evidence base. New York : United Nations, 2002. 8 Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. J Consult Clin Psychol 2000;68:573-9. 9 Hester RK, Miller WR. Handbook of alcoholism treatment approaches : Effective alternatives. Third edition. Boston : Allyn & Bacon, 2003. 10 Miller WR, Arciniega LT, Arroyo J, et al. Combined behavioural intervention manual (COMBINE) : A clinical research guide for therapists treating people with alcohol abuse and dependence. Fishers Lane, Miller, 2004. \* à lire \*\* à lire absolument

Cet article vient de la Revue Médicale Suisse  
[www.medhyg.ch](http://www.medhyg.ch)

L'adresse de cet article est :  
[www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=32395](http://www.medhyg.ch/formation/article.php3?sid=32395)