

Janvier 2002

Numéro 42

# L'Écrit

Département universitaire de psychiatrie adulte  
(DUPA)  
Service des soins infirmiers  
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:  
Service des soins infirmiers  
prix Fr. - 2



## Les S.O.U.C. <<Sevrages d'Opiacés Ultra Courts>> :

### Sommaire.

**Editorial : Docteur Gilles Bertschy**, Médecin chef de service adjoint de la Clinique de Psychiatrie Adulte de Genève.

### L'expérience lausannoise :

**Frédéric Dorogi**, ICUS Calypso, Division d'Abus de Substances.

**Alain Jobin**, infirmier Calypso, Division d'Abus de Substances.

**Grégoire Zimmermann**, Psychologue assistant, Calypso, Division d'Abus de Substances.

**Daniele Zullino**, Médecin associé, Calypso, Division d'Abus de Substances .

**Sonia Krentz**, Psychologue assistant, Calypso, Division d'Abus de Substances.

**Jacques Muller**, Médecin-chef du service d'anesthésiologie, hôpital de St Loup.

**André Zwahlen**, Médecin-chef du service de médecine, hôpital de St Loup.

**Jacques Besson**, Médecin-chef de la Division d'Abus de Substances.

**L'aventure : Viviane Szostak, Eliane Deyras**, infirmières référentes en soins intensifs et anesthésie, hôpital de Saint Loup.

---

### Editorial :

Le sevrage d'opiacés ultra-courts a débuté à Lausanne au milieu des années 90 à un moment où seules quelques équipes à travers le monde s'intéressaient à cette nouvelle approche. La technique a connu des développements locaux parallèles à ceux de l'institution : du petit groupe travaillant avec les moyens du bord et l'attention et la vigilance de l'enthousiasme des débuts, on est passé à un groupe avec une palette d'activités plus diversifiée et devant construire dans la perspective de la durée : cela a impliqué des choix techniques plus rigoureux. L'organisation actuelle de collaboration entre le Département de psychiatrie de Lausanne et l'Hôpital de St-Loup offre des perspectives intéressantes.



Toutefois, l'évolution des techniques au service de l'amélioration du confort et de la sécurité du sevrage du patient n'est pas une fin en soi. Le regard des soignants doit se tourner vers l'évaluation du service rendu aux patients. A Lausanne c'est ce qui avait été fait, à petite échelle par les précurseurs et c'est ce qui va se poursuivre à plus grande échelle avec les continuateurs. Il est très important de ne pas se laisser fasciner par ce qui n'est, après tout, qu'une technique de sevrage. L'essentiel est, en effet, ailleurs. A savoir que devient le patient sevré et que peut-il faire avec son cerveau/psychisme libéré du besoin de la consommation quotidienne, mais tellement envahi, à tout moment, par l'envie de retrouver les effets analgésiants psychiques des opiacés? C'est ce que le patient peut faire à ce moment-là, pour se protéger et résister à ses envies de reconsommer qui va faire la différence pour son avenir. Les équipes médico-soignantes sont là aussi pour aider les patients à se donner les moyens de traverser cette longue phase de l'après-sevrage. A cette phase-là, la question de comment s'est fait le sevrage n'est probablement pas déterminante, même si cette question a pu jouer un rôle dans la décision du patient d'oser franchir le pas de ce sevrage.

## Docteur Gilles Bertschy

### L'expérience lausannoise :

#### Introduction :

La dépendance aux opiacés (en particulier à l'héroïne ou à la méthadone) demeure aujourd'hui encore un problème majeur de santé publique dans le monde entier. La prévalence de patients qui en abusent ou qui sont pharmacodépendants a été évaluée à 0.2 % (14'000 individus) de la population générale suisse en 1998 (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 1999), alors qu'en janvier 2000, 1710 patients bénéficiaient d'une autorisation pour un traitement avec un produit de substitution dans le canton de Vaud (IUMSP, 2001). A ce jour, les méthodes classiques (à la Clonidine<sup>1</sup>) de sevrage présentent des taux élevés de rechute et de faibles taux de rétention dans les programmes. Dans un tel contexte, la technique de sevrage ultra-court pourrait s'avérer une alternative intéressante. Cette technique s'effectue sous anesthésie générale avec intubation endotrachéale, elle permet de raccourcir la durée du sevrage aigu et d'en réduire l'inconfort. La diminution des symptômes de sevrage et de leur durée, couplée à des interventions visant la prévention de la rechute, seraient peut-être le gage d'un taux de succès thérapeutique supérieur à celui observé avec les techniques classiques.

<sup>1</sup> Catapressan®

#### Le sevrage ultra-court: un bref historique

La découverte de l'utilisation bénéfique de la naloxone<sup>2</sup> puis de la naltrexone<sup>3</sup> (antagonistes spécifiques des récepteurs aux opiacés) dans le sevrage chez des patients dépendants à de faibles doses d'opiacés (Resnick et al. , 1977) est à l'origine du développement des techniques de sevrage ultra-court. Le but de ce type de traitement est de raccourcir la durée et l'intensité du sevrage. De 1980 à 1988, plusieurs équipes de chercheurs intensifient leurs travaux dans ce domaine. C'est en 1988 qu'une équipe londonienne (Brewer et al., 1988) publie une étude rapportant pour la première fois l'usage de la sédation profonde lors du sevrage de 56 patients traités à la Clonidine et à la Naltrexone afin de réduire l'inconfort du sevrage de plus en plus intense et rapide. L'année suivante, Presslich et al., (1989) rapportent pour la première fois l'usage de l'anesthésie générale dans le sevrage aux opiacés.

Dans le canton de Vaud, les premiers sevrages ultra-courts sous sédation profonde, ont été effectués en 1995 sur le site de Cery sous l'impulsion du Dr Bertschy. Avec la participation active de l'équipe infirmière de

<sup>2</sup> Narcan®

<sup>3</sup> Nemexine®

*Dahlia*, une vingtaine de patients ont bénéficié de ce sevrage ultra-court sous sédation profonde. Au fur et à mesure des expériences cliniques, de nombreuses améliorations techniques ont été effectuées en vue d'améliorer le confort et la sécurité du patient. Toutefois, l'expérience a été avortée compte tenu de la dangerosité de la technique, en particulier en raison du risque de bronchoaspiration (voir pour plus de détails : Cucchia et al.,1998). Fort de ces expériences, les collaborateurs de la Division d'Abus de Substances du DUPA ont poursuivi leurs réflexions à propos des techniques de sevrage ultra-court. Ces réflexions ont abouti à l'élaboration d'un projet de recherche soutenu par l'Office Fédéral de la Santé Publique et les Hospices Cantonaux en vue d'évaluer cette méthode par rapport au traitement classique à la Clonidine. Ce projet est le fruit d'une étroite collaboration entre la Division d'Abus de Substances du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte et les Services de Médecine et d'Anesthésiologie de l'Hôpital de St-Loup.

### **Le sevrage ultra-court: L'étude lausannoise**

Le protocole de recherche a été déposé en septembre 1999 et s'intitule :

*Comparaison de l'efficacité à court et à long terme de deux techniques de sevrage pour les patients dépendants aux opiacés - méthode classique et méthode ultrarapide avec complément psychosocial.*

Cette étude compare deux méthodes de sevrage aux opiacés combinées avec une semaine de suivi psychosocial. La première méthode offre un sevrage classique avec l'utilisation de la Clonidine, et la seconde méthode est une désintoxication ultra-courte alliant l'usage de la Clonidine et de la Naltrexone sous anesthésie générale. Des évaluations de suivis sont prévues pour les deux groupes 3, 6 et 12 mois après le sevrage. L'inclusion de patients a débuté en avril 2000. De manière générale, les programmes de désintoxication proposés dans cette étude s'articulent en 3 phases successives :

- **Sélection des patients (entretien de préadmission),**
- **Technique de désintoxication,**
- **Suivi pharmacothérapeutique et psychosocial (groupes thérapeutiques)**

### ***Sélection des patients***

Lors des entretiens de préadmissions à la Calypso, le protocole est présenté aux patients qui remplissent les critères d'inclusion (> 18ans et dépendance exclusive aux opiacés) et qui ne présentent ni troubles somatiques, ni comorbidités psychiatriques majeures. La participation à cette recherche implique également que le patient accepte de se soumettre à un entretien d'évaluation au début du sevrage ainsi qu'à un suivi après 3, 6 et 12 mois le séjour à la Calypso. Si le patient donne son consentement éclairé, il est distribué aléatoirement dans un des deux types de sevrage.

### ***Technique de désintoxication***

Le patient bénéficie soit du traitement classique à la Clonidine (à la Calypso), soit d'un sevrage ultra-court sous anesthésie générale (à l'Hôpital de St Loup).

Attardons-nous sur le « parcours » du patient bénéficiant d'un sevrage ultra-court qui a nécessité des aménagements particuliers, et l'engagement d'un infirmier « SOUC ».

Ce dernier a un rôle capital dans le bon déroulement de cette procédure puisqu'il suit le patient dès son inclusion dans le protocole jusqu'à son retour à la Calypso le lendemain de l'anesthésie. Il est par conséquent le garant d'une continuité dans les soins apportés au patient d'une part, et assure la transmission de toutes les informations pertinentes aux différents intervenants d'autre part. Les patients « SOUC » sont convoqués à la Calypso cinq jours avant le sevrage à proprement dit pour un examen médical et la passation d'une batterie de tests

psychologiques. Ensuite, ils sont conduits par l'infirmier «SOUC » à l'hôpital de Saint-Loup afin de procéder à un bilan pré-anesthésique. Les patients sont ensuite convoqués le mardi matin à 7 h. pour une dernière prise d'urine avant d'être emmenés par cet infirmier à l'hôpital de St-Loup pour l'anesthésie générale. Nous n'allons pas détailler la procédure anesthésiologique, car tel n'est pas notre propos, rappelons simplement que le principe fondamental de cette technique reste le « nettoyage » rapide des récepteurs aux opiacés à l'aide d'antagonistes purs, au sein du système nerveux central.

### **Suivi pharmacothérapeutique et psychosocial**

Suite à la phase de sevrage aiguë, tous les patients bénéficient d'un séjour d'une semaine à la Calypso dans le but de consolider le traitement de sevrage et de prévenir la rechute. Les patients ayant bénéficié d'un sevrage ultra-court continuent à être traités avec de la naltrexone *per os* ; la prise régulière de cette substance semble réduire l'envie subjective d'opiacés (Gerra et al., 1995) et « annulerait » l'effet de toute prise de substances opiacées par un principe d'inhibition par compétition (Simon, 1997).

Enfin, un suivi psychologique, social et médical à la sortie de la Calypso est discuté avec le patient, tant il nous paraît essentiel comme facteur potentiel d'abstinence de garder ces patients dans le réseau.

### **Le sevrage ultra-court : premières tendances.**

A ce jour 39 patients ont été inclus dans l'étude ; 21 ont bénéficié d'un sevrage ultra-court alors que 18 ont profité de la méthode classique.

Les résultats en post-sevrage immédiat sont excellents pour la technique ultra-courte. En effet, nous n'avons pas connu de problèmes majeurs liés à la technique de sevrage, et comme dans toutes les études publiées jusqu'à présent tous les patients bénéficiant de cette

technique terminent leur désintoxication (avantage inhérent à la technique!) (Simon, 1997 ; Fontaine et al., 2001). Par contre, un quart des patients soumis à la méthode classique, à la Clonidine, quittent la Calypso avant d'avoir terminé leur désintoxication.

Une première évaluation de la consommation à 3 mois de 32 patients indique pour l'instant un avantage de la technique ultra-courte, mais il est trop tôt encore pour en tirer des conclusions définitives. Le suivi des patients à 6 et à 12 mois est en cours. Les effectifs sont encore trop faibles pour que des chiffres soient avancés. Il convient ici de souligner les difficultés rencontrées pour reprendre contact avec ces patients pour un entretien de suivi : le problème tient avant tout au fait que leur parcours est complexe et instable. Néanmoins, le taux élevé de réussite (par rapport à ce que l'on trouve dans la littérature) semble justifier les efforts consentis.

### **Conclusion**

Le sevrage ultra-court pour des patients dépendants aux opiacés, semble, à la lecture de la littérature actuelle et de notre expérience, une technique assez sûre représentant un outil novateur dans le domaine des traitements de la dépendance aux opiacés. Cette technique permettrait notamment de réduire la durée du sevrage et l'intensité des symptômes associés.

Cette technique n'est cependant pas exempte de critiques. En effet, Fontaine et al. (2001) relèvent justement que la technique ne semble pas avoir atteint sa pleine maturité et qu'elle présente encore certains problèmes liés par exemple à sa procédure ou à son coût. D'une part, la question de l'indication et les critères de sélection demeurent des interrogations essentielles compte tenu des risques anesthésiologiques inhérents à la méthode. D'autre part, le coût de la technique reste élevé et n'est pas couvert par les assurances maladies. Nous pouvons également regretter l'absence d'études permettant une comparaison objective entre les techniques classiques et les techniques ultra-courtes, ainsi

que l'absence de suivi à long terme des patients ayant bénéficié de ces dernières.

Aujourd'hui, il ne semble pas usurpé d'affirmer que le sevrage ultra-court constitue une alternative intéressante qui ne s'adresse cependant pas à l'ensemble des patients dépendants aux opiacés. En effet, dans le choix d'un traitement de désintoxication, plusieurs facteurs doivent être pris en considération. Certains patients sont capables d'éviter les problèmes sociaux, légaux et infectieux souvent associés à la dépendance aux opiacés en entreprenant une cure de méthadone. Cependant, d'autres patients ne souhaitent pas s'engager dans ce type de démarche ou encore souhaitent y mettre fin, et choisissent de se sevrer. Dans ce contexte, la technique de sevrage ultra-court semble notamment être une option viable pour des méthadoniens stabilisés souhaitant terminer leur cure, chez qui les enjeux de l'arrêt de cette dernière sont probablement minimes par rapport aux risques de rechute, et pour les patients qui ont connu plusieurs échecs lors de sevrages traditionnels liés à une souffrance physique ou psychologique. Des considérations coût-bénéfice sont alors à investiguer.

Le développement du sevrage ultra-court est sans aucun doute une avancée dans le domaine du traitement des addictions mais son champ d'application reste encore à préciser. C'est là tout l'intérêt de notre étude qui vise à clarifier un certain nombre de ces points et à dégager des pistes d'application.

**Grégoire Zimmermann.**

### **Bibliographie**

Cucchia, A. T., Monnat, M., Spagnoli, J., Ferrero, F., & Bertschy, G. (1998). Ultra-rapid opiate detoxification using deep sedation with oral midazolam: short and long-term results. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 243-250.

Brewer, C., Rezae, H., & Bailey, C. (1988). Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72 hours with minimal drop-out, using a modification of the naltrexone-clonidine

technique. *British Journal of Psychiatry*, 153, 340-343.

Fontaine, E. Godfroid, I. O., Guillaume, R. (2001). Le sevrage ultra-court de patients dépendants aux opiacés : revue de la littérature, critiques et proposition d'un protocole expérimental. *L'Encéphale*, 27, 187-193.

Gerra, G., Marcato, A., Caccaveri, R., Fontanesi, B., Delsignore, R., Fertoni, G., Avanzini, P., Rustichelli, P., & Passeri, M. (1995). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 35-41.

Huissod, T., Morency, P., Samtca, S., Benninghoff, F, Geense, F., Dupertuis-dit-Neveu, V., Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (2001). *Toxicomanie dans le canton de Vaud*. IUMSP : Lausanne.

ISPA (1999). *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues 1999*. ISPA : Lausanne.

Presslich, O., Loimer, N., Lenz, K., & Schmid, R. (1989). Opiate detoxification under general anesthesia by large doses of naloxone. *Clinical Toxicology*, 27, 263-270.

Resnick, R., Kastenbaum, R., Washton, A., & Poole, D. (1977). Naloxone-precipitated withdrawal: a method for rapid induction unto naltrexone. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 21, 409-413.

Simon, DL. (1997). Rapid opioid detoxification using opioid antagonists : history, theory and the state of the art. *Journal of Addictive Diseases*, 16, 103-122.

---

### **L'aventure !**

Elle a commencé il y a deux ans déjà : le projet était lancé, il fallait relever le défi. Offrir à des patients toxicomanes un Sevrage Ultra-Court aux Opiacés en réalisant une synergie entre une équipe qui travaille dans les soins psychiatriques (la Calypso) et deux autres dans

les soins somatiques (anesthésie et soins intensifs).

Sous la houlette du Dr Zwahlen, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la Calypso, les dés étaient jetés.

Il nous a fallu, à nous équipes infirmières et responsables inclus, environ une année de préparation avant que le projet soit finalisé, puis nous avons attendu avec impatience durant quelques mois les autorisations cantonales et fédérales.

### **Coordonner ?**

Le challenge consistait à coordonner l'activité de trois équipes et pour la première fois une collaboration directe était réalisée entre une équipe provenant d'un milieu psychiatrique et deux équipes bien différenciées : les soins intensifs et l'équipe d'anesthésie. A cette ligne, nous vous voyons déjà tous sourire en coin, mais nous vous laissons relire encore une fois ce dernier paragraphe et essayer d'imaginer les fonctionnements différents, les buts, les objectifs et donc les peurs respectives de chaque équipe.

Mais nous devons vous avouer que cela a été passionnant et que chacune s'est trouvée des ressources et des idées pour collaborer et permettre la réalisation de ce projet. C'est l'objet de notre présentation qui s'accompagne des remerciements à tous pour leur participation, leur implication et l'élan qu'ils ont donné au projet.

### **Partager !**

L'un des obstacles provenait de la répartition des tâches ; en effet, l'anesthésie venait dans « nos » locaux et nous, nous reprenions le flambeau après l'extubation ! Mais là, n'était-ce pas un peu frustrant ? ? ?

Pour l'équipe infirmière d'anesthésie, ce type de prise en charge est très différent par le fait qu'il n'y a pas d'acte chirurgical. L'adaptation aux locaux et au matériel quelque peu différent n'a pas représenté de grande difficulté. Par contre, le changement consistait dans le fait d'être isolée du reste de l'équipe, de travailler hors du bloc opératoire et d'assumer une longue prise en charge.

L'articulation avec l'équipe des soins intensifs opérait au moment de l'accueil, de l'induction et jusqu'au branchement du patient au ventilateur. Puis, durant la phase anesthésique proprement dite, l'infirmière se retrouvait seule, avec seulement quelques « visites » espacées soit du médecin anesthésiste, soit de l'une des infirmières des soins intensifs ; tout cela étant largement tributaire de la charge de travail dans l'unité.

### **Un patient différent**

Six heures d'anesthésie, c'est le temps nécessaire au blocage de tous ses sites neuronaux ; anesthésie douce, sevrage en douceur si l'on peut dire, car le véritable combat se réalise dans l'organisme du patient.

Après commence la phase de réveil, délicate qui nécessite un véritable doigté que seules nos collègues anesthésistes possèdent. C'est un réveil tout à fait spécifique et qui ne correspond pas du tout à un réveil « classique » post-opératoire ; le patient met plus de temps à sortir de son sommeil, il traverse une période d'agitation et d'inconfort avant de retrouver ses réflexes vitaux ; il produit beaucoup de sécrétions dans le tube et dans la bouche ; enfin, son état de conscience est beaucoup plus lent à se manifester.

Une fois réveillé, une nouvelle phase délicate commence pour pallier à son inconfort (sensations de crampes, douleurs musculaires importantes) ? Il s'agit de prescrire une antalgie correcte qui lui permette de passer une nuit confortable après six heures de sommeil « forcé ». L'autre difficulté majeure de la nuit reste les diarrhées incessantes, générées par le traitement et ce malgré une préparation colique demandée (mais pas toujours prise jusqu'au bout) ; la morphine constipe...voyez ce qui se passe quand on libère les sphincters ?

Ces patients, souvent agités, inconfortables, sont pour l'équipe infirmière de nuit une charge de travail non négligeable qu'il faut savoir gérer parmi les autres patients des soins intensifs. Ce moment difficile, pour tous, a nécessité plusieurs remaniements au sein des équipes et a alimenté de nombreuses questions.

---

## Une autre approche

Au début, nombreuses étaient nos craintes envers ce type de patients qui relevaient à la fois de la toxicomanie et de la psychiatrie ; de quelles maladies transmissibles (hépatite B, C, SIDA, etc.) étaient-ils porteurs ? Quel type de voie veineuse allait-on leur poser ? Quel type de prise en charge allait-on nous demander ? Que pouvions-nous offrir dans un laps de temps si court ? Le sevrage physique c'est bien et visible, mais quelles nouvelles aurions-nous de la suite de leur séjour ?

Sur cette dernière question, la communication avec l'équipe de la Calypso a toujours bien fonctionné et, à chaque nouvelle prise en charge, nous avons des nouvelles de la posture du patient précédent.

Pour l'équipe des soins intensifs, l'annonce d'une rechute ou d'un départ anticipé était vécu, au début, comme un échec du traitement et il nous a fallu du temps pour admettre que cela pouvait faire aussi partie du chemin vers la guérison.

## Un infirmier psy ?

Nouveauté à St Loup que la présence sur le site du référent psychiatrique du patient. Qu'allions-nous lui dire ? Lui faire faire ???

La collaboration s'est très vite instaurée, d'abord avec Fred Dorogi qui venait tester le protocole puis avec Alain Jobin, infirmier somatique à la base, qui a très vite retrouvé les gestes peu pratiqués en psychiatrie et que nous avons très vite « embauché » pour l'aide à apporter aux soins directs ; quelques petits réajustements ont été nécessaires avec l'équipe des soins, en particulier, sur sa disponibilité pendant la nuit, corrélativement à la question de la non-disponibilité de l'infirmière des soins intensifs au moment du passage de témoin lors de l'extubation.

Tout ceci a été traité au coup par coup et grâce à la bonne volonté de tout un chacun, la collaboration et le « ménage à trois » ont fonctionné de façon optimale.

## Conclusion

---

Même si, à ce jour, nos questions n'ont pas toutes reçu de réponses, cette expérience nous a poussé à nous ouvrir à nos collègues infirmiers psychiatriques et nous a permis de réaliser un échange de points de vues très riche. La collaboration active entre les équipes a été l'occasion de développer nos connaissances et nos savoir-faire de part et d'autre et nous a prouvé que le « mur de Berlin » pouvait aussi tomber entre nos spécialités.

A ce jour, nous sommes la seule équipe à réaliser ce protocole en Suisse ; une autre équipe américaine de New-York fait de même. St Loup, le milieu du monde, c'est déjà connu, mais St Loup, le centre du monde...c'est pour bientôt alors !! !....

**Viviane Szostak, Eliane Deyras**

---

## Information

A lire, la thèse en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor en Sciences Infirmières (Ph.D) de l'université de Montréal, signée par Maud Bécherraz, *Une phénoménologie du réconfort*, Genève, Phronésis - Edition, n°1, août 2001. Texte d'actualité qui se penche sur la difficile question de la parole dans les soins somatiques à partir d'une interrogation croisée des patients et des infirmières de chirurgie du CHUV sur le thème du réconfort.

Bibliothèque médicale de Cery ou bibliothèque du service infirmier de Cery.

A lire également, Anne Perraut Soliveres, *Infirmières, le savoir de la nuit*, PUF, 2001.

---