Boire et vieillir

4 novembre 2015
Réseau visage

Dr Olivier Lejeune
Mme Carole Huntzinger
Mme Suzanne Rivory

Addictologie

Centre HOSPITALIER Vienne Lucien Hussel

Centre HOSPITALIER Vienne Lucien Hussel

Equipe d'addictologie du CH de Vienne

ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie)

Consultations externes sur rdv

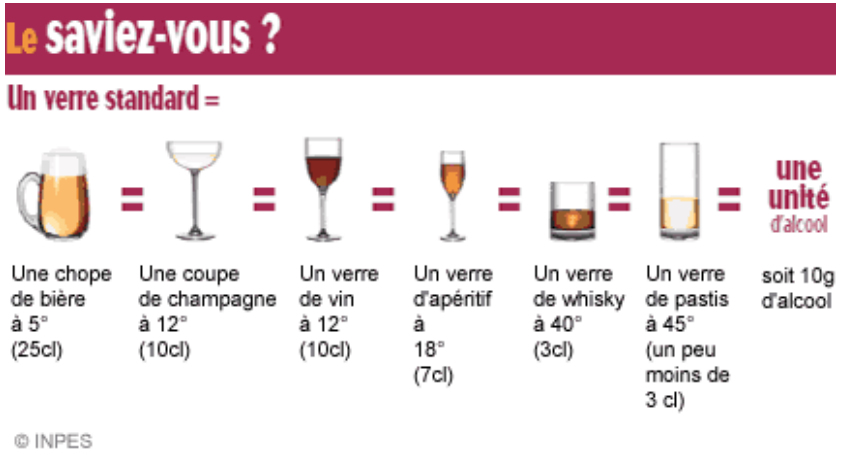
Consultations jeunes consommateurs

04 74 31 30 16

Médecin, infirmière, psychologue, secrétaire,cadre de santé

Prise en charge de toutes les dépendances avec ou sans produits

Recommandations de consommation population générale



Organisation mondiale de la Santé

Niveaux de risque	TAC* (g/jour) - femmes	TAC* (g/jour) - hommes
Risque « très élevé »	> 60 g	> 100 g
Risque « élevé »	40 - 60 g	60 - 100 g
Risque « moyen »	20 - 40 g	40 - 60 g
Risque « faible »	1 - 20 g	1 - 40 g

- Pour les consommateurs réguliers :
  - Pour les femmes : pas plus de 2 verres / jour.

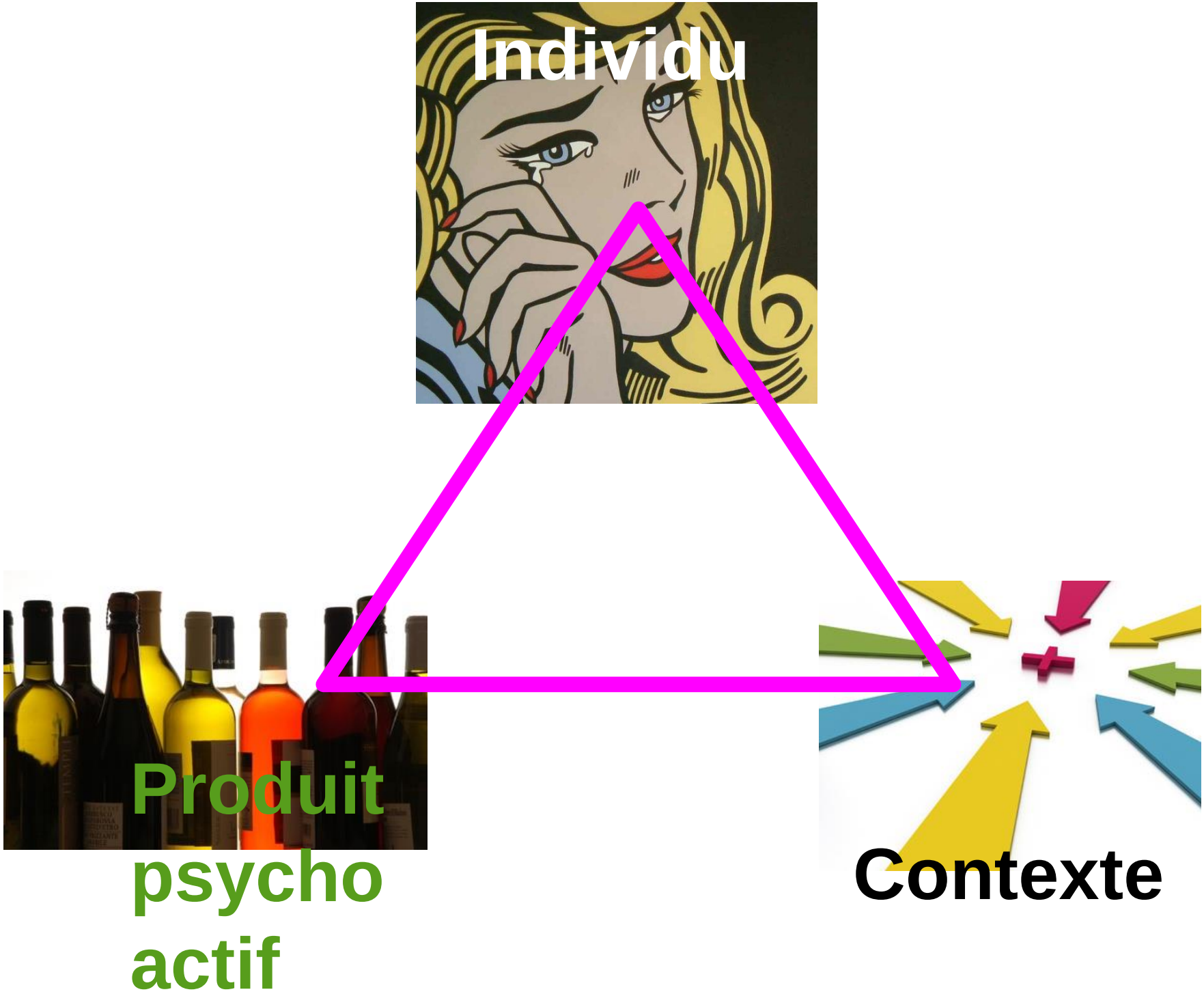
    Grossesse = Alcool Zéro

  - Pour les hommes : pas plus de 3 verres / jour.

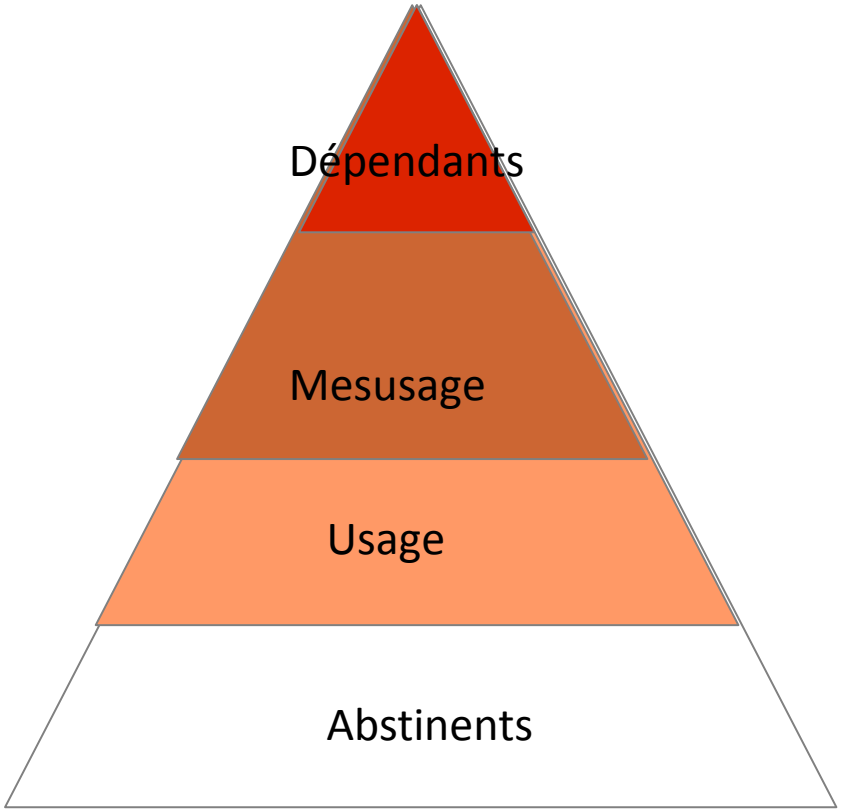
- Pour les consommations occasionnelles :
  - Pas plus de 4 verres en une seule occasion.

*TAC : Total Alcohol Consumption (consommation totale d'alcool) en g/jour

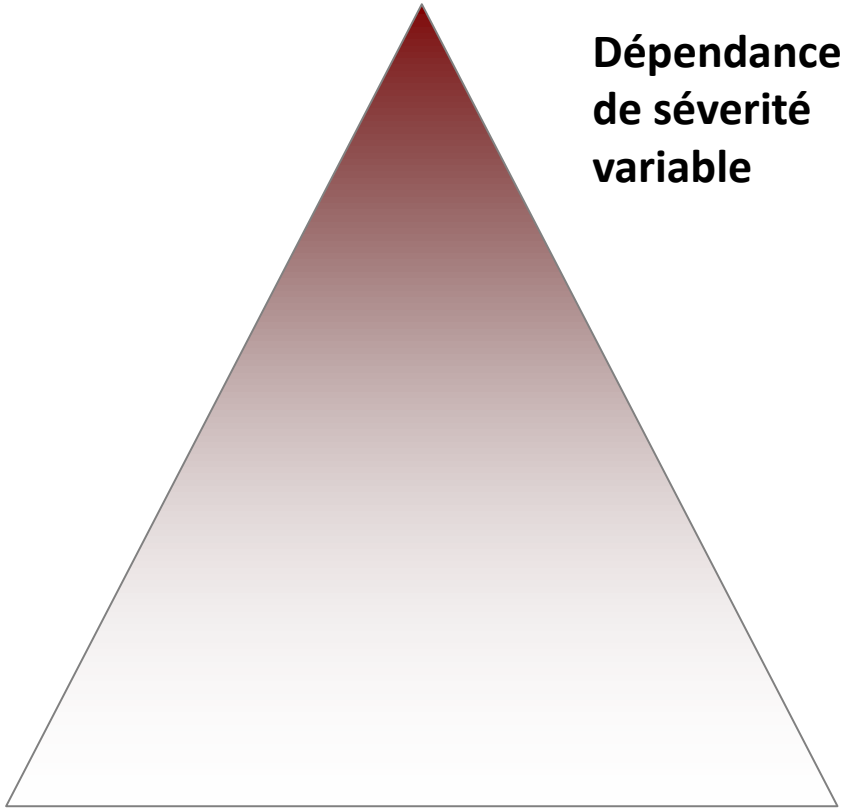
1) WHO. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and related Harm, 2000:38,48-54


Individu
Produit
psycho
actif
Contexte

Nouveaux concepts



Approche catégorielle
DSM IV



Approche
Dimensionnelle
DSM V

DSM-V
Trouble de l'usage des substances psychoactives

Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative

1. **Incapacité de remplir des obligations majeures** au travail, à l'école ou à la maison.
2. Usage dans des **situations** dans lesquelles celui-ci est physiquement **dangereux**.
3. Usage poursuivi malgré des **problèmes sociaux ou interpersonnels persistants** ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
4. **Tolérance** :
   - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
   - Effet diminué lors de l'usage continu.
5. **Sevrage** :
   - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
   - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
6. Substance prise en **quantité plus importante** et pendant une **période plus longue** que prévue.
7. Désir persistant, **effets infructueux pour arrêter ou contrôler** l'usage de la substance.
8. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets
9. Importantes **activités** sociales, professionnelles ou de loisir sont **arrêtées ou réduites** à cause de l'usage de la substance.
10. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de **problèmes physiques** ou **psychologiques** persistants ou récurrents.
11. Existence d'un **craving** ou d'un **désir fort** ou d'une **pulsion** à consommer.

Modéré : 2-3 critères positifs **Sévère : 4 critères positifs ou plus**

Adaptés aux personnes âgées ?

Prévalence Alcoolodépendance en France chez les plus de 65 ans :

Services d'urgences : 14 %

Hôpitaux : 6-9 %

EHPAD : 20-40 %

Début ancien : 2/3 des cas
Début après 60 ans : 1/3 des cas

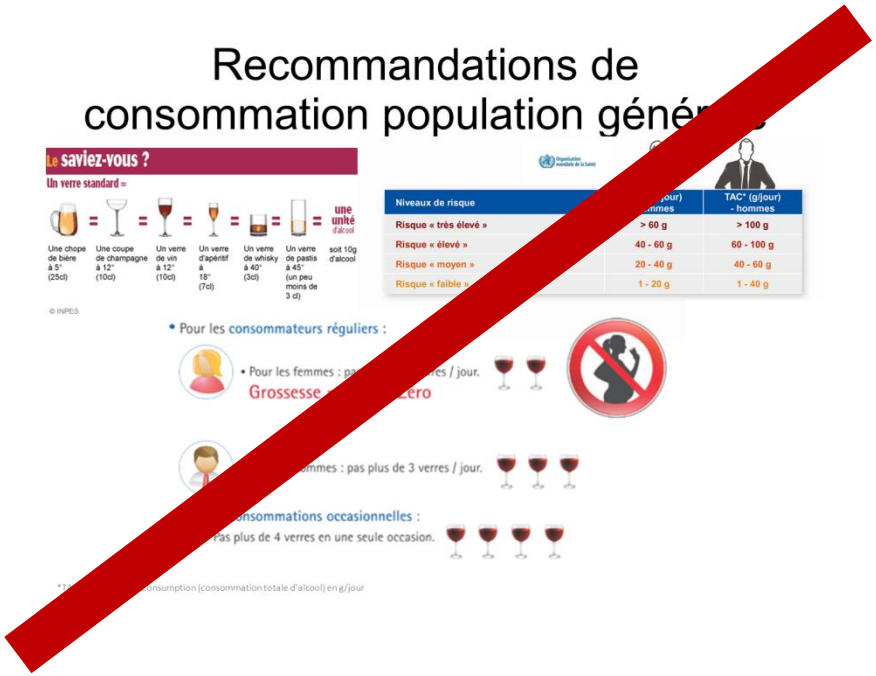
Risque particulier de l'alcool chez la personne âgée

Modifications du métabolisme de l'alcool

Poly pathologies

Poly médications (psychotropes!!!)

Adaptations des recommandations de consommations d'alcool



-1 verre de vin par jour

-Pas plus de 3 verres en 1 occasion

-En présence d'un problème de santé => 0

Alcoolisations aiguës

Situations rares, mais non exceptionnelles :

> 60 ans : 15 % ou > 75 ans : 5 % de toutes les IEA venant a l'hôpital

Alcoolemies plus basses que chez adulte (≈ 1 g/l contre 2,5 g/l)

Clinique : 2/3 viennent pour une chute, 1/3 pour un malaise

Episodes non fortuits =Révélateurs

> 75 ans : 87 % relèvent de mésusage d'alcool

Majorite d'usagers nocifs et moins de dépendants de l'alcool

≠ adultes plus jeunes ou les proportions s'inversent

(Menecier P et al. IEA apres 75 ans… *Psychol Neuropsy Vieil* 2008 ; 6 (2) : 129-135)

Complications chroniques

Incapacité fonctionnelle

Chutes

Troubles cognitifs et syndromes démentiels

Syndrome confusionnel

Interactions médicamenteuses

Pathologie hépatiques, neurologiques, cardiaques

Pathologies psychiatriques

Dénutrition

Conséquences psycho sociales

Dépister= poser la question de la consommation

Qui ?

Sensibiliser les soignants

Modifier les représentations

Quand ?

Évaluation gériatrique standardisée

Repérage ciblé

-pop à risque : homme tabac isolé

-signes d'alertes médicaux= la plupart des syndromes gériatriques

Comment ? Biologie prise en défaut, autoQ pas adaptés

Consommation d'alcool déclarée. Aidé par entourage

« Qu'est ce que vous pouvez me dire de votre consommation d'alcool, vin et bière inclus ? »

Le patient= partenaire privilégié du soin

Consommation excessive sans dépendance

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

REPÉRAGE PRÉCOCE

Intervention brève en soins primaire

1 — 2

Consommation déclarée → Évaluation du risque → **Intervention brève** → Accompagnement

Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Informer** sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur ses risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur.**
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment** et **la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation.**
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...

- Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).
- Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Consommation hebdomadaire réduite 1/3

Alcoolisation aiguë réduite 1/2

Hôpital/Clinique psychiatrique :
si co-occurence psychopathologie sévère.

Suivi spécialisé =+ rare
Travail motivationnel. Définir l'objectif de soin avec le patient : réduction de consommation ou abstinence

Traitements médicamenteux

Post cure :
réhabilitation psycho-sociale

Sevrage (7-14j) :
Hospitalier. Moins de benzodiazépine. Signes de manque (confusion++) retardés jusqu'à 10j

Groupe d'entraide

= efficacité comparable/ + jeunes

Cure : SSR addictologique:
4-5 semaines

Séjours de crise

Lutte contre l'isolement

Traitements médicamenteux

Esperal : complications somatiques+

Aotal et Revia : aide au maintien de l'abstinence. pas de CI

Selincro : pas d'étude mais pas de CI. Simplicité : 1cp/j et bonne tolérance. Objectif : réduction de consommation.

Baclofene : RTU. Risque effet II importants

Pas de benzodiazepine en dehors des sevrages

Entourages

Conjoint/ conjointe
Enfants/ petits enfants
Famille
Amis
Aidants

Tentation de sur protéger, de « fliquer », de contraindre

Culpabilité devant la souffrance et l'impuissance

Équilibre souffrant qui s'installe avec le temps

Difficulté de remettre en cause des modes de relations et des fonctionnements personnels et interpersonnels qui pérennisent les consommations.

Aide + obstacle au changement ?

Conclusion

Consommation excessive souvent négligée

Moindre tolérance du sujet âgé

Conséquences somatiques psychiques et sociales importantes

Dépistages et interventions sont possibles

Privilégier le partenariat avec le patient et entre professionnels

ne pas rester seul avec l'alcool !

Monsieur B. 70 ans, est revenu vivre récemment avec sa mère âgée de 95 ans dans un petit appartement à Vienne au 2ème étage sans ascenseur.
Il a été marié 2 fois et a 5 enfants avec qui il n'a plus de liens.

Sa mère bénéficie de passages d'aide à domicile pour l'entretien du logement et de soins infirmiers tous les 2 jours pour une plaie chronique de jambe.

Ce matin vers 12h00, les infirmières retrouvent Mr B au sol devant les boites aux lettres.
Les pompiers le transportent au service d'urgence.
Une alcoolisation aigüe est objectivée. Les examens révèlent une myocardiopathie dilatée.
Il rentre à domicile après 2 semaines d'hospitalisation.
Cette hospitalisation sera suivie de beaucoup d'autres toujours en état d'imprégnation éthylique.

A chaque hospitalisation, les consignes thérapeutiques de gestion de son insuffisance cardiaque semblent comprises et acceptées par Monsieur.

Elles ne sont pas suivies d'effets : Mr est absent du domicile lors des passages infirmiers, lui et sa maman se nourrissent de plats traiteurs industriels…

Les aides à domicile jettent à chaque intervention des bouteilles d'apéritif vides.

Qu'est ce que cela fait vivre aux professionnels ?
Qu'attendent-ils de l'hôpital ?
Qu'attendent-ils du réseau ? Quel réseau ?