L'alcool en institution

Dr Antoine GERARD

Médecin coordonnateur RESAAD 43

Chef du service d'addictologie C. H. Emile Roux

Objectifs de la réunion

- Favoriser les échanges de pratiques entre professionnels (mieux se connaître et améliorer les connaissances de terrain)
- Améliorer les connaissances et acquérir un savoir-faire en addictologie
- Favoriser l'évolution des pratiques

Déroulement

1. **Présentation** (intervenant, méthode de travail, participants (attentes)) 15’
2. **Groupes d’échanges :** 15’
   - 1 cas clinique par groupe de 5, réflexion personnelle (2’) puis partage
   - 1 animateur et 1 rapporteur par groupe
   - proposer 3 pistes de travail / réflexions / questions sur le transparent
3. **Restitution en grand groupe :** 15’ par groupe
4. **Apports théoriques :** 15’
5. **Evaluation :** 5’

Cas clinique n°1

- Patient de 65 ans hospitalisé dans un service de médecine pour un bilan d'altération de l'état général.
- Vous découvrez en rangeant ses affaires une bouteille d'alcool dans son placard.
- Il revient seul d'un de ses examens, manifestement imprégné d'alcool.

pistes de travail / réflexions / questions

Cas clinique n°1

- Altération de l'état général en lien avec l'alcool ?
- Comment en parler et à qui ? (qui de l'équipe l'annonce au patient et comment)
- Quel règlement intérieur dans l'institution ? (autorisation ou non d'avoir de l'alcool, de consommer, prise de sang à faire…)

Cas clinique n°2

Patient de 75 ans, perte d'autonomie.

Depuis 2 ans dans une EHPAD.

Intégration moyenne sauf « club des joueurs de cartes ».

Ils se réunissent tous les après-midi et boivent en cachette un litre de vin que certains membres du personnel leur apportent à l'insu de la direction.

Ils ne sont jamais ivres, seulement un peu « assommés ».

pistes de travail / réflexions / questions

Quel parcours de vie antérieur ?

- Alcoolisme ancien ?
- Alcoolisation pathologique cause de l'entrée en institution ? (perte d'autonomie)
- Recours à l'alcool face à une vie difficilement tolérable dans un environnement institutionnel parfois maltraitant ?

Quelle démarche d'accompagnement dans l'institution ?

- Représentations de l'alcool : Alcool source de plaisir ou de souffrance pour le sujet âgé ?
- Quelle cohérence institutionnelle ?
  - Capacités d'échanges et de travail en commun des différents acteurs de l'établissement : indispensables
  - Concilier le projet de soin individuel (engageant les thérapeutes), le projet de soins institutionnel (engageant l'équipe de soins au complet) et le projet de vie dans l'établissement (engageant tous les acteurs : soignants et non soignants)

Cas clinique n°3

- Résident éthylique chronique de votre EHPAD, âgé de 62 ans.
- Sevrage hospitalier récent pour troubles du comportement dû à l'alcoolisation.
- Reprise alcool dès la sortie avec problèmes par rapport à la vie en collectivité (agressif, s'énerve vite,…).
- Pour les repas en salle à manger il a été mis à la table d'un autre résident qui « gère la carafe » et n'a droit qu'à un verre de vin au repas, alors que d'autres ont 2 ou 3 verres.

pistes de travail / réflexions / questions

Cas clinique n°3

- Usage nocif ou dépendance : la notion de contrôle…
- Interrogation et prise en compte des désirs du résident dans l'élaboration de son projet de vie en institution
- Respect de conduites d'alcoolisation pathologiques du sujet âgé en institution ?
- L'accès à l'alcool en institution…

L’accès à l’alcool en institution

- Alcool servi à table (offre systématique ou libre de vin lors des repas ?)
- Alcool servi lors d’occasions festives (quantités)
- Alcool consommé par le résident dans sa chambre (qu’il se procure seul, se fait apporter par son entourage ou d’autres résidents… commerce intra-institutionnel)
- Alcool que le résident va consommer à l’extérieur

Le règlement intérieur et surtout les pratiques effectives de la structure conditionnent les modes d’accès à l’alcool.

Cas clinique n°4

- Patiente de 70 ans, veuve depuis 6 mois, accueillie dans votre EHPAD.
- Chutes à domicile, syndrome confusionnel intermittent, tendance à l'isolement.
- Traitement : antidépresseur, anxiolytique.
- Doutes par un enfant d'une consommation d'alcool chez sa mère depuis le décès de son mari.

Cas clinique n°4

- Difficultés avec l'alcool souvent associées à des dépendances aux tranquillisants chez les sujets âgés.
- Situations « d'alerte » devant attirer l'attention : Chutes à domicile, syndrome confusionnel intermittent, difficultés dans la gestion de la vie quotidienne, tendance à l'isolement.
- Le repérage est clinique : le temps d'écoute, d'observation et la répétition des moments d'échanges permettront de progresser dans le diagnostic de difficulté avec l'alcool.
- Place des IDE essentielle (contact pluri-quotidien) : besoin de moyens (disponibilité, soin relationnel) et de compétences (formation)

Alcoolisme et institution

- En institution : conséquences de l'alcool plus visibles (sociales ++)
- Selon les établissements ces conséquences sont :
  - Tolérées, Négligées, Déniées, Combattues
  - Parfois abordées dans une perspective d'aide et de soins
- Les liens que développe un sujet âgé en établissement avec l'alcool sont conditionnés par :
  - Le fonctionnement institutionnel
  - La réponse des diverses équipes (de soins, d'animation et administratives) à l'alcoolisation.

- Taux d'alcoolisme en France :
  - En maison de retraite : 9,6% des hommes et 0,9% des femmes
  - En milieu hospitalier : 20% des admissions aux urgences sont liées à des Pb d'alcool, 18% des patients en MCO, 25% en psychiatrie ont un Pb avec l'alcool.
- Les résidents en institution pour personnes âgées constituent une population particulièrement à risque d'usage nocif ou de dépendance à l'alcool.
- L'avance en âge n'atténue pas les souffrances physiques ou psychologiques existantes lors de l'usage nocif ou de la dépendance à l'alcool (surmortalité à court terme + 56%).

Alcoolisme sous-diagnostiqué

- Signes d'intoxications aiguës ou de sevrage
- Complications somatiques (foie, pancréas, neurologiques, cœur et HTA) et psychiques (angoisse, dépression…)
- Anomalies biologiques (GGT, VGM, SGOT, CDT…moins spécifiques avec l'âge)
- Situations « d'alerte » :
  - troubles du caractère, irritabilité, agressivité, tendance à l'isolement,
  - difficultés dans la gestion de la vie quotidienne, troubles de l'humeur, anxiété,
  - troubles du sommeil, troubles mnésiques, propos incohérents, troubles du comportement, confusion mentale,
  - dénutrition, antécédents de chutes, d'accidents ou de fractures

Alcool source de plaisir ou de souffrance pour le sujet âgé ?

- A tout âge les effets psychoactifs favorables de l'alcool existent (+ si usage simple, - si dépendance)
- Peut-on proposer à un sujet âgé de rompre avec ce théorique « dernier plaisir » ?
- Peut-on envisager que contrairement à l'idée reçue, le sujet âgé puisse aussi souffrir des conséquences de sa consommation d'alcool et tirer bénéfice d'une réduction des prises ou d'un sevrage ?

Reconnaître, considérer la souffrance du sujet âgé, en lien avec sa consommation d'alcool devenue délétère, est la 1ère étape vers les soins.

Crise de la vieillesse

- Changements vécus de manière négative (altération de l'image corporelle, passage à la retraite,…)
- Blessure narcissique
- Personne âgée entrant en institution : deuil du chez soi, perte d'autonomie supplémentaire : dépendante de l'institution.

Soignants et sujet âgé qui s'alcoolise en institution

- 1er objectif de l'accompagnement : qualité de vie du sujet âgé.
- Organisation d'un projet de vie adapté par les soignants (prenant en compte ses besoins, attentes, désirs, souffrances).
- Q° de l'alcool : gêne des soignants démunis ou isolés devant une souffrance qu'ils peuvent avoir du mal à aborder.

Les contre-attitudes

- Dénégation
- Permissivité complaisante (ignore les csq de l'alcool dans la vie du résident et dans la vie collective)
- Réponse coercitive (interdiction de sortie, punitions décidées par les soignants, exclusion administrative de la structure)
- Prise de parti du soignant entre le sujet s'alcoolisant et son entourage (famille ou institution)
  - Collusion avec l'entourage contre le patient
  - Alliance avec le patient

Reconnaître et analyser nos possibles contre-attitudes

- Attitudes de rejet de la part des soignants, de dégoût, d'agressivité voire de peur générée par le patient.
- Attitudes de surinvestissement des soins, surprotection du sujet, ne laissant plus de distance entre soignant et soigné.

Travail d'équipe pour prévenir et éviter ces contre-attitudes.

Modalités de soins d'un sujet âgé en souffrance avec l'alcool

- Si dépendance : abstinence (conf. De consensus), sevrage dans l'institution ou non…, éviter sollicitations intempestives
- Cohérence entre l'entourage institutionnel et l'entourage familial ou amical
- Si usage nocif : réduction des prises
- Le projet doit être connu de toute l'équipe
- Tt avant tout psychothérapique : information, soutien, objectif de renarcissisation.
- Accompagnement après sevrage ++

Respect de certaines conduites d'alcoolisation pathologiques du sujet âgé en institution ?

- Aboutissement d'une démarche active, amenant à une attitude palliative, respectant l'individu et ses choix éclairés.
- Cette option doit être partagée par tous les soignants, mais aussi les représentants de l'établissement, s'accordant sur ce choix (et son corollaire de ne pas le sanctionner même s'il dérange ?)
- …après avoir essayé les différentes étapes du soin en institution.

Comment demeurer aidant et soignant ?

- Connaissances et formation pour aborder cette souffrance comme toute autre.
- Travail personnel et travail d'équipe (cf. représentations du soignant face à l'alcool, son histoire de vie…) (savoir-être > savoir-faire)
- La position de l'institution pourra aider le soignant à se situer :
  - choix de formation
  - soutiens offerts : analyse de la pratique, supervision
  - Règlement intérieur choisi…et surtout appliqué.