

Seniors et addictions

Journée régionale

Place de l'hôpital dans l'accès aux
soins des seniors addicts

Dr Roché Desbordes

Unité d'addictologie du CH de Dax
CSAPA La Source Landes Addictions

Quelle importance des + de 60 ans dans la file active des nouveaux patients d'une unité addictologique hospitalière?

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
60/64	23	20	17	17	17	14	
65/69	6	12	12	10	8	14	
70/74	2	3	7	6	3	5	
75/79	2	2	2	3	2	1	
80 et +	2	2	1	1	2	2	
Total	36	40	39	37	32	35	
proportion	12.6%	14.4%	12.5%	12.3%	10.6%	11.6%	
		unité d'addictologie du CH de Dax					2

Quelle importance en pourcentage

- Ils représentent 10,6% à 14,4% des nouveaux patients sur ces 6 dernières années
- Sur les 218 vus ces 6 dernières années,
 - 50% avaient de 60 à 64 ans
 - 28% avaient de 65 à 69 ans
 - 12% avaient de 70 à 74 ans
 - 5,5% avaient de 75 à 79 ans
 - 4,6% avaient + de 80 ans

Quels problèmes spécifiques posés?

- Pour la moitié d'entre eux environ, ils accèdent aux soins de la même manière que les autres
- Mais pour l'autre moitié, il existe des problèmes spécifiques que je vais lister sur une addiction principale alcoolique, jouxtée parfois à celle des benzodiazépines,
- Aucun des patients de plus de 60 ans n'avait d'addiction toxicomaniaque alors que 30% des nouveaux patients en présentent tout âge confondu

Problèmes spécifiques

- Formes subaigües des syndromes de manques posant des problèmes de diagnostic différentiel entre encéphalopathie alcoolique et maladie d'Alzheimer
- Symptomatologie traumatique fréquente avec rééducation nécessaire, devenant parfois une chance de mise à distance prolongée de l'alcool et de cicatrisation du craving
- Orientation d'aval rendue complexe:
par éloignement et épuisement familial,
isolement et insalubrité du domicile,
vulnérabilité financière nécessitant une sauvegarde de justice et demande de curatelle,
travail en lien avec la PASS
- Temps de questionnement sur la perte d'autonomie et l'entrée en EHPAD, qui ne pourra se faire que chez un patient stabilisé en ce qui concerne sa problématique de dépendance
- Perturbations cognitives (Alzheimer) rendant difficile le soin addictologique car le patient ne mémorise plus sa décision de rupture d'alcool et les techniques cognitivo-comportementales pour anticiper les pulsions, un des piliers du soin

Quelles concertations possibles d'acteurs en milieu hospitalier?

- Dès les urgences, détection des problèmes médicosociaux grâce à la PASS qui a une sensibilité addictologique forte
- Service de court séjour gériatrique pour évaluation bilan permettant un sevrage et un temps d'éveil addictologique du patient
- Service de neurologie qui sollicite l'addicto dans les tableaux confusionnels d'étiologie complexe
- Bon pôle d'évaluation psycho gériatrique ambulatoire avec valeur ajoutée de l'évaluation de la neuropsychologue et possible orientation vers l'HDJ.
- Service de gastroentérologie et d'addictologie pour sevrage décidé dès les urgences ou en consultation préalable ambulatoire permettant de prévoir l'aval de l'orientation et des lieux de convalescence dans l'attente d'une orientation plus durable
- Prolongation de l'accompagnement par les infirmières de santé publique du PASS et coordination d'acteurs dont le suivi par les soignants de l'unité addicto en ambulatoire
- Long historique de partenariat médico-social et en particulier avec la MDL

Quelques vignettes cliniques

- Mr F 73 ans récemment arrivé du Luxembourg, adressé en consultation par le médecin traitant semble présenter un délabrement cognitif majeur et aucune demande de rupture d'alcool voire une opposition forte, l'hospitalisation en addictologie permet le sevrage, une première évaluation en psycho gériatrie et la fréquentation de l'HDJ avec évolution très satisfaisante, contre toute attente, arrêt de toute consommation et des pulsions à le faire, soulagement de l'épouse et réévaluation diagnostique 18 mois plus tard qui réinterroge le diagnostic initial
- Mme De M 66 ans en foyer logement orientée par les urgences pour IMV sur conduites alcooliques anciennes et sévères juxtées à une dépendance aux benzodiazépines non stabilisées par une vie en institution malgré une curatelle.
Malgré l'accompagnement ambulatoire que la patiente sollicite, rien ne peut enrayer 3 complications sévères,
un tableau d'hépatite mixte alcool et médicaments,
fracture du cotyle droit sur chute et consolidation difficile par ostéoporose majorée par l'alcool,
encéphalopathie avec incohérence et amnésie antérograde...
une nouvelle orientation devient nécessaire sur Bardos qui a une unité d'accueil spécifique

Quelques vignettes cliniques (2)

- Mme H. D. 80 ans a toujours vécu dans la ferme avec ses enfants récupérant le vin dans la grange, marquant son territoire, épuisant sa famille, débutant une pathologie d'alzheimer. Il existe des critères de dépendance à l'alcool. Elle m'est adressée par le médecin traitant en aout 2011
- Un séjour de rupture en médecine C est organisé, suivi d'une consolidation de 15 jours en SSR gériatrique, médiation avec la famille, proposition de tâches acceptables par tous, bilan de problèmes somatiques multiples.
- Retour à domicile et suivi en médecine interne qui note depuis 2 ans ½ l'arrêt des prises compulsives d'alcool et un état psychique, somatique et relationnel avec la famille satisfaisant

Quelques vignettes cliniques (3)

- Mme P, 82 ans, hospitalisée en court séjour gériatrique pour 2^{ième} épisode de chute en 10 jours, elle évoque son alcoolisation au décours du décès de son mari en 94, un bilan est réalisé, diabète, stéatose hépatique, une expression de motivation à l'abstinence est rendu possible par l'équipe de liaison en addictologie, son séjour de sevrage est consolidé en SSR où sont organisés les passages infirmier, portages de repas... les nouvelles ultérieures sont satisfaisantes
- Mr G. poursuit ses consommations d'alcool antérieur dans son logement foyer avec des périodes de confusions, des ivresses manifestes, une opposition farouche à tout séjour d'hospitalisation pour sevrage, bilan de l'état cognitif et remotivation à l'abstinence. Dans l'attente il vient participer au groupe de parole thérapeutique hebdomadaire

Une catégorie de patients bien particulière, 4 à 6 patients par ans de 50 à 60 ans mais d'âge physiologique supérieure à 70 ans

- En dégradation sociale majeure
- Avec troubles cognitifs importants
- Avec un risque de DT grave suivi d'une encéphalopathie de plusieurs semaines si un sevrage obligé arrive par hospitalisation,
- En point de non retour pour se resocialiser hors de leur « cercle de convivance »
- Avec une course contre la montre contre « la grande faucheuse » avant qu'on ne puisse enclencher reconnaissance AAH, dérogation d'âge et entrée en institution
- Ils nécessitent alors une concertation d'acteurs complexe, avec parfois échec, décès au domicile, ou réussite, entrée en institution préservant leur capital de vie et une sécurité finalement appréciée par l'utilisateur

Au total

- Des patients très vulnérables nécessitant une concertation d'acteurs
- Ne pas négliger l'intérêt des séjours de rupture qui permet une cicatrisation du craving, un bilan cognitif une médiation familiale
- Ces personnes âgées sont capables malgré leurs dégradations cognitives d'entamer une abstinence durable si on prend la peine d'une écoute empathique, d'une mise à distance de l'alcoolisation initiale avec au décours, organisation de soutien en fonction de leur score GIR.