



XIVèmes rencontres RHST-A

Réseau Hôpital sans Tabac – Prévenir les pratiques addictives

Débat public

Pratiques addictives chez le sujet âgé

Mardi 26 mai 2009
Paris Expo - Porte de Versailles

Sommaire

Introduction	3
• Dr Anne Borgne, Présidente du RHST-A, Hôpital Jean Verdier (AP-HP)	
• Dr Philippe Denormandie, Directeur médical, groupe Korian	
Alcool, tabac, psychotropes : Etat des lieux des consommations chez les seniors	4
• Olivier Le Nézet, Observatoire français des drogues et des toxicomanies	
Impact des nouvelles réglementations concernant le tabagisme en EHPAD	7
• Francine Amalberti , Directrice de la résidence santé Cousin de Méricourt à Cachan (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris)	
Consommation d'alcool chez le sujet âgé : comment prévenir les risques	12
• Pr Romain Moirand, CHU de Rennes	
« Prescription de psychotropes chez le sujet âgé » risque de iatrogénie médicamenteuse, dépendance ?	17
• Dr Corinne Bruhat, CHU d'Angers	
Table ronde : Sanitaire, médico-social et maintien à domicile : quelles stratégies développer et pour quels objectifs ?	22
• Bernard Gouget (FHF), Coralie Cuif (FEHAP), Sophie Maunier (AP-HP), Stéphanie Forté (AP-HP), Dr Thierry Sainte-Marie (ELSA)	
Conclusion	26
• Pascal Melihan-Cheinin, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé	

Introduction

Anne Borgne, Présidente du RHST-A, Hôpital Jean Verdier (AP-HP)

Je remercie tous les orateurs qui ont accepté de venir parler de cette thématique un peu originale aujourd'hui. Un bref historique du Réseau « hôpital sans tabac », qui est devenu « Prévenir les pratiques addictives » et qui s'appelle aujourd'hui RESPADD depuis notre Assemblée générale de ce matin. Le Réseau Hôpital sans tabac a été créé en 1996. Il s'agit d'une association loi 1901 fondée par la Mutuelle nationale des hospitaliers, d'une part, et l'AP-HP, d'autre part, auxquelles se sont associées des institutions, la FHF, la FEHAP. Les adhérents sont des établissements de santé, uniquement hospitaliers au départ puis des EHPAD, comme par exemple des maisons de retraite et d'autres établissements.

Jusqu'à 2007, nous avons acquis une expérience et développé des outils d'aide à la prévention et à la formation sur le thème du tabac dans les établissements de santé. En 2007, forts de cette expérience, au début du plan gouvernemental « Addiction » et au moment où les pratiques cliniques se transformaient, c'est-à-dire que les professionnels de santé prenant en charge des patients addicts à un produit essayaient d'acquérir des compétences pour prendre en charge des multi addictions, le réseau « hôpital sans tabac » a suivi ce mouvement pour devenir plus compétent et développer ses compétences sur toutes les pratiques addictives. L'an dernier, nous avons déjà eu une journée sur cette thématique du changement du tabac tout seul vers les addictions. Cette évolution provoque encore quelques grincements de dents dans la communauté des tabacologues, alcoologues et toxicomanologues, mais je reste très optimiste.

Cette année, nous avons choisi d'organiser notre journée annuelle de rencontres dans le cadre de Gérontexpo. La thématique scientifique retenue concerne les pratiques addictives chez les personnes âgées. RESPADD souhaite, courant 2009-2010, inclure dans son domaine d'activité les établissements accueillant les personnes âgées. Ce matin, nous avons voté un tarif préférentiel de cotisation pour les EHPAD qui souhaitent adhérer, à savoir 150 € par an.

Philippe Denormandie, Directeur médical, groupe Korian

Korian gère les structures de soins de suite et EHPAD depuis deux ans. J'étais auparavant à l'AP et je suis toujours chirurgien à Garches. Le sujet des personnes âgées est vaste car entre les personnes âgées de 70 ans, totalement autonomes qui ont encore plein de projets, et celles accueillies en EHPAD, âgées en moyenne de 87 ans, nous ne sommes pas sur les mêmes problématiques. Je vais prendre cet extrême des personnes très âgées car c'est l'une des problématiques où se posent le plus de questions éthiques quant à la position des soignants dans l'accompagnement de ces personnes.

Korian gère 125 établissements EHPAD. La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 87 ans, dont 60% de GR1 et GR2, donc beaucoup de personnes dépendantes. L'enquête que nous avons réalisée sur 800 résidents montre que le taux de personnes qui fument en EHPAD est assez faible, puisqu'il est inférieur à 2%. C'est assez peu, mais le tabac entraîne un certain nombre de difficultés majeures. L'alcool, en revanche, n'est pas un sujet car proposer une carafe de vin à table est considéré comme faisant partie de la vie d'une EHPAD.

Le sujet éthique principal concerne la définition du projet individuel pour les personnes âgées, et en particulier les personnes très âgées, et non pas de notre propre définition des souhaits de la personne. Jusqu'où doivent aller nos politiques actives en matière de prévention chez des personnes où le seul enjeu est un risque individuel tant qu'on ne met pas en cause le risque collectif. Le problème des addictions chez les personnes très âgées, encore plus quand elles vivent en communauté, est d'identifier à quel moment il y a une différence entre une addiction pouvant provoquer un risque sur le collectif – comme le tabac et le feu ou l'alcool et

les troubles du comportement – et une addiction pouvant provoquer un risque individuel. Faut-il dire à une personne de 80 ans qu'elle va gagner quelques années de vie si elle arrête de boire un peu de vin ou si elle diminue sa consommation de cigarettes ? Cela va à l'encontre de la notion de projet individuel. Dans les groupes de l'ANEMS sur les projets individuels, l'addiction est un sujet tabou qui n'est absolument pas abordé, considérant que les souhaits individuels des personnes doivent être respectés.

Les sujets dépendants nous posent moins de problème, puisque le risque est maîtrisé étant donné que ce sont les aidants et les soignants qui les font fumer ou leur donnent un verre d'alcool. La question est plus de savoir si nous soignants acceptons de répondre aux souhaits de la personne en l'autorisant à s'octroyer quelques petits plaisirs. Les sujets autonomes mais qui présentent des troubles du comportement sont ceux qui nous posent le plus de problème ; en particulier concernant le tabac. La loi stipule que l'espace individuel, tant en USLD qu'en EHPAD, fait partie d'un lieu de vie personnel, et la personne est donc autorisée à y fumer, contrairement aux espaces communs. Le problème du tabac étant la peur du feu. J'ai regardé le nombre d'incendies évoqués dans notre groupe. Il s'agit souvent de petits incendies, mais la cigarette est une cause récente.

Un comportement individuel peut entraîner un risque collectif. Comment pouvons-nous le maîtriser ? Nous ne sommes plus dans la gestion d'une addiction au sens prévention de la personne, mais au regard d'un risque sur la collectivité. Il s'agit de réfléchir à la façon d'intégrer cette question dans des logiques contractuelles avec l'environnement. Il faut une réflexion collective dans la maîtrise du risque de l'addiction au tabac.

S'agissant de l'alcool, il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'aspect convivial de la carafe de vin, que l'on mange à plusieurs ou seul. C'est très ancré dans la culture, notamment pour la génération des seniors. Peut-être cela ne sera-t-il plus vrai dans vingt ou trente ans, mais la génération des seniors a plus vécu dans la culture du vin que les générations plus jeunes. Ces évolutions sociologiques sont à prendre en compte. Le problème de l'alcool concerne plutôt le nombre de personnes âgées présentant des troubles du comportement majeurs suite à des imprégnations éthyliques entraînant des lésions cérébrales. Ils étaient dans une logique d'abstinence, mais on les remet dans un environnement collectif où il est naturel de consommer un peu de vin à table, ce qui peut casser des sevrages. Je trouve la réflexion sur les personnes âgées, en particulier institutionnalisées, car elle prend à rebours d'autres réflexions sur l'addiction en général.

Anne Borgne

Olivier Le Nézet est statisticien, chargé d'études au sein du Pôle Enquête en population générale, c'est-à-dire l'OFDT. Il va nous présenter des éléments d'épidémiologie de consommation chez les seniors.

<p style="text-align: center;">Alcool, tabac, psychotropes : Etat des lieux des consommations chez les seniors</p>

Olivier Le Nézet, Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Je suis statisticien à l'Observatoire français des drogues et toxicomanies. L'OFDT est un organisme public, sous la houlette de la MILDT, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Je travaille principalement sur la mise en place des enquêtes en population générale et sur l'analyse des résultats de celles-ci.

L'enquête Baromètre santé 2005 a été diligentée par l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. L'exploitation des données concernant les drogues a été faite par

l'OFDT. Le Baromètre santé est une enquête téléphonique. La collecte a eu lieu entre octobre 2004 et février 2005. L'échantillon était composé de 30 514 personnes âgés de 12 à 75 ans. Je vais vous parler principalement des seniors, c'est-à-dire les 60-75 ans. Le taux de participation à cette enquête était de 63%.

Si la consommation dans l'année diminue avec l'âge, passant de 90% autour de 50 ans à 85%, on peut noter l'intensification des consommations. La part des usagers quotidiens augmente de façon croissante avec l'âge, passant de 19% d'usagers quotidiens parmi les 45-59 ans, à 37% parmi les 60-75 ans. Si on rajoute les usagers réguliers, la moitié des seniors seraient des consommateurs réguliers d'alcool, à savoir au moins dix consommations dans le mois.

Autre indicateur par rapport à l'alcool, le risque de dépendance. Il s'agit d'un test de repérage, appelé l'AUDIT. Ce test est contestable et contesté, mais il permet de mesurer une certaine dépendance. Si la consommation a augmenté, le risque de dépendance stagne. Même chose pour les ivresses, qui diminuent, voire disparaissent, soit 2% d'ivresses parmi les 60-75 ans.

En ce qui concerne le tabac, la tendance est inverse, avec une diminution assez nette de la consommation. L'usage quotidien, de presque 50% à l'âge de 20 ans, passe à 23% entre 40 et 59 ans, et à moins de 10% pour les 60-75 ans. L'usage occasionnel diminue également. En termes d'usagers actuels, occasionnels ou quotidiens, de 60-75 ans, nous sommes donc en dessous de 10%.

S'agissant de l'usage de produits illicites, les courbes montrent une diminution, voire une disparition de leur consommation avec l'âge. 0,3% des 60-64 ans ont consommé du cannabis dans l'année. Je précise que les questions concernant les drogues illicites n'ont pas été posées aux 65-75 ans. Concernant les autres substances illicites – cocaïne, héroïne, ecstasy, LSD –, la consommation est de 0,2%.

La question relative aux médicaments psychotropes n'a été posée qu'à la moitié de l'échantillon, et nous ignorons s'il s'agit de médicaments qui ont été prescrits ou non. Entre 40 et 75 ans, entre 20 et 25% des personnes ont consommé au moins une fois dans l'année un médicament psychotrope. S'agissant des antidépresseurs, nous constatons une très légère diminution de leur consommation dans l'année, passant de 10% entre 45 et 59 ans à 8% entre 60 et 75 ans.

S'agissant des différences entre hommes et femmes en matière de consommation de tous ces produits, la consommation d'alcool et de tabac s'avère nettement masculine, avec deux fois plus de consommateurs de tabac et d'alcool. En revanche, les femmes consomment plus de médicaments psychotropes. Le sexe ratio, c'est-à-dire le rapport entre hommes et femmes, est de 1,9 pour le tabac quotidien, 2,5 pour l'alcool, 3,1 pour le test AUDIT, 0,6 pour les psychotropes. Le sexe ratio de la génération précédente ne montre pas de différence, si ce n'est pour le tabac où l'on constate une masculinisation de l'usage du tabac plus marquée parmi les seniors, soit 1,9 contre 1,5.

J'ai souhaité voir quel était l'impact de la cessation d'activité sur les consommations de produits. Je me suis intéressé aux 55-64 ans et j'ai comparé deux catégories, à savoir les actifs occupés et les retraités. Les actifs occupés consomment plus de tabac que les retraités, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. En ce qui concerne la consommation d'alcool quotidienne, la différence est uniquement significative pour les femmes, où les retraitées boiraient plus que les actives. Parmi les 55-64 ans, les femmes retraitées sont plus âgées que les femmes actives.

J'ai fait une modélisation logistique sur les 60-75 ans, afin de mesurer l'impact de chaque facteur, toutes choses égales par ailleurs. Le profil de l'utilisateur quotidien de tabac est un homme, avec un diplôme élevé, âgé plutôt de 60 ans, donc un senior jeune. Le profil de l'utilisateur quotidien d'alcool est un homme de 75 ans. Les personnes divorcées, veuves, célibataires ou séparées consomment moins souvent d'alcool que les personnes vivant en couple. Les personnes à faibles revenus consommeraient plus. Le profil du test AUDIT est

homme, avec un revenu plutôt modeste. Le profil du consommateur de produits psychotropes est une femme de 60 ans vivant seule. Le fait de vivre seule joue fortement sur la consommation de psychotropes.

Pour résumer, l'usage d'alcool est plus fréquent parmi les seniors. En revanche, la dépendance semble être la même que pour les autres adultes. En revanche, les ivresses sont quasi-inexistantes. L'usage de médicaments psychotropes est constant entre 30 et 75 ans. Il n'y a pas de consommation de substances illicites. L'usage de tabac s'avère plus masculin parmi les seniors que dans les autres générations. La cessation d'activité a un impact relativement limité, en dehors du tabac apparemment, mais cela mériterait d'être confirmé par une modélisation logistique. La vie seule favorise la consommation de médicaments psychotropes, mais pas de l'alcool. La consommation d'alcool s'avère plus fréquente parmi les revenus modestes.

Discussion avec la salle

De la salle

Le tableau reprend la consommation des différentes substances addictogènes, une à la fois. Avez-vous essayé de croiser les différentes substances ?

Olivier Le Nézet

Qu'il s'agisse des jeunes ou des seniors, les consommations sont fortement corrélées entre elles. L'alcool et le tabac sont très liés. Il existe peut-être une différence avec les médicaments psychotropes, dont la consommation est plus féminine, mais il y a une forte corrélation entre les consommations.

De la salle

Qu'en est-il pour l'homme retraité ?

Olivier Le Nézet

L'homme retraité consommerait moins de tabac que l'homme actif, et sa consommation d'alcool est la même que celle de l'homme actif. Je pensais trouver des différences selon le statut professionnel, mais ce n'est pas le cas.

De la salle

Votre estimation concerne-t-elle la fréquence ou le volume d'alcool ?

Olivier Le Nézet

Uniquement la fréquence.

De la salle

Il faudrait regarder sur des petits échantillons s'il y a une évolution en ce qui concerne le volume d'alcool.

Olivier Le Nézet

Les seniors sont en retrait par rapport à l'indicateur du binge drinking, c'est-à-dire de la consommation excessive d'alcool en une seule occasion. Nous n'avons pas l'information sur le nombre de verres, qui doit excéder les normes OMS, mais la consommation est quotidienne. Il est rare que le senior consomme jusqu'à six verres en une seule occasion.

De la salle

Et vous avez pu constater que les femmes seniors également avaient tendance à augmenter leur consommation d'alcool.

Olivier Le Nézet

La courbe est ascendante pour les deux sexes.

Anne Borgne

L'AUDIT a aussi permis de renseigner sur les modalités de consommation, au-delà de la quantité, c'est-à-dire la capacité à contrôler.

Olivier Le Nézet

En effet, l'AUDIT a permis de mesurer le contrôle par rapport à sa consommation d'alcool. Le senior contrôle mieux sa consommation. Nous sommes quasiment dans des résultats inverses, surtout en ce qui concerne les ivresses où les seniors consomment jusqu'à six fois plus et sont dix fois moins ivres.

Philippe Denormandie

Il serait intéressant de mesurer jusqu'aux personnes très âgées, car finalement si la consommation perdure, c'est parce qu'elle fait partie des plaisirs de la vie.

Olivier Le Nézet

C'est une remarque pour ne pas stigmatiser l'alcool au quotidien. Il ne faut pas en faire une pratique déviante. Dans les prochaines générations, la consommation de vin quotidienne va peut-être disparaître.

De la salle

L'enquête sera-t-elle disponible sur Internet ?

Olivier Le Nézet

L'enquête sera disponible sur le site de l'OFDT.

Impact des nouvelles réglementations concernant le tabagisme en EHPAD
--

Francine Amalberti, Directrice de la résidence santé Cousin de Méricourt à Cachan (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris)

Je dirige un établissement du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et un foyer logement. Cette étude porte sur l'impact des nouvelles réglementations en EHPAD. Je n'ai pas traité le foyer logement, mais je pense qu'à terme, cette problématique devra être abordée car nous avons d'importants problèmes d'addiction dans ces structures médico-sociales. Mon étude est donc strictement basée sur les EHPAD.

J'ai préparé cette présentation en collaboration avec Didier Guéguen, Directeur adjoint, et Elisabeth Gawsewitch, cadre de santé de la structure. Il nous a été très difficile de différencier les problématiques liées au tabac et celles liées à l'alcool, car elles sont en interrelation dans nos structures. A la demande du réseau, je n'ai travaillé que sur le tabac.

Un bref rappel du cadre juridique et des dispositions législatives. Le décret du 15 novembre 2006, qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif. Puis les circulaires d'application. Celle du 27 novembre 2006 relative aux

conditions d'application, dans les services de l'Etat et des établissements publics qui en relèvent, de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. La circulaire du 29 novembre 2006, qui précise l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. L'arrêté du 3 janvier 2007, qui fixe les modes de signalisation à mettre en place dans les structures relevant du décret, et son entrée en vigueur.

Le décret du 15 novembre 2006, entré en vigueur le 1^{er} février 2007, fixe les conditions d'application d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Cette loi érige le principe d'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics. Les locaux concernés sont les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail, c'est-à-dire les salles de restauration, les lieux divers de vie, les bibliothèques, les locaux d'accueil et de réception, les couloirs, les coursives, les paliers, les emplacements d'attente, les ascenseurs, les locaux de loisirs, les lieux d'aisance. Sont exclus de ce dispositif les espaces privés, c'est-à-dire dans nos EHPAD les chambres des résidents. Ce point est précisé dans la circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médicaux qui assurent l'accueil et l'hébergement des personnes âgées.

Cette circulaire du 12 décembre 2006 précise que les EHPAD sont des établissements médico-sociaux ; que les personnes hébergées dans ces structures ont l'autorisation de consommer du tabac dans leur chambre, considérée comme un espace privé, mais qu'il est formellement interdit de fumer dans les lits. Là réside toute l'ambiguïté du texte. En ce qui concerne les chambres collectives, présentes encore dans de nombreux EHPAD, je rappelle que la norme dite de qualité, qui est acceptable pour les chambres à deux lits, est de maximum 10% autorisés. Est laissé à l'appréciation des responsables d'établissement le regroupement ou non des personnes âgées fumeuses dans une même chambre.

Les sanctions juridiques à l'égard des fumeurs s'appliquent également dans les EHPAD. Le fait de fumer dans un lieu à usage collectif est sanctionné par une amende forfaitaire de 68 €. Je précise que les personnels fumeurs sont soumis aux mêmes types de sanction, voire de sanctions disciplinaires administratives. Le responsable de l'établissement s'expose également à une amende forfaitaire de 135 € dans l'une des situations suivantes. En cas de non mise en place d'une signalisation dans la structure interdisant explicitement de fumer. Si un emplacement mis à la disposition des fumeurs est non conforme ; sachant que sous certaines conditions très particulières et compliquées, il est encore possible de mettre en place des lieux pour les fumeurs. Si le chef d'établissement favorise sciemment le tabagisme, comme installer des cendriers dans des lieux où il est strictement interdit de fumer, par exemple.

Quelles sont les conséquences en EHPAD ? D'une part, la majoration du risque incendie dans les chambres. En France, les statistiques montrent que les EHPAD comptent globalement 60% de personnes présentant des pathologies dégénératives de type Alzheimer ou des pathologies vasculaires. Sont également accueillies dans les EHPAD des personnes âgées présentant des problématiques psychiatriques ; nous sommes donc également dans le champ de la géronto-psychiatrie. Et les addictions à l'alcool sont très souvent en interaction avec les problématiques liées au tabac.

Comment contrôler en continu que le résident ne fume pas dans son lit ? Une vigilance accrue s'impose au quotidien pour les personnels. Quelques pistes, des plans d'action. Les personnels qui travaillent auprès de ces personnes âgées nous proposent parfois des pistes auxquelles nous n'aurions pas pensé. Nous remettons à la personne âgée accueillie, à son représentant légal ou à un membre de son entourage, un courrier type rappelant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans l'établissement. Si personne n'est là pour l'admission, ce courrier type est envoyé au représentant légal en cas de mise sous protection juridique de la personne. Le règlement intérieur de l'EHPAD prévoit l'obligation de

souscription à une assurance de responsabilité civile. Un autre moyen consiste à remettre lors de l'admission, en même temps que ce courrier, un petit cendrier.

Nous avons également des relevés topographiques actualisés des chambres des résidents fumeurs qui sont remis au personnel. Un renforcement de la surveillance des résidents, en particulier la nuit où les risques d'incendie sont accrus, avec l'organisation de rondes. Nous organisons également des visites générales de sécurité dans l'établissement, réalisées par le responsable de l'Hygiène sécurité, un cadre de direction et un cadre de santé en fonction des secteurs.

Ayant dirigé un établissement de la Ville de Paris de 366 lits, le plus important de Paris en termes de capacité, je me suis rendue compte à quel point ces visites de sécurité sont importantes car elles permettent d'identifier des résidents qui fument sans qu'on le sache. Les personnes en charge de ces visites de sécurité sont formées à des indicateurs de vigilance, comme les brûlures de cigarette sur le sol, sur des meubles, la literie, ou l'espace toilettes de la chambre. Il est conseillé que les résidents fumeurs qui ne peuvent sortir seuls de leur chambre soient accompagnés le plus possible dans les espaces extérieurs à l'établissement, ce qui permet au personnel de passer un moment plus convivial et « privilégié » avec la personne âgée.

Pour compléter ces dispositifs, il nous a semblé intéressant de réaliser deux études. En avril, une étude de satisfaction relative à l'arrêt du tabac suite à l'application de la loi, a été réalisée auprès de personnes âgées, fumeurs et non fumeurs. Ont été inclus dans le champ de l'étude des résidents non fumeurs, qui fréquentent les lieux collectifs, les espaces de vie du rez-de-jardin de l'établissement, et qui étaient présents dans l'EHPAD avant l'entrée en vigueur de la loi. Nous avons réalisé un questionnaire et mené des entretiens en direct avec ces résidents. Deux questions essentielles ont été posées. Nous leur avons demandé s'ils avaient noté qu'il était interdit de fumer dans les espaces de vie de l'établissement, et s'ils avaient constaté, suite à l'application de cette loi, une amélioration en termes d'odeurs ambiantes, d'hygiène, et s'ils avaient constaté une amélioration de leur respiration.

Sur les 53 résidents consultés, 79,25% ont remarqué que depuis deux ans, il était interdit de fumer dans les espaces collectifs. 75,50% ont noté une amélioration sur les odeurs ambiantes. 66% ont noté une amélioration sur la propreté de l'établissement. 60,38% constatent qu'ils respirent mieux. Je précise que cette étude a ses limites dans la mesure où les personnes âgées entrant dans le champ de cette étude fréquentent les lieux collectifs et ne sont donc pas très dépendantes.

Nous avons réalisé une étude complémentaire de satisfaction auprès des fumeurs. Sur cet EHPAD, 10 fumeurs ont été officiellement dénombrés, dont 7 se sont exprimés le jour de cette étude ; sachant que deux étaient hospitalisés et un a refusé de répondre. Tous les résidents interrogés ont noté l'interdiction de fumer dans les espaces collectifs de l'EHPAD depuis deux ans. 57,14% estiment que l'application de la nouvelle réglementation leur a causé des désagréments. 100% des résidents concernés ne considèrent pas que fumer exclusivement dans leur chambre soit un désagrément. En revanche, 57,14% sont gênés par le fait de devoir fumer à l'extérieur, ce qui n'a rien de surprenant. Je précise que la moyenne d'âge de l'établissement est globalement au-dessus de 85 ans, en majorité des femmes. Près de 43% ressentent un isolement par rapport aux autres, ce qui montre l'existence d'un code social évident dans le groupe, et le fait de se retrouver dans les lieux collectifs de la structure pour fumer avec les autres était pour eux un moyen facilitateur d'intégration. 57,14% considèrent que la nouvelle réglementation les a conduit à limiter leur consommation de tabac.

En conclusion, le recul n'est pas encore suffisant pour mesurer l'impact quantitatif de ces textes législatifs sur le nombre de résidents fumeurs accueillis en EHPAD. L'EHPAD que je dirige ne compte que 10 fumeurs, dont 9 fument dans leur chambre, sur un total de 320 lits ouverts – sachant que nous sommes en travaux –, soit 3,13%. Ce qui est très peu. Il me

semblerait intéressant d'aller au-delà, et qu'une étude nationale, initiée par la DGS ou la DGAS, soit menée auprès des responsables d'établissement et des médecins coordonnateurs, afin d'évaluer l'impact de cette réglementation dans le domaine de la santé publique. Il serait également intéressant de mener une autre étude en parallèle sur les foyers logements, où les problématiques sont très différentes. En France, un grand nombre de foyers logements accueillent des personnes âgées, dont la moyenne d'âge tourne autour de 66 à 68 ans.

Discussion avec la salle

De la salle

Je suis infirmière à l'EHPAD Belleville où nous rencontrons ce problème, c'est-à-dire des personnes qui fument dans leur chambre, parfois en cachette, et dont beaucoup sont démentes. Faut-il interdire ?

Francine Amalberti

C'est un problème au quotidien. Nous ne pouvons pas interdire, nous avons l'obligation de respecter la liberté de chacun, mais les risques sont très importants. J'insiste sur la prévention en matière de repérage. Dans les plans d'action à mettre en place, il s'agit d'identifier, dès l'admission, les personnes qui fument. Les aides-soignantes et les infirmières qui assurent les rondes de nuit ont proposé d'apposer sur les portes des chambres des personnes âgées identifiées comme fumeuses des petites pastilles autocollantes phosphorescentes la nuit qui leur permettent, quand elles assurent leurs rondes, de repérer quelles sont les chambres qui nécessitent une vigilance accrue.

De la salle

Lors de la visite de pré-admission, nous travaillons avec les familles afin de limiter les apports de tabac chez les personnes plus dépendantes. Une loi préconisant la distribution gratuite de tabac dans les hospices avait été mise en place il y a quelques années. J'ignore si elle existe encore.

Francine Amalberti

Elle a été supprimée.

Anne Borgne

Je suis ravie de rencontrer une gériatre tabacologue. Des propositions de substitution nicotinique sont-elles faites à ces fumeurs dépendants qui fument en cachette dans des lieux où c'est interdit ? C'est probablement une population à laquelle on n'a pas l'idée de proposer ce type d'aide, comme il y a vingt ans, on ne proposait pas d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients hospitalisés pour un sevrage d'alcool ou toxicomaniaque. Aujourd'hui, c'est rentré dans la pratique courante, même si ce n'est pas facile.

De la salle

J'ai essayé de le faire dans ma structure, mais c'était très difficile car sur le plan cognitif, les résidents ont du mal à comprendre qu'avec des substituts, ils ne peuvent pas fumer. En revanche, nous avons mis en place des groupes de parole sur le tabac, ce qui a donné de bons résultats. La notion de plaisir revenait souvent et beaucoup disaient qu'ils n'avaient plus que cela. Ces groupes de travail nous ont permis de régler les problèmes d'agressivité.

Philippe Denormandie

Sur ce sujet, je pense qu'il serait intéressant d'éclairer ces prises de décision. Nous sommes face à des tutelles assez juridiques, où les soignants sont en première ligne, mais également à des tutelles comme l'ANEMS qui sort des recommandations sur le projet individuel, avec la notion de respect du plaisir.

Olivier Ubersfeld, médecin

Je suis médecin et j'interviens dans une EHPAD à Baccarat. Ce débat me surprend un peu, car nous avons des détecteurs de fumée dans chaque chambre, et si un résident fume, il se met tout de suite à sonner.

Francine Amalberti

C'est-à-dire que vous interdisez de fumer dans les chambres ?

Olivier Ubersfeld, médecin

Non, mais elles sont munies de détecteur de fumée et si la personne fume, l'alarme incendie se déclenche. Mais sur 160 pensionnaires, nous n'avons qu'un fumeur.

Francine Amalberti

La législation oblige la mise en place de systèmes de sécurité incendie performants, mais nos détecteurs incendie sont réglés de telle façon que sauf à fumer dessous, ils ne se déclenchent pas. Quand les alarmes se déclenchent en permanence, cela met en branle le système de sécurisation de la structure à chaque fois. Une éducation est à faire, dans la mesure du possible, auprès des personnes pour qu'elles fument assez loin de l'alarme.

De la salle

Je suis infirmière en EHPAD. Nos résidents n'ont pas le droit de fumer dans les chambres, même si c'est considéré comme lieu de vie, car nous nous heurtons au responsable de sécurité qui est obnubilé par le risque d'incendie. Ils sont donc obligés d'aller fumer à l'extérieur. D'autre part, nous avons une population croissante de géronto-psychiatrie. Ces personnes ont passé toute leur vie dans des structures fermées, voire semi ouvertes, et elles arrivent ensuite en EHPAD avec un tabagisme très important. Nous sommes en grande difficulté par rapport à ces personnes dans la mesure où elles font du troc ou se volent entre elles. Donc, quelle solution ?

Anne Borgne

Cela devrait changer à l'avenir pour les patients venant de psychiatrie car il est formellement interdit de fumer dans les hôpitaux psychiatriques et ils doivent aller fumer dehors.

De la salle

Nous faisons la chasse aux fumeurs dans les chambres, mais ce n'est pas évident car il n'existe aucun lieu pour eux, et il est difficile de les faire sortir pour fumer quand il fait moins 2° ou + 35°.

Anne Borgne

Nous referons peut-être une journée spécifique sur ce sujet.

Francine Amalberti

Nous n'avons pas de solution toute faite. C'est une gestion au coup par coup. Le législateur a fait prévaloir la liberté individuelle en considérant l'espace de lieu de vie comme personnel,

privé. Néanmoins, même si nous défendons haut et fort les libertés individuelles, nous sommes confrontés à des problématiques parfois difficiles à gérer, et les personnels de santé sont en première ligne.

Consommation d'alcool chez le sujet âgé : comment prévenir les risques ?

Romain Moirand, CHU de Rennes

Les risques de la consommation excessive d'alcool sont à la fois psychologiques, somatiques et sociaux. Je vais m'appesantir dans un premier temps sur les conséquences psychologiques, qui ne sont pas spécifiques aux personnes âgées, mais qui sont essentielles à comprendre car elles éclairent notre réflexion.

L'alcool a un effet biphasique. En aigu, l'alcool a un effet anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, euphorisant. C'est la raison pour laquelle on consomme cette substance psychoactive si largement répandue. En chronique, la consommation excessive d'alcool a des effets inverses, c'est-à-dire qu'elle détruit le sommeil, est anxiogène, et c'est probablement l'une des substances déprimantes les plus puissantes qui soient. D'ailleurs, devant toute plainte psychique, dépressive ou anxieuse, chez n'importe quel sujet, il faut toujours se poser la question d'une consommation excessive d'alcool, ou de tout autre produit.

Quelles sont les particularités chez les personnes âgées ? En ce qui concerne les conséquences somatiques, perte d'équilibre, chutes, et leurs conséquences, à savoir fractures, accidentologie. D'autre part, le problème des interactions médicamenteuses. Quand on connaît l'interaction de l'alcool sur le métabolisme des médicaments, on imagine les problèmes que cela peut poser. La susceptibilité aux infections, en particulier les pneumopathies. Le problème de l'hypertension artérielle. Nous savons que l'alcool est le troisième déterminant de l'hypertension artérielle dite essentielle, après l'âge et le poids, et donc le risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques. Les troubles digestifs, les hémorragies digestives, en particulier avec les anti-inflammatoires. Les problèmes de nutrition ; sachant qu'en consommation excessive, l'alcool entraîne de l'anorexie.

Autres conséquences, une altération de l'état général, des troubles de la marche. Le syndrome de sevrage à l'alcool est particulièrement grave chez la personne âgée du fait de l'alitement prolongé qu'il va entraîner et du fait de ses conséquences cognitives. Enfin, les troubles cognitifs.

La consommation excessive d'alcool est la troisième cause de démence. Chez les personnes de 50-55 ans, elle est la première cause de démence, et bon nombre de personnes sont dans des hôpitaux psychiatriques à cause de cela. La consommation excessive d'alcool entraîne de façon certaine des troubles mnésiques, depuis le trou noir de la fin de soirée jusqu'aux pertes de mémoire progressives et aux troubles cognitifs. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques montrent qu'une consommation légère à modérée d'alcool a probablement des effets bénéfiques. Elle ralentit le déclin cognitif, l'évolution vers la démence.

Autre particularité chez les sujets âgés, les conséquences sociales. Certaines sont moins évidentes. Il n'y a plus le problème professionnel, moins de problèmes judiciaires, mais il y a toujours les problèmes liés à l'ivresse, d'autant qu'il y a une moindre tolérance, et donc des problèmes d'agressivité, de violence, notamment envers les proches, des problèmes d'isolement, de repli sur soi, et le problème spécifique du passage en institution.

Une fois les risques identifiés, il est intéressant de voir quelles sont les différentes conduites d'alcoolisation. Cette pyramide correspond à la population générale. A sa base, les personnes abstinentes. Il est possible qu'après 75 ans, un certain nombre de personnes se tournent plus volontiers vers l'abstinence. Mais la plupart des personnes âgées ont ce que l'on appelle un

usage sans risque. L'usage sans risque est défini comme une consommation de moins de quatre verres standard – correspondant en France à 10 grammes d'alcool – par occasion de boire, moins de 14 verres par semaine en moyenne, c'est-à-dire 2 verres par jour pour une femme, 21 verres par semaine en moyenne, c'est-à-dire 3 verres par jour pour un homme. Pas d'alcool dans certaines circonstances, et au moins un jour sans alcool par semaine.

L'usage sans risque signifie que la personne a très peu de chance de rencontrer un jour des problèmes avec l'alcool. A l'opposé de l'usage sans risque, il y a le mésusage d'alcool. Trois types de mésusage : l'usage à risque, l'usage nocif, et l'usage avec dépendance. L'usage à risque est une définition statistique. Il s'agit d'une consommation d'alcool qui pourrait entraîner des problèmes mais qui n'en entraîne pas encore. Ce peut être soit parce qu'on augmente le risque de certaines maladies, comme la cirrhose, soit parce que conduire avec 0,5 gramme d'alcool dans le sang augmente le risque d'accident mortel par trois. Mais peut-être la conduite à risque va-t-elle s'éteindre sans n'avoir jamais entraîné de problème.

Avec l'usage nocif, le risque devient réalité. C'est une consommation chronique qui entraîne des dommages, quels qu'ils soient. Mais il n'y a pas de dépendance. Si les personnes ayant ce type d'usage sont aidées, même de façon légère, elles peuvent facilement revenir à une consommation sans risque. En revanche, lorsque la dépendance s'installe, elle conduit à un état neurobiologique qui se traduit par la perte de contrôle de la consommation d'alcool. Elle est facile à reconnaître s'il y a une dépendance physique. La dépendance physique se définit par la tolérance, la nécessité d'augmenter les doses pour avoir un même effet, et le syndrome de sevrage, c'est-à-dire l'apparition de signes spécifiques quand l'alcool disparaît de l'organisme, comme tremblements, sueurs, anxiété, vomissements. C'est très souvent le matin puisque l'alcoolémie a diminué durant la nuit. Cette dépendance physique, facile à reconnaître, est tout à fait inconstante. Elle ne concerne qu'environ un tiers des patients alcoolo-dépendants. Pour les autres, elle est simplement psychologique, c'est une perte de contrôle de leur consommation, avec un problème de centration, c'est-à-dire que toute leur vie va tourner autour du produit. Et c'est souvent associé à un état de manque, que l'on appelle l'envie ou le besoin, qui peut être permanent ou intermittent.

Quelles sont les particularités chez les personnes âgées ? Faut-il utiliser le même seuil à risque que pour la population normale ? Les Américains recommandent de ne pas dépasser plus d'un verre standard, soit 10 grammes d'alcool, par jour au-delà de 65 ans. Il y a du pour. Le fait que la personne âgée a moins de tolérance à l'alcoolisation aiguë, avec un pic d'alcoolémie plus important pour une même quantité d'alcool du fait d'une diminution de la masse maigre ; des interactions médicamenteuses. Et il y a du contre, notamment l'effet protecteur de la consommation légère à modérée sur le déclin cognitif, cela pouvant jouer avec la convivialité. En France, nous restons sur les normes OMS pour les personnes âgées.

Par ailleurs, quand débute cette addiction ? Un tiers des personnes âgées vont débiter leur problème d'alcool après 65 ans. C'est un alcoolisme à début tardif. C'est l'histoire typique de la femme qui perd son compagnon, qui fait un syndrome dépressif réactionnel, dont la consommation d'alcool était jusqu'alors conviviale, mais qui va l'augmenter et qui va donc aggraver sa dépression puisque l'alcool est déprimant. C'est donc un cercle vicieux. Si on arrive à leur faire pointer leur problème et à les sevrer, elles s'en sortent assez facilement. Les autres cas concernent des rechutes après une longue phase de maîtrise ou d'abstinence d'un problème d'alcool plus ancien. Enfin, les personnes ayant des problèmes d'alcool depuis cinquante ans, et qui sont toujours aussi présents.

Comment agir ? Le but des prises en charge est de revenir au contrôle de la consommation d'alcool, c'est-à-dire en dessous des seuils à risque si les gens ont un usage à risque ou nocif, ou à l'abstinence, nécessaire si les patients sont dépendants ; étant nécessaire parce qu'ils n'arrivent pas à faire autrement. L'objectif essentiel des prises en charge est le bien-être. L'alcool consommé de façon excessive entraîne un mal-être, réduit la qualité de vie. Le but de

la prise en charge est donc d'avoir un fonctionnement optimal et une qualité de vie optimale, ce qui passe par le contrôle de la consommation.

Les interventions thérapeutiques brèves se font dans un temps limité – un quart d'heure – réalisées par tout professionnel de santé, et elles se font en deux temps essentiels : le repérage et l'information. Un grand nombre d'études sur les interventions thérapeutiques brèves ont démontré leur efficacité, et notamment sur des personnes de plus de 65 ans. Le repérage précoce doit être fait le plus systématiquement possible, comme par exemple lors de l'admission dans une institution. Mais également devant des signes non spécifiques, comme l'hypertension, des plaintes psychiques, l'altération de l'état général, des troubles digestifs. Tous ces signes ne sont pas spécifiques et peuvent être dus à beaucoup d'autres facteurs, mais il faut toujours se poser la question du problème d'alcool et l'éliminer de façon pertinente.

Il ne faut pas oublier l'intérêt de la biologie opportuniste, c'est-à-dire d'une prise de sang réalisée pour une tout autre raison, en veillant aux gammas GT, à la VGM ; sachant qu'une macrocytose doit attirer l'attention ; et l'alcoolémie, très importante dans tout ce qui est urgence.

Comment réaliser un dépistage précoce ? Par un questionnaire, par l'appréciation de la consommation déclarée d'alcool, en la quantifiant. Nous avons des questionnaires de dépistage, à savoir le DETA, qui est la traduction française du CAGE ; l'AUDIT, qui est un auto questionnaire de quelques minutes ; le FACE. Ces questionnaires sont validés dans la population générale. Le plus important est la façon de le faire, c'est-à-dire avec empathie, en montrant à la personne qu'on essaie de la comprendre avec sympathie, sans la juger, et sans se confronter avec elle.

L'intervention brève proprement dite consiste à expliquer ce qu'est la consommation à risque, ce qu'est la consommation excessive, ce qu'est un verre standard, les seuils à risque, les risques encourus, les conséquences éventuelles qui seraient déjà présentes. Et à proposer une réduction de la consommation quantifiée, ainsi qu'un suivi, tous les trois mois par exemple, pour voir si la réduction se maintient. Remettre un document est essentiel dans ces interventions thérapeutiques brèves.

En cas de dépendance, la prise en charge est totalement différente et beaucoup plus complexe. Elle s'articule entre, d'une part, l'ambulatoire, le suivi en consultation, où les deux acteurs clés sont les médecins généralistes et les centres ambulatoires, les CSAPA, où se trouvent des addictologues, des psychiatres, des assistantes sociales, des psychothérapeutes et des associations d'entraide. D'autre part, l'hospitalier. Les personnes vont donc alterner entre suivi ambulatoire et parfois une hospitalisation pour un sevrage, pour une cure, une post-cure. C'est le rôle des réseaux d'articuler l'ambulatoire et l'hospitalier.

Quelles sont les particularités chez les personnes âgées ? En ce qui concerne le sevrage, nous utilisons fréquemment les benzodiazépines, mais cette population nécessite une certaine prudence, et nous serons donc plus souvent enclins à proposer des sevrages hospitaliers qu'ambulatoires chez les personnes âgées. En ce qui concerne l'accompagnement après le sevrage, les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux groupes de pairs ; sachant que les associations d'anciens buveurs comptent un grand nombre de personnes de plus de 65 ans. Mais on peut également prévoir des groupes de parole pour les personnes âgées.

Quelques remarques sur l'alcool dans les établissements pour personnes âgées. La consommation d'alcool est non réglementée. Quelques enquêtes semblent montrer qu'elle a tendance à diminuer avec la médicalisation de l'établissement. On peut se poser la question de savoir si elle est toujours en phase avec les recommandations, car si l'on regarde la quantité totale distribuée par rapport au nombre de personnes âgées, en tenant compte du fait qu'un certain nombre d'entre elles ne consomment plus du tout d'alcool, on constate que certains pensionnaires dépassent parfois les recommandations.

D'autre part, la prévalence de mésusage d'alcool dans les établissements est mal connue, mais les chiffres oscillent entre 10 et 25%, et sont a priori supérieurs à ceux qu'on trouve chez les personnes âgées vivant à domicile. Cela touche aussi bien l'homme que la femme. Avant 65 ans, généralement trois hommes pour une femme présentent des problèmes d'alcool ; après 65 ans, les chiffres s'égalisent. Le diagnostic est souvent méconnu des personnels.

Il existe une relation entre le mésusage d'alcool et l'entrée en institution. Parfois, il débute après l'entrée en institution, mais le plus souvent, c'est le problème d'alcool qui entraîne l'institutionnalisation, parce que la personne n'est plus autonome du fait des troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool, des troubles de la marche, de l'altération de son état général.

Cela entraîne des difficultés pour les soignants. Cela va du déni, du fatalisme, à la réticence à « priver », de la gêne à aborder le problème d'alcool, de la légitimité du contrôle, de la surveillance, des relations avec les familles puisque ce sont elles qui ravitaillent les personnes âgées, et des difficultés liées aux troubles du comportement, de l'agressivité liée à l'ivresse.

En conclusion, il faut connaître la personne et savoir où elle en est par rapport à son problème d'alcool dès son admission. Savoir différencier un mésusage ancien et un mésusage récent. Se rappeler que l'abus n'est pas un plaisir mais, au contraire, entraîne du déplaisir, aggrave la dépression et la perte d'autonomie. Il faut savoir aborder le problème, savoir reconnaître quand l'usage devient nocif ou à risque, et ne pas faire de fatalisme car en addictologie, nous prenons en charge des personnes âgées, voire très âgées. Notre objectif n'est pas l'arrêt de l'alcool, mais que ces personnes aillent mieux. Nous rencontrons régulièrement des personnes âgées en perte d'autonomie, et le simple fait d'arrêter l'alcool leur permet de réintégrer leur domicile, et dans de meilleures conditions qu'auparavant. Il est donc important de prendre en compte le problème d'alcool.

Anne Borgne

J'imagine déjà un programme de formation que le réseau RESPADD va pouvoir mettre en place. Comme nous avons souvent fait l'abord du fumeur à l'hôpital, nous allons faire l'abord des consommations d'alcool en EHPAD.

Discussion avec la salle

Dr Thierry Sainte-Marie, ELSA

Le plan d'addictologie définit des sevrages simples et des sevrages complexes. Considérez-vous que l'âge soit un facteur de complexification qui nécessiterait le plus souvent des sevrages de type complexe ?

Romain Moirand

Pour la communauté des addictologues, la complexité du sevrage réside dans les soins mis en place. Le sevrage complexe dure au moins quinze jours et comprend de l'éducation thérapeutique, des groupes de parole, de la prévention des rechutes, de la relaxation, l'intervention d'une diététicienne, d'un kinésithérapeute. Des soins complexes peuvent être indiqués chez les personnes âgées, et des soins prolongés de quelques semaines peuvent être particulièrement intéressants pour permettre une meilleure récupération cognitive. Certaines personnes arrivent avec des troubles cognitifs notables, des troubles importants de la mémoire et de l'orientation et, en quelque semaine, grâce au sevrage, elles récupèrent une orientation, une mémoire, au même titre qu'une marche bien meilleure. Mais ce peut être un sevrage simple qui dure huit jours. La prise en charge dépend de la situation de la personne, elle est donc à la carte.

De la salle

Je tiens à vous remercier pour la qualité de votre intervention. Je suis psychologue dans une équipe d'addictologie de liaison au centre hospitalier Marc Jacquet de Melun. Pour définir la dépendance chez les personnes âgées, j'ai pu observer que la littérature parle peu de syndrome de sevrage et de tolérance. D'autre part, les questionnaires DETA, AUDIT, habituellement utilisés, sont peu adaptés pour évaluer les consommations d'alcool et leurs conséquences chez les personnes âgées. La maison de retraite nous a sollicités en tant qu'équipe d'addictologie de liaison pour faire le point sur les consommations de tabac des résidents. Nous avons mis en place des groupes de travail une fois par mois, et nous avons constaté que le niveau de connaissance était assez faible. Nous avons donc élaboré des séances de formation, tant théoriques que pratiques, sur l'abord du patient ayant des problèmes d'alcool.

Romain Moirand

Nous organisons des formations des équipes soignantes dans les hôpitaux, et ce peut être fait également dans les établissements accueillant des personnes âgées. D'autre part, un questionnaire spécifique a été élaboré pour les seniors. C'est une version gériatrique du MAST, mais je ne pense pas qu'il ait été traduit en français. En pratique, la consommation déclarée d'alcool permet déjà de fournir des renseignements tout à fait intéressants et pertinents sur le niveau de risque que présente la personne.

De la salle

L'intérêt des questionnaires est d'être un outil pour les professionnels de la santé qui sont parfois en difficulté pour aborder le problème de l'alcool. Mettre en place un questionnaire standard pour aborder les difficultés liées à l'alcool peut être intéressant.

Jean-Claude Cox*, praticien hospitalier

Vous avez parlé des petits plaisirs de la vie, vous avez dit que l'abus n'était pas le plaisir, vous avez évoqué la dépression, les causes et conséquences. Pourriez-vous faire un point sur les idées et conduites suicidaires corrélées à ces consommations.

Romain Moirand

Nous savons que la consommation d'alcool est un facteur de risque majeur de suicide, que ce soit dans le cadre de la dépendance ou dans le cadre d'une intoxication alcoolique aiguë. Une ivresse aiguë peut s'accompagner d'idées suicidaires et aboutir à une tentative de suicide, mais elles disparaissent totalement lorsque l'alcoolémie revient à zéro. J'ai le souvenir d'un patient qui, en arrivant en maison de retraite un peu contre son gré, s'est alcoolisé, s'est ouvert les veines et a été transféré en hôpital psychiatrique quelques semaines avant de réintégrer la maison de retraite. C'est donc un facteur de risque majeur de conduite suicidaire.

Philippe Denormandie

Sur le sujet syndrome suicidaire/alcool/maison de retraite, j'aurais tendance à dire que l'alcool arrive probablement au dernier plan. Je ne pense pas que l'alcool soit la cause principale de l'« épidémie » des problèmes suicidaires en maison de retraite, que l'on est en train de découvrir dans le cadre des grands syndromes dépressifs et des syndromes de glissement.

Dr Pinchot-Saurin*

Je suis médecin généraliste dans le 18^{ème} arrondissement de Paris. J'ai beaucoup de patients âgés, y compris très âgés, dont beaucoup ont des troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer ou autre, mais qui restent autonomes et chez eux. Il est excessivement difficile de les faire parler de leur consommation d'alcool, surtout quand ils ont des troubles cognitifs. Je fais partie d'un

réseau de santé, avec un département personnes âgées et un département addictologie. Une fois que les patients sont inclus, ils peuvent être pris en charge gratuitement par des psychologues de proximité, qui peuvent même se déplacer à domicile, pour cinq, voire neuf séances. Je dois avouer que sans ces réseaux, nous nous sentirions bien démunis, d'autant plus que les géiatres ne sont pas très favorables à l'hospitalisation des personnes âgées.

Romain Moirand

Votre remarque est tout à fait pertinente et illustre bien la difficulté de l'exercice. En dehors des troubles cognitifs, aborder le problème de l'alcool avec les patients s'apprend relativement facilement. Mais en cas de troubles cognitifs sous-jacents, les réponses et les résultats obtenus sont très sujets à caution.

Dr Pinchot-Saurin*

Le plus difficile est d'arriver à obtenir la réponse attendue quand on sait, on sent, on voit, qu'il y a une alcoolisation sous-jacente excessive.

<p style="text-align: center;">Prescription de psychotropes chez le sujet âgé : risque de iatrogénie médicamenteuse, dépendance ?</p>
--

Corinne Bruhat, CHU d'Angers

Je suis géiatre, je travaille au service de gérontologie clinique du CHU d'Angers et à l'hôpital local Saint Nicolas à Angers. J'ai une expérience de plus de dix ans au Centre régional de pharmacovigilance d'Angers.

Comme vous le savez tous, la consommation de psychotropes en France est extrêmement importante. Nous avons la chance d'avoir plusieurs rapports récents. Le premier est celui de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, l'OPEPS, qui date de 2006, sur le bon usage des médicaments psychotropes. Il ressort de ce rapport que la consommation de psychotropes en France est environ le double de la moyenne européenne, avec une exposition importante des sujets âgés. Il met également l'accent sur des recommandations peu respectées dans notre pays, avec soit des prolongations de traitement très importantes concernant en particulier les benzodiazépines et les hypnotiques, soit une insuffisance de la durée, comme c'est le cas avec les antidépresseurs qui sont arrêtés trop tôt.

Le second rapport est celui de la Haute autorité de santé et de la Direction générale de la santé, à partir des trois principales caisses d'assurance maladie, soit près de dix millions de sujets âgés de plus de 65 ans. Ce rapport met en évidence qu'environ un sujet âgé sur deux fait usage de psychotropes en France et que deux millions d'entre eux en consomment de façon prolongée. Cela concerne principalement les benzodiazépines et apparentés ainsi que les hypnotiques.

Je rappelle que les psychotropes sont une substance, chimique naturelle ou de synthèse, susceptible de modifier l'activité mentale, sans présager du type d'action. Autre définition, la iatrogénie, ou encore la iatrogénèse médicamenteuse. La définition de l'OMS de 1981 est la plus couramment utilisée. Elle concerne toute réponse néfaste non recherchée à un médicament qui est administré chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement. Les intoxications médicamenteuses volontaires et accidentelles ainsi que les toxicomanies sont exclues de cette définition.

Le corollaire de cette iatrogénie est la survenue d'un effet indésirable médicamenteux, avec le rôle de la pharmacovigilance en France. Il existe 31 centres régionaux de pharmacovigilance

en France, en charge d'assurer la détection, l'analyse des effets indésirables médicamenteux, et qui rentrent en action en post-AMM.

Concernant dépendance et sevrage, on confond très souvent la dépendance avec une addiction. J'ai donc repris une définition apportée par Stahl dans un ouvrage de psychopharmacologie essentielle, qui replace les choses. La dépendance est un état physiologique de neuro-adaptation, engendré par l'administration d'une drogue, nécessitant d'en maintenir l'usage afin d'éviter la survenue de tout syndrome de sevrage. C'est différent de l'addiction, dans laquelle il y a un comportement toxicomaniaque, avec des conduites compulsives. Le sevrage est la réaction physique et psychique qui apparaît en cas d'arrêt brutal de la drogue ayant induit cette dépendance.

Nous allons considérer le syndrome de sevrage et la dépendance, au sens de cette définition, comme un effet indésirable particulier, c'est-à-dire un syndrome survenant à l'arrêt du médicament, alors que pour un effet indésirable médicamenteux, on va rechercher l'introduction récente d'un médicament pour suspecter une origine médicamenteuse.

Les psychotropes sont une source de iatrogénie importante, à l'origine de chutes, de confusion, de maladie, de sédation excessive, et ils sont retrouvés dans les différentes études parmi les trois premières classes médicamenteuses en cause, les deux autres étant les anticoagulants et les médicaments cardiovasculaires. Le plus souvent, les erreurs thérapeutiques sont identifiées soit par non respect de l'indication, de la contre-indication, soit du fait d'un surdosage de la posologie, fréquent chez le sujet âgé, du fait de traitements trop prolongés avec des risques de syndrome de sevrage à l'arrêt, ou l'automédication pratiquée également par les sujets âgés.

Autre notion, l'évitabilité des effets indésirables médicamenteux. La littérature rapporte environ une fois sur deux une évitabilité. La majorité de ces effets indésirables médicamenteux sont des effets attendus qui sont le reflet d'un effet pharmacodynamique, en opposition à des réactions de type immuno allergique. Un rapport sur la prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé a été réalisé par l'Afssaps en 2005, et consacre un chapitre aux psychotropes.

Je vais également vous parler d'un programme très ambitieux de la Haute autorité de santé, débuté en 2007, concernant l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, et en particulier l'amélioration de la prescription des psychotropes. Un groupe de travail pluridisciplinaire a permis d'identifier quatre sujets principaux à l'origine de la majorité des prescriptions. Des plaintes relatives au sommeil, des dépressions, des signes anxieux, et des troubles du comportement survenant souvent chez des sujets âgés fragiles.

La définition de l'OMS parle du sujet âgé de plus de 65 ans. Y est maintenant adjoint un sujet âgé de plus de 65 ans poly-pathologique, ou de plus de 75 ans. On parle aussi de co-morbidité. La poly-pathologie est une caractéristique de l'âge, son corollaire étant les poly-médications, avec les risques d'interaction médicamenteuse ; sachant que poly-médication et interaction médicamenteuse sont en eux-mêmes des facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux.

Le problème est de savoir reconnaître un effet indésirable médicamenteux. La difficulté rencontrée chez le sujet âgé est de savoir s'il s'agit vraiment d'un effet indésirable médicamenteux ou s'il s'agit d'une décompensation d'une co-morbidité. D'autant que les points d'appel cliniques sont souvent peu spécifiques. Ce sont des sujets qui vont chuter, présenter des troubles cognitifs, des malaises. Une enquête sur la consommation pharmaceutique a montré qu'un sujet sur deux consomme au moins un médicament cardiovasculaire lors d'une prescription sur un mois. Les médicaments destinés au système nerveux sont présents dans 20% des cas et les psychotropes dans 16% des cas.

Quels sont les facteurs qui favorisent cette poly-médication ? Dans le cadre des prescriptions inappropriées, il y a les prescriptions multiples pour chaque symptôme que présente le sujet

âgé. Souvent, les patients sont extrêmement demandeurs de médicaments. Il y a le renouvellement automatique des prescriptions, et la tendance des prescripteurs à prescrire. A noter également le risque d'automédication et d'auto prescription.

S'agissant de la pharmacologie du sujet âgé, il existe la notion de pharmacocinétique et celle de pharmacodynamie. Ces deux notions sont modifiées avec le vieillissement. La pharmacocinétique est le devenir du médicament dans l'organisme. La pharmacodynamie étant ce que le médicament va faire à l'organisme.

Ce schéma reprend les trois principales composantes contribuant à l'effet final d'un médicament, à dose thérapeutique voire toxique. La première partie concerne l'action du médicament recouvre la pharmacodynamie, avec l'affinité, l'activité intrinsèque au niveau de la cible cellulaire. La seconde partie concerne la concentration et relève de la pharmacocinétique, donc le devenir du médicament dans l'organisme, avec ses différentes phases, c'est-à-dire l'absorption, la distribution, la dénutrition protéique éventuelle, le transport cellulaire et les métabolismes hépatique et urinaire. La troisième partie concerne la variabilité biologique, très importante chez le sujet âgé, avec des expressions tardives de polymorphisme génétique ; les co-morbidités, les co-prescriptions et les interactions.

L'absorption et la distribution du médicament sont assez peu perturbées au cours du vieillissement. Toutefois, le système nerveux du sujet âgé est particulièrement sensible aux médicaments, notamment du fait de modifications de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique. Les mécanismes de protection sont généralement altérés avec le vieillissement. L'élimination, surtout rénale, est ralentie. La clairance à la créatinine est tout à fait recommandée en thérapeutique chez le sujet âgé, en calculant cette clairance soit grâce à la formule de Cockcroft, soit à la formule dite MDRD.

Un exemple de variabilité sur la demi-vie d'élimination des médicaments. L'amitriptyline, antidépresseur tricyclique, a une demi-vie chez l'adulte d'environ quinze heures. Chez le sujet âgé, il se retrouve à vingt-sept heures. Ceci nous montre la nécessité de disposer de données pharmacocinétiques chez le sujet âgé qui, bien souvent, font défaut, celles-ci étant extrapolées à partir de sujets adultes. Du fait de la faible inclusion de sujets âgés, cette recherche complémentaire ne peut être réalisée. Sur le plan de la fonction hépatique, les réactions de phase 1 peuvent être altérées, mais en pratique, c'est l'altération de la fonction rénale qui va faire l'objet de discussions en termes de traitement.

Concernant la pharmacodynamie, les mécanismes homéostatiques vont être altérés chez le sujet âgé, ce qui va favoriser la survenue et la gravité des effets indésirables médicamenteux, de troubles de l'équilibre à l'origine de chutes, la diminution de la régulation hydrique par la soif. La régulation de la sensibilité des récepteurs à la pression artérielle va également être altérée, avec des risques d'hypotension orthostatique plus élevée et donc de malaises et de chutes. A noter également la sensibilité augmentée à l'action des psychotropes et aux anti-cholinergiques. En thérapeutique, les cholinergiques sont une classe thérapeutique que l'on retrouve dans des pathologies variées. Souvent, ces médicaments sont mal repérés. Leur force est tout à fait variable, tant en termes de propriétés pharmacologiques principales, et c'est le cas d'un antispasmodique urinaire comme le Ditropan, qu'en termes de propriétés secondaires. Par exemple, la fonction principale d'un neuroleptique est d'être un antipsychotique, mais sa propriété secondaire est d'être, dans certains cas, anti-cholinergique, ce qui ne signifie en aucun cas une activité anti-cholinergique faible. Ce point est insuffisamment connu. Dans le cas de sujets âgés déments, utiliser ces molécules risque d'aggraver les fonctions cognitives.

Dans les différentes classes thérapeutiques, on retrouve les anti-cholinergiques parmi les antidépresseurs tricycliques. Les inhibiteurs de recapture de sérotonine sont un peu anti-cholinergiques. Concernant les neuroleptiques ou antipsychotiques, le Tertian, le Nozinan, le Leponex ou le Ziprexa sont des neuroleptiques avec activité anti-cholinergique. Parmi les

anti-parkinsoniens, l'Arpan. Parmi les anti-histaminiques, l'Atarax est fréquemment utilisé chez les sujets âgés déments, et peut être à l'origine de troubles du comportement et d'altération cognitive. Parmi les anti-arythmiques, le Rythmodan.

Quelques références de la littérature mettent en évidence la survenue d'un déclin cognitif avec l'utilisation de psychotropes. On retrouve cet effet en utilisant de fortes doses de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques. Cette association entre psychotropes et déclin cognitif est retrouvée molécule par molécule. L'autre référence analyse l'association des médicaments psychotropes, surtout à posologies élevées, qui va favoriser la survenue d'un déclin cognitif. Une étude de cohorte a été réalisée sur un nombre important de sujets âgés qui ne présentaient pas de troubles cognitifs lors de leur inclusion et chez lesquels a pu être mise en évidence, grâce à un mini mental state, une diminution des performances cognitives.

Une étude transversale récente a mis en évidence une association entre la diminution des performances cognitives sur le mini mental state et l'utilisation de médicaments anticholinergiques, chez des sujets âgés sans démence mais avec des antécédents de maladie vasculaire stable. Ce déclin cognitif est proportionnel à l'utilisation du nombre d'anticholinergiques. Si ces médicaments ne sont pas clairement identifiés sur une prescription, le risque de iatrogénie médicamenteuse augmente, en particulier sur le plan cognitif.

Autre association fréquente, les psychotropes et la survenue de chutes. De nombreuses études confirment l'association entre un risque élevé de chutes, et des chutes compliquées de fracture du col du fémur, chez les sujets utilisant des psychotropes. Le risque augmente avec le nombre de psychotropes et en fonction de la dose ainsi qu'en fonction de la demi-vie du produit. Le caractère récent de la prescription doit conduire à une vigilance accrue. La méta-analyse de Leipzig met en évidence chez les sujets de plus de 75 ans un risque de 1,46 pour les sédatifs et hypnotiques et un risque de 1,9 pour les psychotropes.

Le schéma rapporté par Fick évoque un modèle multifactoriel dans la survenue d'un état confusionnel. Une première échelle correspond à des facteurs prédisposants, correspondant à la vulnérabilité du sujet âgé. Cette échelle va du sujet âgé en bonne santé au sujet âgé atteint de démence sévère. Une seconde échelle correspond aux facteurs déclenchants, d'un petit facteur déclenchant comme la prise unique d'un hypnotique jusqu'à une chirurgie majeure. Plus le sujet est fragile, en particulier sur le plan des fonctions cognitives, plus un petit facteur déclenchant sera suffisant pour provoquer un état confusionnel. Alors que pour un sujet en bonne santé, il faudra des facteurs déclenchants beaucoup plus importants pour provoquer le même type de tableau clinique.

Le syndrome de sevrage avec les benzodiazépines est le plus fréquent. Il n'est pas forcément diagnostiqué quand les sujets sont hospitalisés et traités par benzodiazépines depuis longtemps. Il y a une tendance à diminuer, voire à arrêter ces traitements, et je pense que certains syndromes de sevrage sont sous-diagnostiqués à l'entrée en hospitalisation. Les troubles de la déglutition sont fréquents en institution, compte tenu de la population, notamment lors de la toilette. Ces molécules peuvent être utilisées et rendent des services, mais au moment du repas des troubles de la déglutition peuvent intervenir avec des risques de pneumopathie d'inhalation.

Concernant les antidépresseurs, je rappelle la survenue d'hyponatrémie, bien connue avec les inhibiteurs de recapture de sérotonine. A noter un autre aspect moins connu qui est l'augmentation des saignements cutanéomuqueux avec ce type de molécule, et la nécessité d'une surveillance de l'INR en association avec les anti-vitamines K.

Concernant les neuroleptiques, quelques références concernent le risque augmenté de pneumonie, en particulier durant la première semaine d'utilisation. Il y a eu une polémique sur la survenue de risque de décès chez les patients déments, qui a d'abord concerné des études sur les neuroleptiques atypiques, puis les neuroleptiques plus classiques. Tout cela doit conduire à une juste prescription des neuroleptiques. En institution, le problème de

l'indication se pose dans certains cas, mais ces résultats doivent nous conduire à beaucoup de vigilance.

En conclusion, l'amélioration de la prescription des psychotropes est un enjeu de santé publique. Le travail réalisé par la Haute autorité de santé peut être un élément important pour aller dans ce sens, avec notamment des propositions d'évaluation des pratiques professionnelles. Je vous rappelle que tout effet indésirable grave ou inattendu doit être déclaré au Centre régional de Pharmacovigilance de votre région. C'est ce qui constitue la sécurité d'emploi en post-AMM.

Concernant la prescription avant, pendant et après, selon Doucet, l'avant concerne la décision thérapeutique en rapport avec le malade ; le pendant concerne les maladies que l'on va traiter, en évaluant le rapport bénéfice/sur-risque ; l'après concerne l'évaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance, qui peut conduire à un arrêt du traitement.

Je terminerai sur l'intérêt d'une thérapeutique personnalisée chez le sujet âgé, avec la nécessité d'études complémentaires pour évaluer le rapport bénéfices/risques dans cette population poly-pathologique, pour laquelle nous utilisons le plus souvent des molécules qui n'ont pas été évaluées sur ce type de population.

Discussion avec la salle

De la salle

Vous avez évoqué le dispositif destiné à améliorer la prescription des psychotropes en médecine de ville. Pouvez-vous nous en dire un peu plus ?

Corinne Bruhat

Je vous invite à vous rendre sur le site de la HAS concernant l'amélioration des prescriptions des psychotropes où figure un rappel des règles relatives à la prescription en général chez le sujet âgé, avec une prise en compte des poly-pathologies, de la fonction rénale, des médicaments associés. Concernant les psychotropes, il faut veiller à la juste prescription. Certains sujets âgés ne relèvent probablement pas d'une thérapeutique médicamenteuse. L'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses, qui sont insuffisamment évaluées sur cette population, devrait être développée. En médecine de ville, c'est effectivement une gêne. Les patients eux-mêmes sont demandeurs de résultats très rapides, et de produits remboursés, d'où un effet un peu pervers qui favorise la prescription des psychotropes chez les sujets âgés. Le travail initié par la HAS sera certainement à prolonger. Pour chaque prescription, pour chaque molécule, il faudrait pouvoir dire dans quelle indication, pendant combien de temps, elle doit être utilisée. Cette démarche conduit généralement à limiter la prescription chez le sujet âgé et à limiter la iatrogénie dans ce type de population.

<p style="text-align: center;">Table ronde : Sanitaire, médico-social et maintien à domicile quelles stratégies développer et pour quels objectifs ?</p>

Nicolas Bonnet, modérateur, RHST-A

Les quatre interventions qui ont précédé vont nous fournir un certain nombre d'éléments extrêmement intéressants pour notre discussion. Le problème de la consommation de psychotropes, d'alcool et de tabac chez le sujet âgé, va être de plus en plus présent dans les prochaines années.

Nous accueillons pour cette table ronde Coralie Cuif, qui représente la FEHAP, Sophie Meunier, responsable des ressources humaines à l'hôpital Georges Clemenceau de l'AP-HP, Stéphanie Forté qui vient renforcer la présence de l'AP-HP, Thierry Sainte-Marie, qui représente les équipes de liaison et de soins en addictologie dont il est le président, et Bernard Gouget, qui représente la Fédération hospitalière de France.

Comment la FEHAP, qui fédère de nombreux établissements de soins et de santé accueillant notamment des personnes âgées, analyse aujourd'hui cette situation de pratiques addictives chez le sujet âgé ? Des programmes sont-ils en cours d'études ou déjà mis en œuvre ? Quels partenariats peuvent être tissés entre les différents acteurs ?

Coralie Cuif, FEHAP

Je rappelle que la FEHAP est la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif. Nous fédérons actuellement plus de 3 200 établissements de santé, établissements médico-sociaux et sociaux dans le champ sanitaire, du handicap, et des personnes âgées. Sur le champ des personnes âgées, plus de 1 500 EHPAD sont adhérentes à la FEHAP.

La FEHAP a un rôle d'accompagnement des démarches et initiatives de nos établissements, de relais, d'information, de conseil, mais les démarches sont surtout locales. L'intérêt de ce type de réunion est de permettre d'avancer sur les partenariats, apprendre de bonnes pratiques. La directrice de la résidence santé Cousin de Méricourt disait qu'elle avait elle-même réalisé une enquête sur le tabagisme en EHPAD, mais qu'elle aimerait avoir une vision plus large. Nous souhaiterions également qu'une étude de plus grande ampleur soit réalisée par la DGAS et le réseau sur ce qui se passe réellement dans les établissements afin d'induire de bonnes pratiques.

Etant présents sur l'ensemble des champs, nous constatons l'existence de points communs entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Toutefois, le champ sanitaire est essentiellement porté sur le projet de soin alors que sur le champ des EHPAD, le projet de vie doit également être pris en compte. En matière de tabac, par exemple, la chambre étant considérée comme le domicile des personnes âgées prises en charge, la réglementation est plus souple. Au-delà de la réglementation, il y a les pratiques des établissements et des directions, dont certaines sont plus axées sur la sécurité et vont au-delà de la réglementation en interdisant totalement le tabac, l'alcool ; et d'autres sont plus ouvertes en essayant de concilier la sécurité et les libertés individuelles. Ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est d'avoir un retour de votre part des bonnes pratiques pouvant être diffusées à nos établissements sur ces champs.

Nicolas Bonnet

Un certain nombre de documents ne sont pas suffisamment valorisés. Un grand nombre d'initiatives locales existent. Vous avez mis en place à l'hôpital George Clemenceau différents types d'activité, et notamment des formations en direction des professionnels sur les addictions et les risques professionnels. La formation des professionnels sur leur propre

consommation est tout à fait importante, et on voit à quel point le risque personnel peut avoir un impact sur le risque collectif.

Sophie Maunier, AP-HP

George Clemenceau est un hôpital de l'Essonne de 390 lits. La démarche que nous avons mise en place s'inscrit plus largement dans un dispositif de l'Assistance publique, appelé « la mission FIDES » et qui s'adresse spécifiquement aux personnels. L'AP possède des centres d'addiction qui prennent en charge les patients, mais rien n'existait pour les personnels. En dehors de l'aspect prise en charge individuelle que les personnels peuvent nécessiter, sur l'hôpital a été mis en place un dispositif de sensibilisation de l'ensemble des personnels sur les problématiques d'addiction, plus particulièrement sur l'alcool. La démarche a consisté à une sensibilisation massive du personnel. Il s'agit de sessions de trois heures, et d'une journée entière pour les cadres, organisée par l'ANPA du 91, l'Association nationale de prévention à l'addiction, qui vise à sensibiliser et informer l'ensemble des personnels sur les problématiques liées à l'alcool, et pas uniquement par rapport aux patients.

Le professeur Moirand a évoqué le déni, la difficulté à aborder les problématiques vis-à-vis du patient. Il s'agit ici de thématiques assez générales que les personnels ont pu aborder au cours des formations. Nous avons formé environ 50% des 700 agents, mais nous n'avons pu encore mesurer l'impact de ces formations, mises en place il y a deux ans, dans la pratique professionnelle.

Stéphanie Forté, AP-HP

J'étais précédemment DRH à Bretonneau et je suis aujourd'hui sur le groupe hospitalier Charles Foix Jean Rostand, qui est un établissement gériatrique. A Bretonneau, les formations des cadres auront lieu courant juin. De mon expérience, je retiens l'introduction de la notion d'addictologie. Dans le cadre d'une journée sur la prévention des risques, nous avons installé un stand sur la prévention des addictologies et nous avons fait intervenir la mission FIDES. On parle de l'addictologie comme d'une autre pathologie, on dédramatise. La formation des agents permet d'en parler, de traiter le sujet comme un autre et non pas comme un sujet particulier. Mais nous n'avons pas encore de retour. Pour l'instant, l'essentiel est d'aborder le sujet ; sachant que nous partons d'assez loin sur ce thème de l'addictologie.

Nicolas Bonnet

La formation des professionnels peut être faite par une structure transversale comme la mission FIDES qui intervient dans différents établissements, mais également par les équipes de liaison et de soins en addictologie. Dans les ELSA, rencontrez-vous aujourd'hui un public plus âgé, qu'il s'agisse des problèmes d'alcool, des personnes sous méthadone ou sous traitement opiacé ? Comment les équipes adaptent-elles leurs services à cette nouvelle population ?

Dr Thierry Sainte-Marie

L'addiction en milieu hospitalier est une histoire qui commence, car pendant des années, les équipes hospitalières se sont essentiellement occupé des complications somatiques des addictions, sans même que la question de la dépendance soit posée quand les patients étaient admis à l'hôpital. Nous avons derrière nous les équipes de liaison en addictologie, mais elles ont une histoire assez récente au vu du problème de santé publique que représentent les addictions.

L'ELSA est l'Association nationale des équipes de liaison et de soins en addictologie. Elle regroupe environ 200 équipes de liaison sur l'ensemble du territoire français, et son objectif est de fédérer le travail réalisé par ces équipes de liaison. Les équipes de liaison sont

transversales et de liaison, mais elles sont également présentes aux urgences lorsque les patients arrivent, et ce quel que soit le comportement addictif nécessitant une prise en charge. Elles suivent les patients tout au long de leur hospitalisation, et à ce titre, les équipes de liaison ne sont pas uniquement un avis spécialisé à un moment donné dans le cadre de l'hospitalisation, mais un travail d'équipe pluridisciplinaire de prise en charge du problème addictif.

Au-delà de cette prise en charge durant l'hospitalisation, les équipes font un travail d'articulation entre l'ensemble du secteur de soins spécialisés et l'environnement dans lequel évolue le sujet quand il sort de l'hôpital. Pour les patients âgés hospitalisés, des liens doivent être tissés entre ces équipes de liaison et les équipes des EHPAD, par exemple, afin de permettre des prises en charge, des aides à la motivation pour modifier le comportement addictif, lors de la sortie de l'hôpital. Il y a toujours bénéfice à arrêter une conduite addictive. Quand on pose la question de l'addiction chez le sujet âgé, on a l'impression que l'on va réduire sa liberté individuelle. En même temps, en lui proposant de s'en dégager, on lui offre plus de liberté.

Dans le cadre des activités déployées par les équipes de liaison auprès des patients hospitalisés, un travail de formation et de sensibilisation à la question des addictions auprès de l'ensemble des équipes soignantes est fait en permanence. C'est une formation au cas par cas, c'est-à-dire que pour chaque patient hospitalisé, l'équipe de liaison fait le point avec l'équipe soignante. Il s'agit de comprendre quelle est la demande de l'équipe soignante, de l'articuler avec le patient, puis de faire un retour à l'équipe. Ce travail de formation est extrêmement important dans le cadre du développement des ELSA.

Nicolas Bonnet

Comment développer le lien avec le médico-social autour de cette thématique addictologique ? Comme nous l'avons évoqué précédemment, les formations sont également nécessaires dans les établissements qui accueillent des patients âgés à l'extérieur de l'hôpital, et cette passerelle doit être développée pour permettre une cohérence dans la prise en charge des personnes, dans la formation des équipes, etc.

Bernard Gouget, FHF

Je vous rappelle que cette réunion s'inscrit dans une manifestation appelée « Géront-Expo » et dans une autre manifestation qui a toute son importance, « HIT ». Le lien entre les technologies de l'information et l'apport dans l'approche qualité de la formation et de la communication me paraît intéressant. Dans les propos de Claude Evin ce matin, beaucoup d'éléments portent à croire que nous allons dans le bon sens. Le débat parlementaire est houleux, certes, avec le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire ». Il n'empêche que figurent dans ce projet de loi les Agences Régionales de Santé, un des mots clés étant le décloisonnement entre le sanitaire et le social au service de la continuité des soins. Ceci va nous donner un espace de parole et de négociation qu'il ne nous faudra pas rater. Quand je dis « nous », il s'agit à la fois des établissements et du réseau Hôpital sans tabac, maintenant appelé RESPADD.

Claude Evin a bien insisté ce matin sur comment imaginer l'EHPAD de demain et devenir promoteur de service public pour créer non seulement des places d'hébergement, mais aussi de nouveaux modes de vie. Dans ce cadre, un champ de réflexion et d'application est ouvert sur les moyens permettant de prévenir les pratiques addictives, former les personnes, aller vers plus de qualité, et mieux vivre. Chez les Anglo-saxons, le « well being », c'est-à-dire la notion de bien-être, est en train de s'implanter, et il ne faut pas la négliger. Il faut regarder ce qui se passe au niveau de l'Europe. Même si la santé est encore de la responsabilité de l'Etat,

nos futurs parlementaires européens auront peut-être leur mot à dire dans les politiques de santé.

Promouvoir une politique de santé de qualité, c'est aussi avoir recours à un certain nombre d'accompagnements pour bénéficier de produits et de services. Par rapport à la thématique des addictions, le futur RESPADD va devoir se repositionner en termes de mission, de formation et d'action. C'est un champ d'investigation qu'il faudra savoir développer avec nos partenaires habituels, avec la MNH, l'AP-HP, les membres fondateurs. Ceci va nous permettre d'aller plus avant dans une démarche coordonnée avec les acteurs du social, du médico-social, et du sanitaire. En ce sens, il faudra également identifier un certain nombre de financements et décliner les actions déjà menées sur le tabac sur les différents volets évoqués aujourd'hui.

Nicolas Bonnet

Le réseau RESPADD a commencé à mettre en place des conventions avec l'association ELSA en termes de formation, de sensibilisation, et de mutualisation des ressources humaines. Thierry Sainte-Marie, comme d'autres dans la salle, sont des formateurs du réseau et nous aident à développer des formations en addictologie adaptées aux contextes locaux de chaque établissement. De même que la mission FIDES de Assistance publique. La FHF est un partenaire ancien du réseau. J'espère que nous allons pouvoir nous rapprocher de la FEHAP autour de la formation des professionnels, de la sensibilisation des différents acteurs, de la mise en place de programmes à destination des personnes âgées en établissements d'hébergement. Et peut-être exporter des expériences comme celle de l'hôpital Georges Clemenceau, de Bretonneau. En tout cas, ces expériences sont à développer. Je ne suis pas certain que tout soit transposable d'un établissement à l'autre, mais les idées le sont et doivent être enrichies en permanence.

De la salle

Je m'interroge sur l'absence des pharmaciens dans toutes les formations auxquelles j'assiste, dans n'importe quel domaine. Ils ne sont jamais présents alors qu'ils sont en première ligne avec les patients. J'ai le cas d'une patiente qui prenait trois Imovane par jour, qu'elle se faisait délivrer par tous les pharmaciens de son quartier, ce qui ne posait apparemment aucun problème.

Nicolas Bonnet

Bernard Gouget et moi-même sommes pharmaciens. Les pharmaciens libéraux et les officines de ville ne sont pas présents lors de ces rencontres, mais le réseau a développé de nombreuses formations de pharmaciens, dans le cadre de la formation médicale continue, autour des thématiques des différentes addictions. La problématique du mésusage des médicaments pourrait faire l'objet d'une formation, peut-être sous l'angle des complications, des souffrances sociales et psychiques qu'il entraîne. En tout cas, nous défendons la position du pharmacien et son rôle clé dans le système de soins, même s'il est souvent peu visible.

Dr Thierry Sainte-Marie

Nombreux sont les réseaux de santé qui essaient de favoriser les échanges multidisciplinaires, et notamment avec les pharmaciens.

Dr Luc Valy, centre hospitalier de Meaux

A Meaux, nous avons réalisé une information en tabacologie auprès des pharmaciens de ville et des pharmaciens hospitaliers. Les derniers étaient présents. Nous avons lancé 150 invitations aux pharmaciens de ville sur deux réunions, et nous n'avons eu que 20 participants.

Nicolas Bonnet

L'exercice libéral entraîne des contraintes très fortes, qui font que les gens ne se déplacent pas forcément. Je souhaite annoncer une journée qui va être réalisée le 20 octobre sur « risques professionnels, consommation de psychotropes et addictions en général », en partenariat avec la mission FIDES de l'Assistance publique.

Conclusion

Pascal Melihan-Cheinin, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé

Je souhaite tout d'abord remercier le RESPADD pour son invitation et le féliciter pour le choix du thème de cette année. En effet, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus d'un cinquième de la population française ; les plus de 75 ans représentent 7,7% et, selon les projections réalisées par l'Insee, en 2050, plus d'un quart de la population française aura plus de 65 ans, et la part des 75 ans et plus atteindra presque un cinquième de celle-ci.

Mais il n'est pas aisé de caractériser la population concernée. En effet, dans notre culture, c'est l'âge biologique et la sortie de la vie active qui définissent le plus souvent le statut des personnes âgées. Toutefois, ces critères appréhendent insuffisamment les capacités fonctionnelles, la perception subjective et les valeurs culturelles par lesquelles un individu est étiqueté ou se définit comme âgé, vieillard, ou senior.

Pour la santé publique, les personnes âgées regroupent des populations extrêmement différentes selon les objectifs visés. Le Plan « bien vieillir » s'adresse ainsi à des personnes dès 55 ans, à leur sortie de la vie active, dans une perspective de prévention primaire des risques liés au vieillissement. Le Plan « solidarité grand âge », quant à lui, vise plutôt des populations gériatriques dès 75 ans environ, caractérisées avant tout par un état de santé dégradé, l'apparition d'incapacités et le recours à des services spécialisés. Le programme « Vieillir en bonne santé », développé par l'INPES, vise des personnes dès 55 ans également, vivant à domicile, mais propose des interventions plus ciblées selon les besoins, en tenant compte de l'état de santé fonctionnel des personnes, de leur âge, de leur situation de vie, de leur situation professionnelle et de leurs relations sociales.

Quelles sont les grandes caractéristiques sanitaires de cette population ? A mesure que l'âge avance, cette population se caractérise par une représentation féminine dominante. La poly-pathologie est aussi conséquente chez les seniors, et ainsi les personnes âgées déclarent encore près de cinq maladies entre 65 et 79 ans, et près de cinq et demi au-delà de 80 ans. La conséquence de cette poly-pathologie, non exclusivement somatique, est une consommation de médicaments plus importante, voire une poly-médication, notamment les psychotropes dont l'alcool amplifie les effets.

Notre société vieillit et nous devons en tenir compte également dans le champ des addictions, aussi bien pour concevoir nos politiques de santé que pour la clinique et les interventions de prévention. La sous-détection et le sous-diagnostic des conduites addictives sont extrêmement répandus dans cette population, notamment en raison d'un manque d'outils de repérage et de critères diagnostiques valides pour les seniors. Y contribuent une sous-estimation des risques et une surestimation des bénéfices liés à ces comportements, avec une croyance en l'absence de gain sanitaire en cas de changement.

L'attitude des professionnels participe aussi à cette situation. Ainsi, en Irlande, il a été observé significativement que les médecins risquaient moins de conseiller leurs patients de plus de 65 ans de s'arrêter de fumer que les plus jeunes. On observe en France un déni général des conduites de consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées, qui s'explique en

partie par leur faible retentissement social. En effet, les conséquences de ces problèmes sont essentiellement individuels – isolement, maladie, atteinte de la qualité de vie.

Pourtant, les problèmes relatifs au mésusage de l'alcool sont fréquents chez les personnes âgées et associés à des problèmes de santé importants. Plusieurs sociétés savantes ou experts ont d'ailleurs établi des recommandations en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des problèmes associés à une consommation excessive ou inappropriée d'alcool chez les personnes âgées. On peut penser, par exemple, à la Société américaine de gériatrie qui recommande de consommer moins d'un verre d'alcool par jour, ce qui est assez éloigné des recommandations souvent diffusées à ce sujet. Ces recommandations pointent les effets délétères de l'alcool sur la santé physique, psychique et cognitive des personnes âgées, tout en soulignant les lacunes de la recherche épidémiologique sur le sujet ; sachant que les données discordent souvent dans les études existantes.

S'agissant de la prévention, le principal enjeu de ces recommandations est de prendre en compte la diversité et la complexité des situations de vieillesse et de vieillissement. La plupart d'entre elles ciblent des personnes âgées fragiles. Souvent pour des raisons méthodologiques, les études sont réalisées majoritairement auprès de populations institutionnalisées, et selon les thématiques, peu de preuves existent pour des personnes âgées autonomes vivant à domicile, même si la revue de la littérature effectuée dans le cadre du projet européen « Healthy Ageing » fournit des informations importantes sur les interventions à privilégier à destination de cette population.

Je n'exposerai pas ici toutes les conséquences sanitaires des pratiques addictives des personnes âgées, ce que d'autres feront ou ont déjà fait. La consommation d'alcool, surtout quotidienne, est plus répandue parmi les personnes âgées. La consommation quotidienne devient d'ailleurs même le mode de consommation majoritaire des plus de 55 ans. Ce même déni concerne également le tabac. Si une littérature scientifique sur l'aide à l'arrêt du tabac chez les personnes âgées existe depuis les années 1990 environ, elle est peu connue dans notre pays. On peut citer la revue internationale de pneumologie *Chest* qui a consacré un article en 1990 et, plus récemment, en avril 2007, rendant compte d'un essai thérapeutique chinois encourageant.

Il est vrai que nous manquons de données pour la France. En Ecosse, 30% des fumeurs de plus de 65 ans fument plus de vingt cigarettes par jour ; la proportion de ceux qui fument le cigare ou la pipe étant également plus élevée chez les seniors. Outre le poids de ses effets sur la santé bien connus, le tabagisme réduit particulièrement la qualité de vie des aînés. Il affecte notamment l'efficacité des traitements médicamenteux, en particulier ceux pour les maladies les plus répandues dans cette population. Certaines études montrent ainsi que fumer accélère le déclin intellectuel. En avance sur nous, les Ecossais ont d'ailleurs consacré la troisième phase de leur plan de santé publique sur le tabac et les inégalités de santé aux personnes âgées pour la période 2003-2006. Nous sommes donc encore loin, dans nos programmations de santé publique, d'intégrer plus systématiquement la population des seniors. S'agissant du jeu pathologique, nos aînés sont particulièrement vulnérables. Aux Etats-Unis, par exemple, 70% des plus de 65 ans jouent au casino et plus d'un sur dix serait à risque. Ici, les interactions avec les abus de substance, notamment l'alcool, sont également documentées.

En conclusion, ce constat nous invite à mieux prendre en compte l'évolution démographique de notre société et à intégrer plus systématiquement les personnes âgées dans nos programmations de santé publique non spécifiques, mais aussi dans vos pratiques de prise en charge et de prévention. Je signale que la Société française d'alcoologie, qui avait organisé deux journées sur ce thème en 2007, réunit actuellement un groupe de travail animé par le Professeur François Paille de Nancy, qui devrait proposer prochainement des recommandations pratiques. Nous devons donc nous féliciter du choix qu'a fait le réseau cette

année de choisir ce thème pour sa réunion annuelle. C'est un thème d'avenir compte tenu de l'évolution démographique de nos sociétés.

Anne Borgne

Je remercie Pascal Melihan-Cheinin de nous avoir fait le plaisir de conclure cette journée. Je remercie également l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs propos, ainsi que tous ceux ici présents, et l'équipe RESPADD pour la qualité de l'organisation de cette journée.

Fin des débats