

Accompagnement des résidents dépendants de l'alcool

Des structures adaptées et un suivi spécifique

En raison de la difficulté à encadrer les résidents présentant une dépendance à l'alcool, les EMS sont parfois réticents à les accueillir. Un suivi spécifique a été mis en place dans le canton de Vaud.

Texte: François Décaillet, Marie-Hélène Lerivray, Mathilde Chinet, Semanur Cengelli Hänni / **Photo:** Martin Glauser



En EMS, l'alcool est souvent lié à des moments de convivialité, mais en cas de consommation problématique, un encadrement spécifique s'impose.

par les médecins de famille et les médecins hospitaliers¹. Sur les 170 personnes âgées de plus de 65 ans qui arrivent aux urgences du CHUV chaque année dans un contexte d'alcoolisation aiguë, une partie ne pourra plus regagner son domicile.

Difficultés d'encadrement

Les personnes âgées en EMS, parce que c'est un lieu de vie, continuent de consommer de l'alcool. Si certains résidents diminuent spontanément leur consommation, d'autres continuent, parfois de manière excessive. Cela crée des difficultés d'encadrement pour le personnel de l'établissement. L'EMS, dans lequel le résident entre, est un lieu particulier. Il peut

être décrit comme la superposition de territoires, qui appartiennent à une ou plusieurs personnes et qui sont à la fois intimes et communs, privés et communautaires: territoires du médecin, de la direction, des soignants, de la logistique, de l'aumônier mais aussi du résident. L'alcool touche simultanément plusieurs de ces territoires. Définir un cadre ou une stratégie avec le résident dépendant

Lorsque la perspective de retour à domicile depuis l'hôpital n'est plus possible, les patients âgés de plus de 65 ans, souffrant d'une dépendance à l'alcool en attente d'un placement en EMS, ont un délai d'attente nettement prolongé, par manque de structures adaptées. Par ailleurs, les EMS non spécialisés dans ce type de prise en charge ont décrit le besoin d'être accompagnés par des professionnels qualifiés pour le suivi de ces patients. Pour répondre à cette double problématique, un nouveau suivi par le Service d'Alcoolologie du CHUV vient d'être mis en place, en collaboration

avec le BRIO du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) et la Gestion des flux patients du CHUV.

Un problème sous-évalué

A l'entrée en EMS ou durant le séjour hospitalier, les symptômes de dépendance à l'alcool chez la personne âgée ne sont pas toujours bien identifiés et les signes cliniques se confondent parfois avec d'autres pathologies du patient. En Suisse, 20% des résidents souffrent de problèmes d'alcool à leur entrée en EMS; le diagnostic d'abus de substance chez la personne âgée est sous-évalué

¹ Desbaillet M., Ebbing K., Giardini U., Kokler M.-C., Justiniano I., Mayemba M., Von Gunten A., Entourage des patients avec une pathologie mentale, Revue médicale Suisse, 2010, vol. 6, no244, pp. 770-773 [4 page(s) (article)] (10 ref.)

permettant une vie sereine dans cette communauté n'est pas toujours aisé pour le personnel soignant. Cette appréhension à gérer de telles situations peut engendrer une certaine réticence des EMS à accueillir les personnes âgées dépendantes à l'alcool.

Collaboration interinstitutionnelle

Des représentants des EMS, du CHUV, du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) et du Service de la Santé Publique (SSP), se réunissent régulièrement pour évaluer la fluidité et les obstacles à l'hébergement de nouveaux résidents en EMS. C'est à cette occasion qu'un double constat a été fait: la difficulté pour les EMS non spécialisés d'accueillir les personnes âgées dépendantes à l'alcool, et un délai d'attente de transfert en EMS nettement prolongé pour ces patients depuis l'hôpital. Forts de ces observations, les représentants du RSRL et du CHUV ont décidé de réunir les différents acteurs du parcours de soins de ces patients. Cette démarche qui pouvait sembler anodine au premier abord ne l'a pas vraiment été, car elle réunissait des interlocuteurs venant de milieux de soins hétérogènes, avec une culture, des missions et des présentations très variées. La collaboration s'est articulée autour de 4 objectifs:

- Evaluer systématiquement tout patient de plus de 65 ans, avec une problématique de dépendance d'alcool sans retour à domicile possible.
- Définir l'orientation du patient vers la meilleure structure partenaire: une institution spécialisée dans l'accueil et le traitement de personnes confron-

tées à des problèmes de dépendance, un appartement protégé ou un EMS.

- En EMS, assurer un suivi du patient par le Service d'Alcoologie.
- Permettre à ces patients d'être transférés de l'hôpital vers un EMS dans un délai raisonnable.

Pour répondre à ces différents objectifs, un processus de prise en charge a été défini. Ce dernier commence par l'identification du patient de plus de 65 ans, dépendant à l'alcool et dont le projet de retour à domicile n'est pas possible. Le médecin en charge du patient adresse une demande d'évaluation de la problématique de dépendance au médecin du

«En Suisse, 20% des résidents souffrent de problèmes d'alcool à leur entrée en EMS.»

Service d'Alcoologie (SA). Cette évaluation permettra avec l'équipe médicale en charge du patient d'orienter ce dernier vers la structure adaptée et de soutenir les équipes soignantes qui l'accueilleront.

Assurer un suivi

Le médecin du SA peut proposer deux types d'orientation selon la situation globale du patient: un séjour dans un établissement spécialisé via le Dispositif Cantonal d'Indication et de Soins en Addictologie (DCISA), avec l'objectif de viser soit l'abstinence, soit une consommation contrôlée de l'alcool. Cette orientation permettra au patient de vivre en communauté pour évaluer la possibilité d'un retour à domicile, ou d'un transfert en appartement protégé ou en EMS. Lorsque le projet en institution spécialisée n'est pas retenu en raison d'un retour à domicile clairement impossible, un transfert direct vers un EMS est alors envisagé. Dans cette situation, les objectifs sont de permettre la continuité du suivi alcoologique du patient par l'équipe d'alcoologie et de soutenir les équipes soignantes d'EMS pour poser un cadre de soin où la dépendance du patient et les exigences institutionnelles puissent coexister. L'équipe du SA propose alors un suivi ambulatoire du patient.

Cette démarche qui vient d'être mise en place fera l'objet d'une évaluation à un

Vignette clinique

Un accompagnement individualisé

M^{me} B. de 72 ans est connue pour une cirrhose hépatique d'origine éthylique avec cinq hospitalisations depuis le début de l'année en raison de décompensation cirrhotique avec encéphalopathie et anasarque sur consommation d'alcool. La patiente vit seule à domicile avec le passage régulier du CMS ainsi que de l'infirmière de psychiatrie du CMS. Après concertation avec la patiente, la famille et le réseau médical, il s'avère que la situation à domicile n'est plus envisageable. En effet, la patiente se met en grande difficulté pour sa santé de manière régulière; toute tentative d'un retour à domicile après une hospitalisation ou un séjour en institution spécialisée fut marquée par un échec. Dans ce contexte, la décision d'un PLAFI civil est prise. Néanmoins, la patiente accepte un suivi alcoologique qu'elle poursuivra lorsqu'elle rentrera en EMS. Avec ce suivi, différents aspects pourront être pris en compte: le soutien de la patiente dans cette nouvelle étape de vie et l'accompagnement de l'équipe soignante de l'EMS si elle rencontre des difficultés de comportement en lien avec la consommation d'alcool.

an et la définition d'indicateurs y contribuera. A l'heure actuelle, le bilan de ce travail met en évidence les nombreux bénéfices de la collaboration entre partenaires et le début d'un dialogue précieux. En relevant les difficultés des uns et des autres et en travaillant sur le processus complet de prise en charge du patient, cette démarche a permis de mettre en œuvre de nouvelles offres de prise en charge. Enfin, elle met en évidence combien la mise à disposition de compétences hospitalières spécialisées au service de la communauté et la collaboration en réseau permettent un bénéfice partagé. Cette démarche nous servira de modèle pour lever d'autres freins de transfert en EMS, afin que le patient soit le plus rapidement possible intégré dans la structure la mieux adaptée à ses besoins. ■

Les auteurs

François Décaillet, infirmier chef gestion des flux patients du CHUV.

Marie-Hélène Lerivray, infirmière responsable de la liaison hospitalière CHUV, Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)

Mathilde Chinet, responsable de projets, RSRL

Semanur Cengelli Hänni, cheffe de clinique adjointe, Service d'alcoologie du CHUV.

Contact: Francois.Decaillet@chuv.ch