



RESEAU FRIBOURGEOIS
DE SANTÉ MENTALE
FREIBURGER NETZWERK
FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT

DÉPENDANCES ET L'ÂGE QUI AVANCE

ÇA SE SOIGNE ?

Dr Franco Masdea MD/PharmD
Médecin directeur a.i.
Secteur de la personne âgée
Réseau Fribourgeois de Santé Mentale (RFSM)

15.05.2025



PLAN

1. **Introduction**
Présentation du sujet et des enjeux
2. **Épidémiologie et tendances**
Qui est touché ? Chiffres et évolutions
3. **Facteurs de risque et profils des patients**
Pourquoi certains seniors sont plus à risque ?
4. **Freins et défis dans la prise en charge**
5. **Approches thérapeutiques et solutions**
6. **Conclusion et recommandations**





1. Introduction

Les défis du vieillissement et de la dépendance



Transition de vie sensible

La transition entre 55 ans et l'âge avancé entraîne des bouleversements psychiques, physiques et socioprofessionnels



Passage à la retraite

Le passage à la retraite favorise l'installation ou l'aggravation de la dépendance



Prise en charge complexe

L'intrication des problèmes de santé exige des compétences et une coordination interdisciplinaire (addictologiques, psychiques, somatiques, psychosociaux)



Enjeux du vieillissement

Face au vieillissement de la population, il est essentiel de renforcer la prévention, d'adapter les structures de soins et d'améliorer l'accompagnement
(hosp, dom, ems,...)

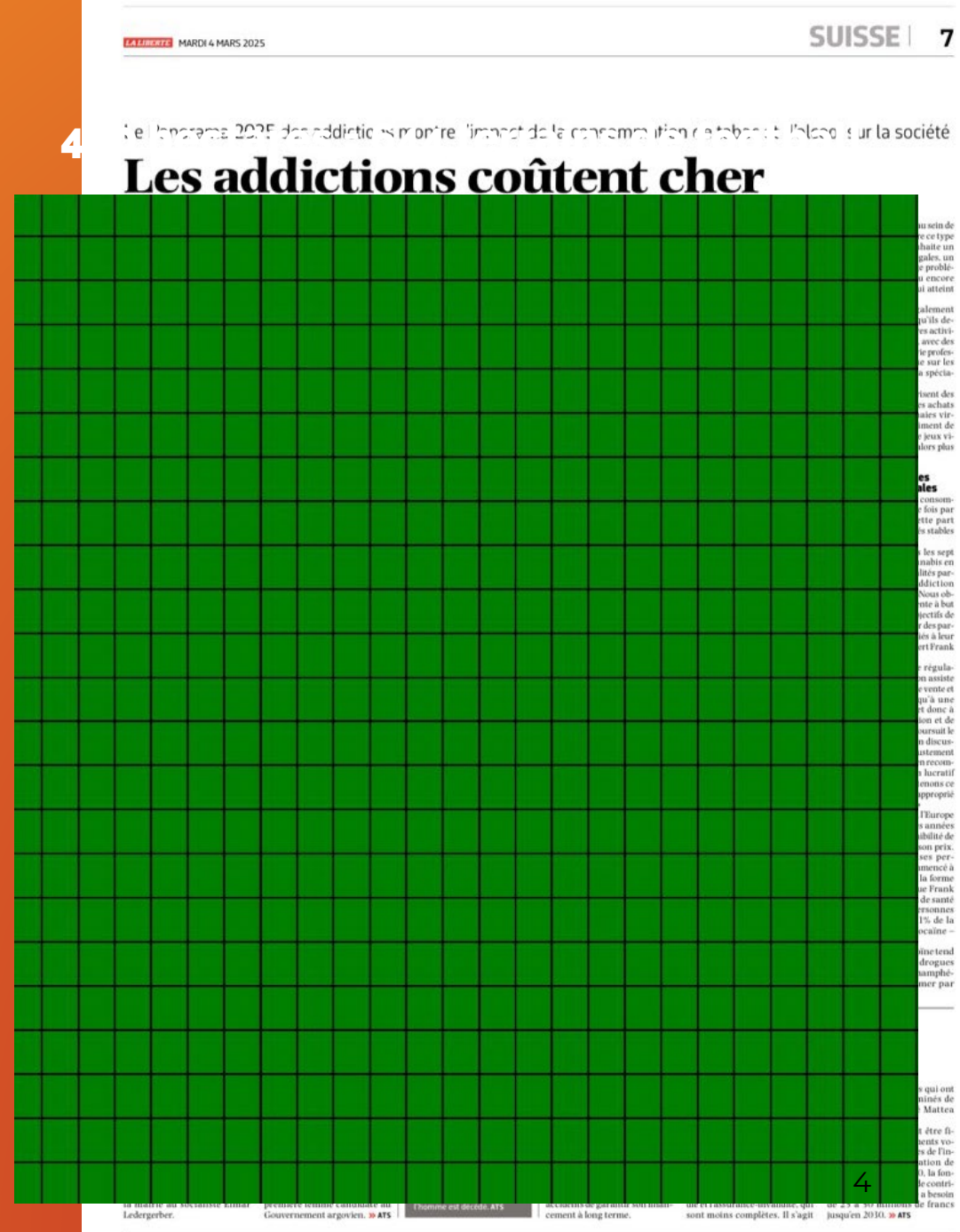
2. Épidémiologie et tendances

Le plaisir de **fumer** se paie au prix fort au plan de la santé : vieillissement prématuré et réduction de l'espérance de vie. En Suisse :

Plus de 9'000 décès sont attribués tous les ans au tabagisme...

9'000

- 460 hectares de tabac ont été cultivés en Suisse en 2020, dont 200 dans le canton de Fribourg
- 32.4% de la population est exposée une heure ou plus par semaine à la fumée passive
- 45% de fumeurs âgés souhaitent arrêter de fumer mais ont l'impression de ne pas être soutenu dans cette démarche





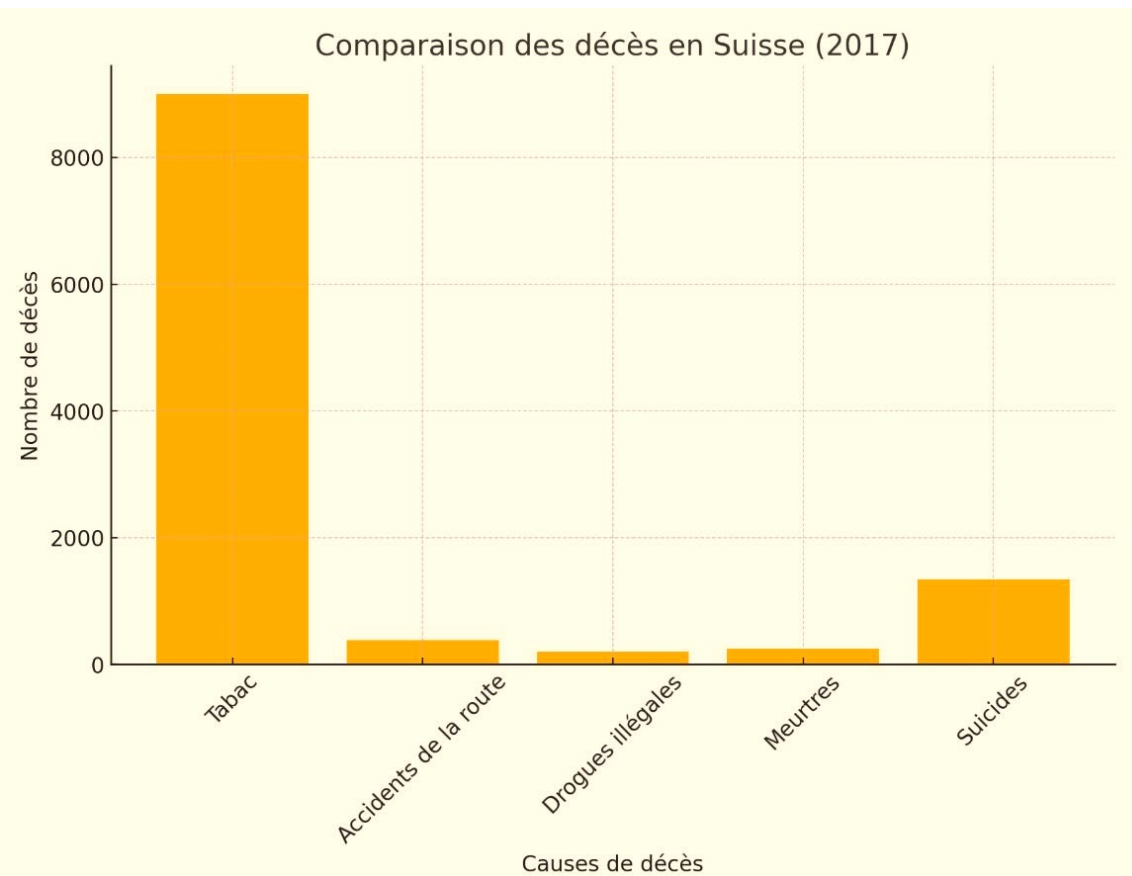
En 2017, le nombre de décès dus au tabagisme (9'000) était quatre fois supérieur au nombre total de décès dus aux accidents de la route (384), aux drogues illégales (193), aux meurtres (245) et aux suicides (1'340)



Le **coût** social du tabagisme en Suisse est estimé à quelques 10 milliards de francs par an (tabagisme passif non compris). Ce montant comprend les coûts liés à la consommation (traitements médicaux), les coûts indirects (pertes de production liées à l'absentéisme, aux incapacités de travail ou aux décès) et les coûts humains (perte de la qualité de vie)



Les **revenus** de l'impôt sur le tabac qui servent à financer l'AVS/AI représentaient 2,21 milliards de francs en 2020



10 000 000 000

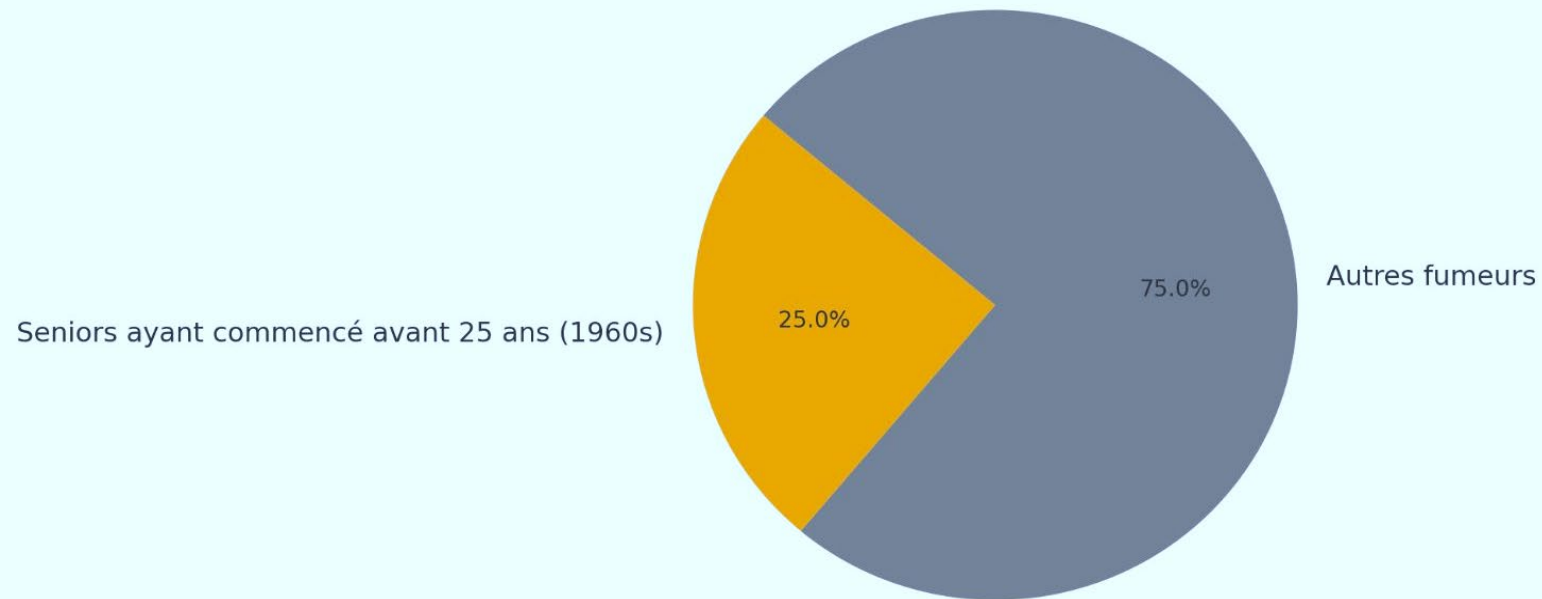
2 210 000 000

On estime que plus du quart des seniors ont commencé à fumer dans les années 1960, avant l'âge de 25 ans.

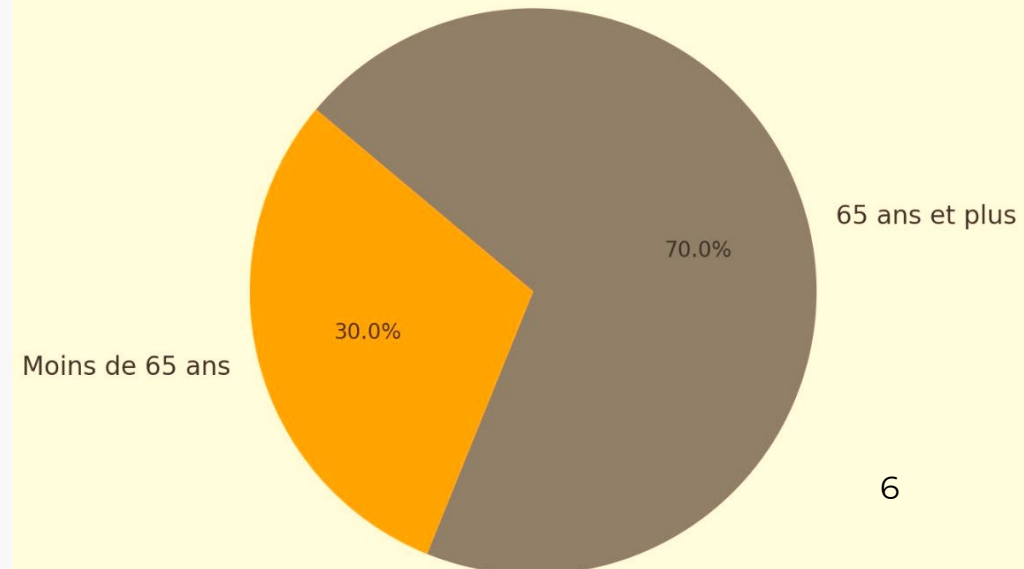
Conséquence : le tabagisme fait **plus de ravage chez les plus 60 ans** que chez les jeunes fumeurs à cause de ces longues années de consommation.

Aux USA, par exemple, sur près de 416 000 **morts** dus au tabac chaque année, **plus de 70% sont des personnes de plus de 65 ans**

Part des seniors ayant commencé à fumer avant 25 ans



Répartition des décès liés au tabac par âge (USA)



ACTION

Facteurs de risque

Facteurs protecteurs

Sexe masculin

Mariage

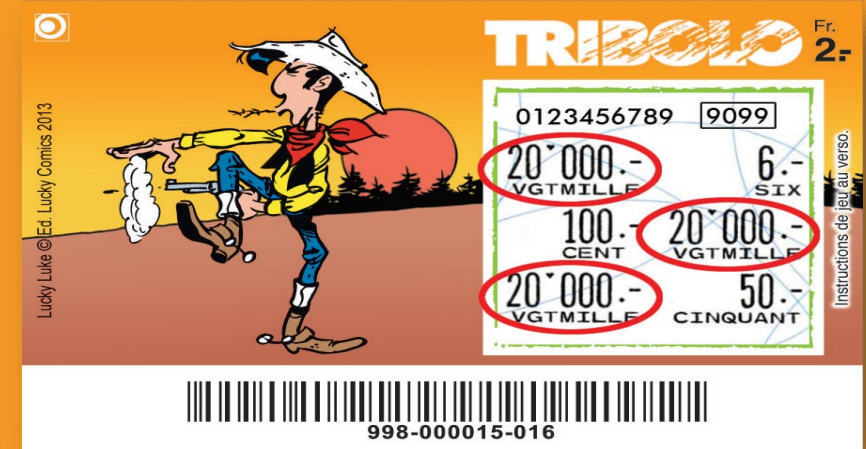
Passé de joueur

Réseau social développé

Consommation d'alcool

Activités variées

Niveau d'éducation élevé



Jeu Excessif (JE)

Il existe peu d'études spécifiques aux addictions de la personne âgée

Prévalence

La prévalence du JE est estimée entre 1 et 4% dans les pays industrialisés.

Les (rares) études existantes ne permettent pas d'affirmer que l'incidence du JE serait plus élevée chez les personnes âgées (0.3%)

Comorbidités fréquentes

- Consommation et dépendance à l'alcool
- Troubles psychiatriques (épisode dépressif majeur, trouble anxieux généralisé, TOC, trouble bipolaire, trouble de la personnalité de type évitant)

Suicidalité



Selon une étude canadienne, le nombre de passages à l'acte serait 3.4 fois plus élevé chez les joueurs excessifs. Une étude, également réalisée au Canada, a montré que le JE était présent dans 5% des décès par suicide. Quant aux personnes âgées, connues pour être une classe d'âge présentant un taux de suicide élevé, 1 personne sur 6 consulte un centre spécialisé afin de prévenir un passage à l'acte.

Stupéfiants

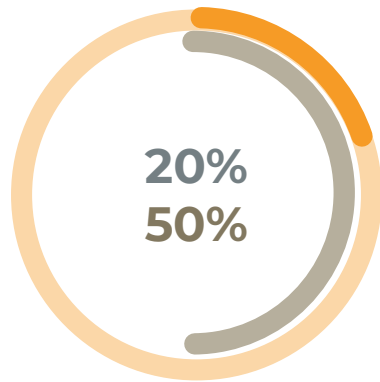
L'abus de narcotiques est très rare et touche surtout de «vieux» toxicomanes



Catégorie	Informations clés
Consommateurs principaux	Jeunes adultes, parfois au-delà de la quarantaine
Toxicomanes âgés	Surtout des quinquagénaires, rarissimes après 65 ans
Produits consommés	Héroïne, cocaïne, cannabis (ce dernier utilisé comme antalgique)
Prévalence chez les seniors	Très basse (<0,1% selon DSM IV), mortalité élevée
Cas rares	Essentiellement liés à un mésusage de médicaments

Médicaments

Quelques chiffres :



Population de notre pays

20% > 65 ans

Près de 50% des dépenses
médicamenteuses



Consommation

80 % des seniors prennent
au moins un médicament

20 à 40% de psychotropes

30% de benzodiazépine



Hospitalisations dues aux effets indésirables médicamenteux

< 65 ans : 5%

65-80 ans : 10%

> 80 ans : 25%

Effets latéraux des psychotropes les plus à craindre dans cette population



La sédation



La confusion



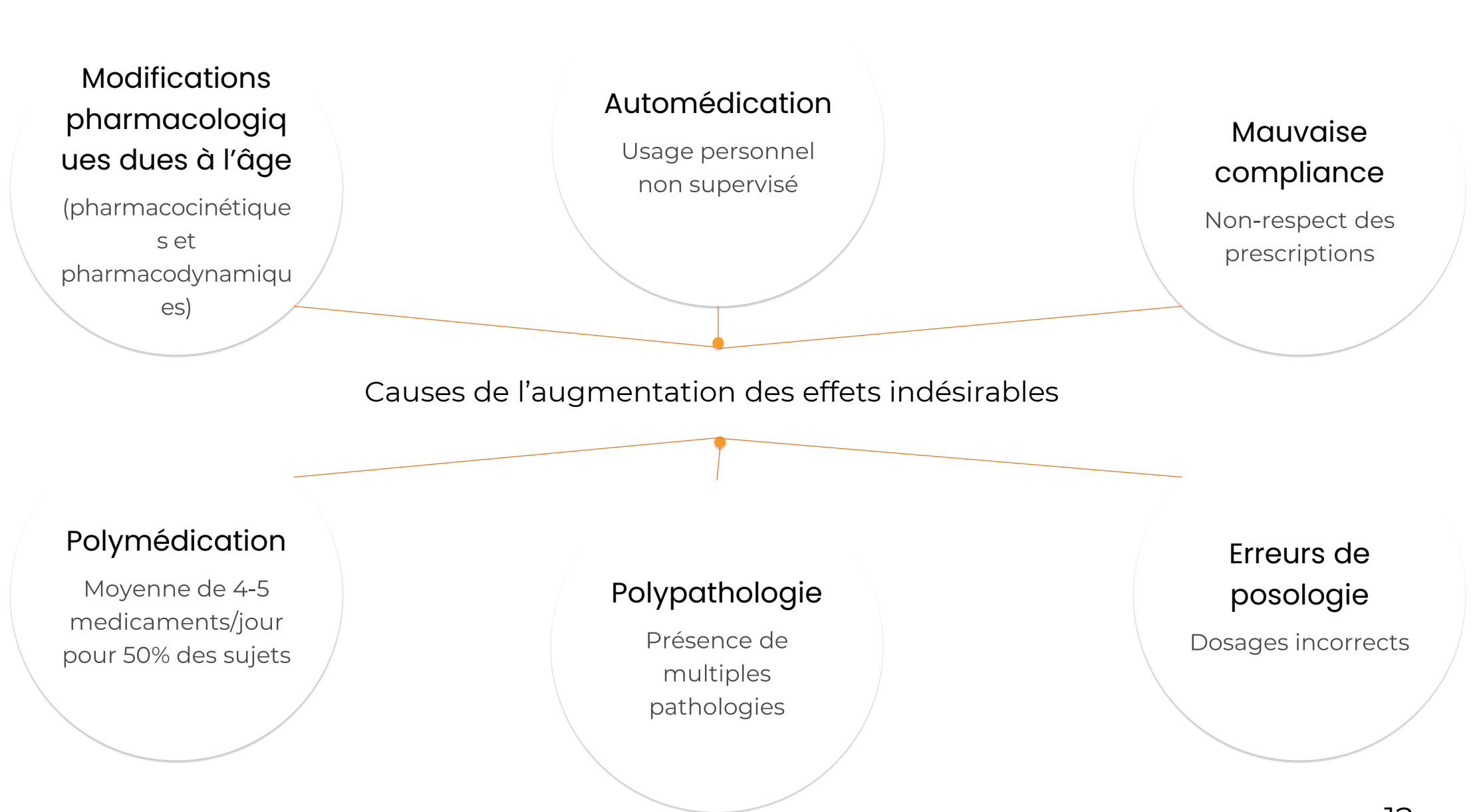
**Les effets
cardiovasculaires**



**Les syndromes
parkinsoniens**



**L'impact cognitif
négatif**



Règles générales

Pour la prescription des psychotropes chez l'âge

Précautions supplémentaires
Limiter les effets indésirables dès le choix du traitement

Moyens non-médicamenteux
Les chercher systématiquement pour la prise en charge

Diagnostics et comorbidités
Prendre en compte les troubles associés



Examen somatique
Détecter les syndromes gériatriques récurrents

Bilan bénéfice-risque
Évaluer chaque prescription et chercher les interactions médicamenteuses

Voie d'élimination
Adapter la posologie en cas d'insuffisance rénale ou hépatique

Maniement des médicaments chez la personne âgée

Questions essentielles (**qu'on ne se pose plus?**) avant de débuter un traitement



Le médicament est-il vraiment **nécessaire** ?

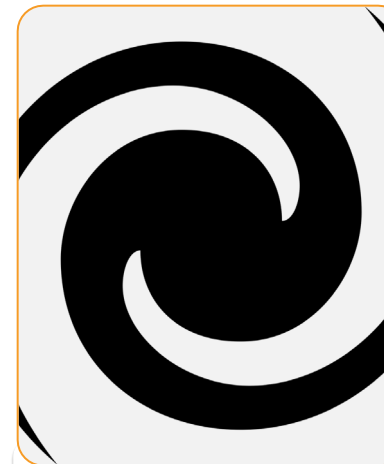


Le **bénéfice** thérapeutique est-il certain ?

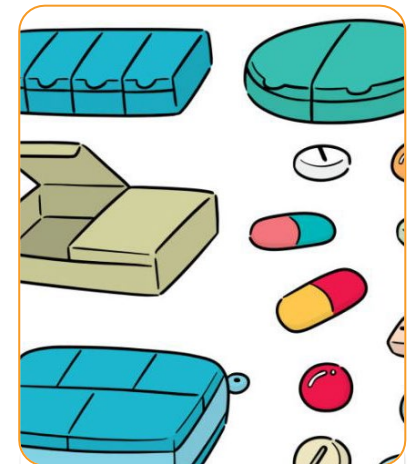


La **posologie** est-elle adaptée ? *

Ajuster (1/4 de la dose à 80 ans, 1/8 de la dose à 90 ans)



Y a-t-il un risque d'**effet indésirable** ?



Dispose-t-on d'une information sur **l'ensemble des médicaments** pris ?

S'assurer d'avoir une vue complète sur les prescriptions

* Le compendium ne donne pas toujours les posologies pour la personne âgée, des conseils de modification de posologie ont été proposés

Classes de médicaments et dépendances

Benzodiazépines (BZD)

Statistiques : Représentent 30 % des prescriptions chez les sujets âgés.

Problèmes associés : Demi-vie augmentée (50 à 100 % entre 30 et 70 ans) → Effets centraux accrus : Sédation, confusion, troubles de mémorisation.

Effets indésirables à surveiller :

- Somnolence diurne résiduelle (**demi-vie longue**).
- Hypotension orthostatique → Chutes et fractures.
- Impact cognitif (amnésie antérograde).
- Agressivité paradoxale.

Risques de mésusage : **dépendance**, syndrome de rebond/sevrage.

Anxylitiques/somnifères

Antihistaminiques H1

Exemple : Hydroxyzine.

Caractéristiques :

- Moins anxiolytique, **accoutumance**.
- Sédatifs, effet anticholinergique à dose élevée (> 100 mg/j).



Clométhiazole

Propriétés :

- Sédatif, hypnotique, myorelaxant, anticonvulsivant.
- **Accoutumance**, utilisation ++ dans l'ECA.
- Pas d'élimination rénale

Hypnotiques non benzodiazépiniques

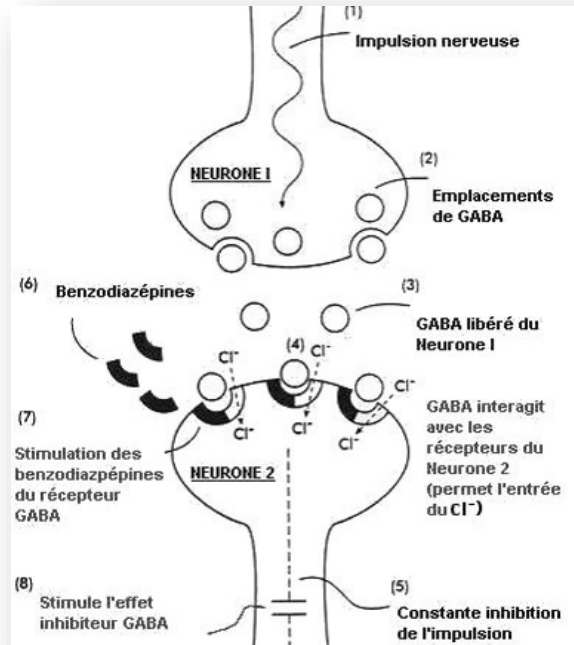
Exemples : Zolpidem, Zopiclone.

Recommandations : cf bzd

Précautions : **Limiter chez les patients âgés** (chutes, confusion, hallucinose, dépendance, sédation diurne).

Autres : Phytothérapie (Val), Mélatonine, Daridorexant, AD «sédatifs»

Pharmacologie et caractéristiques des Benzodiazépines (BZD)



Action via le système GABAergique :

- Système en synapses diffus, le plus présent dans le SNC, y compris médullaire
- Message inhibiteur → Effet calmant sur les systèmes adrénergique, sérotoninergique

Agonistes : Les BZD activent ce système

Antagoniste : Flumazénil (Anexate), utilisé en cas d'intoxication aux BZD

- Tranquillisant, anxiolytique
- Hypnotique
- Myorelaxant
- Antiépileptique
- Amnésiant

Métabolisme via les cytochromes P450 et glucuronidation

En cas d'insuffisance rénale (IR) :

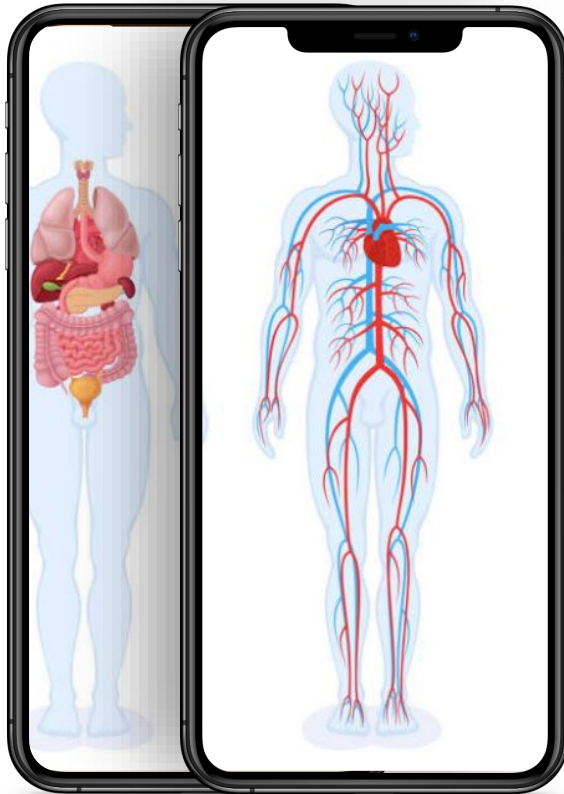
- Élimination réduite
- Accumulation des métabolites actifs

Pharmacologie des BZD

Activités des BZD

Métabolisme hépatique

Pharmacologie et caractéristiques des Benzodiazépines (BZD) suite



Effets indésirables principaux

- Risque de pharmacodépendance
- Somnolence
- Hypotonie musculaire
- Sensation ébrieuse
- Amnésie antérograde
- Réactions paradoxales (irritabilité, agressivité, excitation)
- Eruptions cutanées, avec ou sans prurit



Contre-indications

- Allergie aux BZ
- Insuffisance respiratoire sévère
- Myasthénie



Sevrage

- Problèmes mineurs : irritabilité, anxiété, myalgies
- Problèmes majeurs : convulsions, état de mal myoclonique avec état confusionnel



🍷 Au risque de consommation concomitante d'alcool

Alcool

En Suisse : 1 personne sur 5 consomme de l'alcool à risque

CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES SENIORS

35 % des plus de 65 ans consomment
de l'alcool quotidiennement

Depuis 1992, baisse de la
consommation **sauf** chez les
seniors

D'ici 2050, +70 % de seniors →
impact sur le système de santé

Alcoolodépendance et transition vers l'âge avancé



FACTEURS AGGRAVANTS



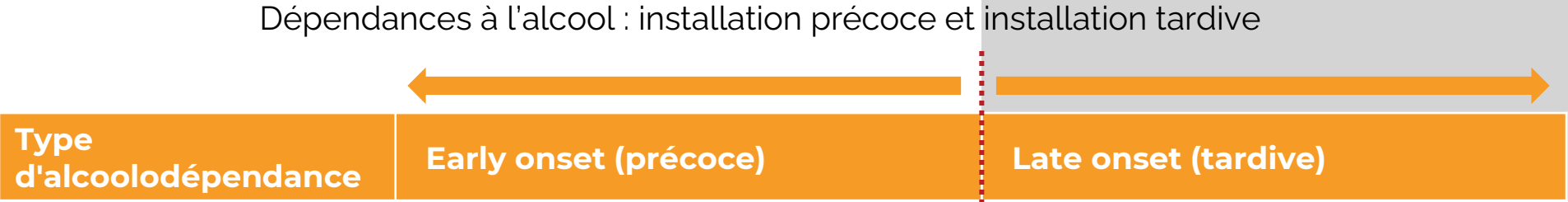
Perte de repères sociaux et
professionnels



Solitude et isolement



Transition vers la retraite
La fin de l'activité
professionnelle est une
période de grande
vulnérabilité



Retraite

3. Facteurs de risque et profils des patients

Impacts sociaux, physiques et psychologiques

VULNÉRABILITÉ PSYCHOSOCIALE

- Isolement social et perte des liens familiaux
- Augmentation des divorces et des migrations de retraite
- Perte du cadre professionnel -> crise identitaire
- Deuil, solitude, désengagement familial

CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

- Dégradation de la santé physique
- Dénutrition et vieillissement accéléré
- Risques neuropsychiatriques (troubles cognitifs, chutes, etc.)
- Polymédication / effets secondaires et hospitalisations plus fréquentes
- Troubles cognitifs compliquant le suivi thérapeutique
- Dépression et troubles du sommeil
- Présence fréquente de comorbidités psychiatriques pouvant être sévères



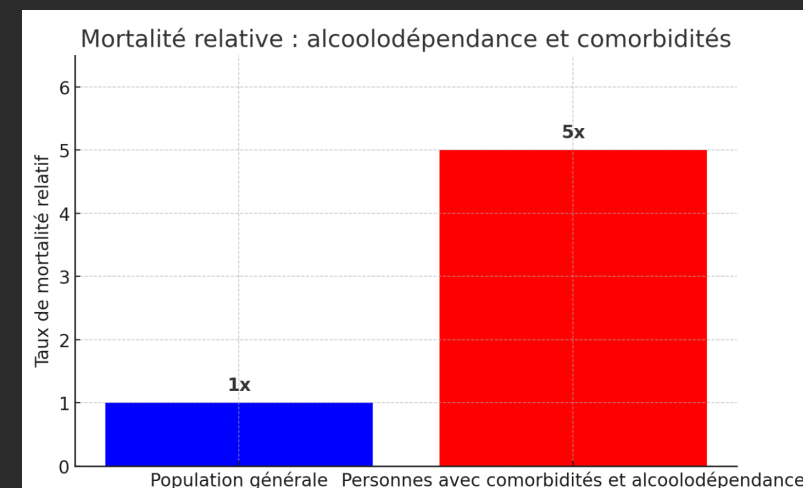
La substance est utilisée comme refuge émotionnel



Impact global sur la santé et la longévité

Baisse significative de la qualité de vie

Augmentation de la mortalité
(4 à 6 fois plus élevée que la moyenne)



4. Freins et défis dans la prise en charge

Avec l'âge, les troubles cognitifs peuvent compliquer l'introspection et rendre le changement des habitudes plus difficile

Détection insuffisante

- Problème sous-estimé par les professionnels de santé
- Peu de dépistage ciblé pour cette population
- Difficulté à identifier les personnes concernées (dénî, tabou social)

Manque de structures adaptées

- Trop âgés pour les centres d'addictologie classiques mais trop dépendants pour être acceptés en EMS → besoin de plus d'établissements adaptés
- Les EMS ne disposent pas d'assez des ressources pour gérer la dépendance

Difficultés d'accompagnement

Proches dépassés, isolement, autonomie limitée (mobilité réduite)





Equilibre entre autonomie
et protection



Tension entre besoins
médicaux et souhaits du
patient

Discussions éternelles

- Abstinence totale
- Réduction des risques : consommation contrôlée
- Compromis entre médication vs chutes, etc...

Défis

Déterminer une approche réaliste en
fonction des capacités du patient

Importance de l'adaptation aux besoins
individuels

Défis éthiques

Dilemmes éthiques dans la prise en charge



5. Approches thérapeutiques et solutions

Une prise en charge efficace repose sur trois axes complémentaires :

- 1) La prévention et le dépistage 2) Des traitements adaptés 3) Une organisation optimisée des soins

Solutions et pistes d'amélioration pour mieux accompagner ces patients



Création de programmes
spécialisés pour seniors
dépendants



Sensibilisation et formation
des professionnels de santé
-> transfert de compétences



Mise en place d'un suivi de
structures adaptées (de doter les
établissements médico-sociaux de
directives et y favoriser les
dispositifs de liaison

Une approche pluridisciplinaire et préventive est essentielle pour mieux prendre en charge ces patients vulnérables
Nécessité de développer des offres adaptées pour ces patients

6. Conclusion et recommandations



Un enjeu de santé publique

La dépendance reste élevée chez les seniors
Les rechutes sont fréquentes, les chutes sont
fréquentes...

Déni, anosognosie de la gravité des consommations

Recommandations pour une meilleure prise en charge

- Collaboration entre soignants, patients et famille
- Adapter les objectifs à l'état de santé
- Développer des approches ciblées
- Intégration des services spécialisés



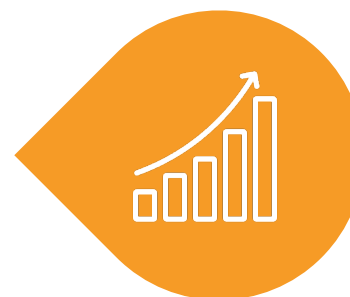


Constat et enjeux

- La dépendance est forte chez les seniors
- Les multiples pertes de repère sont des facteurs de risque (retraite, deuil, autonomie, cognition, etc..)
- Manque de reconnaissance et de prises en charge adaptées
- Accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire efficace

Une approche holistique et intégrée

- Médical : traitement des effets physiques et psychologiques
- Accompagnement psychologique : gestion des émotions, poursuites thérapies d'antan
- Contexte social : soutien familial, isolement, lien avec les services sociaux
- Environnement de vie : chambre, qualité de vie, intégration EMS
- Formation des professionnels : meilleure détection et suivi adapté



Cette évolution met en lumière les défis et les avancées réalisés dans la prise en charge des seniors dépendants. Une approche intégrée et proactive reste essentielle pour mieux répondre aux besoins croissants

Lien

Etat des lieux : « Problèmes d'addiction chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg »

Rapport du Service du Médecin Cantonal



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

L'égalité des chances est un objectif essentiel des politiques de santé. Elle vise à assurer à toutes et tous les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé.

Or, durant les dernières décennies, les addictions chez les personnes âgées ont été sous-traitées, parfois banalisées ou tabouisées.

Ce constat est reconnu au niveau national et le temps est aujourd'hui venu d'adapter notre politique cantonale en la matière.

Le présent état des lieux fribourgeois montre que 11,6 % des personnes de plus de 65 ans au bénéfice d'une aide des soins à domicile ou résidant dans un EMS souffrent d'une addiction sévère, le plus souvent à l'alcool, mais aussi au tabac et aux médicaments. Les personnes consommant des drogues illégales deviennent elles aussi de plus en plus âgées et ont aujourd'hui des besoins propres.

Les addictions peuvent avoir des conséquences importantes tant du point de vue cognitif, somatique, psychique qu'en terme de mobilité. **Dans le canton de Fribourg, environ 600 personnes âgées souffrant d'addictions nécessitent aujourd'hui une prise en charge conséquente.**

Background

Une étude transversale a été conduite dans les EMS et dans les services de soins à domicile du Canton de Fribourg avec l'objectif d'identifier :

Méthode : Enquête transversale sous forme de questionnaires envoyés dans 29 EMS et les services de soins à domiciles du canton de Fribourg. 3 relances durant l'année 2023

Alcoolodépendance
et âge avancé

1

Combien de résidents ont un problème d'alcoolodépendance ou de consommation à risque



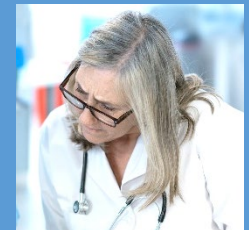
2

Quels sont les traitements proposés



3

Quels sont les besoins du personnel de santé en matière de formation et de dépistage





PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLODÉPENDANCE DANS LES INSTITUTIONS POUR PERSONNES ÂGÉES

La consommation excessive d'alcool en Suisse concerne près d'une personne sur cinq, alors que l'ivresse ponctuelle concerne majoritairement les jeunes. La consommation quotidienne montre une augmentation marquée avec l'âge, atteignant 35% des 65 ans et plus.

Durant les vingt dernières années, la Suisse a vu baisser la consommation quotidienne d'alcool dans toutes les tranches d'âge sauf chez les 55-74 ans.

Dans le canton de Fribourg, 11.6% des 65 ans et plus qui bénéficient du SASD ou résident dans un établissement médico-social d'hébergement (EMS) souffrent d'une addiction sévère, le plus souvent l'alcool.

L'accroissement prévu de la population âgée de 70% entre 2018 et 2050 dans le canton de Fribourg rend cette problématique d'autant plus actuelle.

Peu d'études actuelles traitent du devenir des seniors en institution avec une problématique alcoolique.

Cette étude, sous forme de questionnaire ciblé, est conçue pour identifier plus précisément les besoins en matière de soins thérapeutiques en EMS, afin de préserver la santé physique et mentale des résidents.

L'objectif est d'utiliser un questionnaire d'évaluation pour mesurer les besoins de prise en charge des personnes âgées alcoolodépendantes en EMS

Nous vous garantissons de traiter la récolte des données de manière anonyme.

Pour toutes questions éventuelles vous pouvez me joindre au n° suivant : +41 26 308 04 85 ou par email à franco.masdea@rfsm.ch



Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et de votre retour d'ici au 30.09.2023 à l'adresse email suivante : franco.masdea@rfsm.ch

QUESTIONNAIRE CONSULTATION-LIAISON

Informations générales sur l'organisation de la liaison	Pas du tout	Moyennement	En grande partie	Entièrement	Non concernés
Satisfaction de l'encadrement par le médecin psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explications des changements de médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Application de ces recommandations par l'équipe soignante de l'EMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution (plus-value) des connaissances et compétences de la liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte des besoins de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilisation du résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidence sur la baisse des hospitalisations et/ou demande de liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction quant à la collaboration avec le médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction des familles ou répondants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction quant aux modalités de la convention RFSM/EMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction quant à la fréquence de la liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfaction quant à la transmission des documents médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution des troubles du comportement en lien avec la liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informations plus spécifiques concernant la problématique « alcool » dans le cadre de la liaison

<p>Nombre de résidents OH avec</p>	<p>Nombre homme(s) <input type="text"/> Nombre femme(s) <input type="text"/> Âge moyen <input type="text"/></p> <p>dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Consommation récréative Nombre homme(s) <input type="text"/> Nombre femme(s) <input type="text"/> Âge moyen <input type="text"/> – Consommation nocive Nombre homme(s) <input type="text"/> Nombre femme(s) <input type="text"/> Âge moyen <input type="text"/> – Consommation de type dépendance Nombre homme(s) <input type="text"/> Nombre femme(s) <input type="text"/> Âge moyen <input type="text"/>
<p>L'alcool est-il en libre accès dans votre établissement pour l'ensemble des résidents ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Remarque(s) <input type="text"/></p>
<p>Contrôles usuels en lien avec l'alcool dans l'institution</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Utilisez-vous des scores de sevrage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : lesquels ? <input type="text"/> – Y a-t-il une médication spécifique donnée sur place ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : laquelle ? <input type="text"/> – Y a-t-il des contrôles des quantités consommées ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Connaissances OH dans l'institution	<p>– Personnel formé spécifiquement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, quel pourcentage ? <input type="text"/></p> <p>– Personnes références OH dans les soins ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Personnes formées à l'entretien motivationnel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Soutien externe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
Besoins spécifiques OH	<p>Si besoin d'un soutien externe :</p> <p>– Médecin généraliste <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Service d'alcoologie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Psychiatrie de liaison <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Autre institution (ex. Le Torry) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>– Autres besoins, si oui, lesquels <input type="text"/></p>
Est-ce que l'attitude à l'alcool est identique pour tous les résidents ?	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Remarque(s) <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
Y a-t-il un règlement institutionnel général valable pour l'ensemble des résidents ?	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
La prise en charge est-elle personnalisée en fonction des besoins du résident ?	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

La consommation d'alcool est-elle un frein à l'admission du patient ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Existe-t-il une tolérance individualisée par rapport à la consommation d'alcool (consommation contrôlée, par exemple) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des remarques ?	



ALCOHOL ADDICTION TREATMENTS FOR HOME RESIDENT IN SWITZERLAND

REVIEW AND RESULTS OF A TRANSECTIONAL STUDY | MD F.Masdea, J Robatel, Prof I Gothuey

Background

In Switzerland, alcohol consumption is even decreasing, with an exception for old people after retirement. 35% of them have a heavy or addictive consumption¹. This is also the case for home residents. The alcohol consumption by old people has negatives consequences on the health (falls, fractures, cognitives disorders).

Prevention and alcohol intervention for old people are existing (brief intervention, motivational interviewing²) and have efficacy, but often are not promoted by establishment's policies³. There is also misbelief by the staff, for cutting the last pleasure and freedom for home residents. Finally there is some ethical tension between promoting the resident's autonomy and the needs of protection⁴. After this review, the authors conduct a cross-sectional enquiry in the homes of Fribourg area to identify addictive behaviour and different existing supports.

Objectives

- Identify how much home-residents have a problematic or an addictive alcohol problem
- Identify if there is existing support
- Highlighting the training need for the staff

Methods

Cross-sectional enquiry was sent in 29 Homes of the Fribourg area, with 3 relances. Data's analysis are conducted with mean, median, percentage.

Conclusion

Nursing home residents in the Fribourg area are not eligible for specialized addictive care. The enquiry results are astonishing: no need of specialized training, authorization of continuous drinking in the different homes, while the literature points the effectiveness of motivational interviewing or controlled approaches by old people with addictive disorders. Further studies are needed, ethical consideration on the management of alcohol addiction in the elderly and staff information should be proposed.

Results

The preliminary result will be completed at the end of 2023:

- 1 Every home identify at least 4-5 residents with a problematic alcohol consumption (N=235).
- 2 Most of them, the staff have no specific addictive training and no needs for it.
- 3 The staff authorize alcohol consumption in the home, to avoid alcohol withdrawal.
- 4 The psychiatric consultant in the home can help the staff to manage the counter-attitudes.
- 5 Home residents are not eligible for specialized addictive care, even if this population generally respond well to motivational interviewing or controlled consumption. The lack of staff training could be an hypothesis. The lack of interest in the negatives consequences of alcohol on the health of people at the end of their lives is another hypothesis.

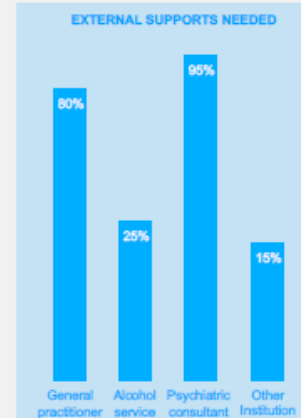
OH Residents N = 235	Recreational consumption N = 169 (71%)	Noctive consumption N = 10	Addiction N = 21
♂ 114 48%	♂ 74 43%	♂ 17 85%	♂ 21 88%
♀ 121 52%	♀ 95 57%	♀ 3 15%	♀ 3 12%
Average age 78.97	Average age 82.95	Average age 79.83	Average age 74.3

20 home resident reply to the enquiry (return's rate = 69%), 235 residents are identified with an alcohol problem, men (114) and women (121). The average age is 79. On 235 residents, - 169 were recreational drinkers, 74 men and 95 women with an average age of 83. - 20 had harmful consumption (17 men, 3 women), average age 81 - 25 had been diagnosed as dependent (21 men, 3 women, average age 75).

ALCOHOL HANDLING KNOWLEDGE IN THE INSTITUTION		YES	NO
External support?		40%	60%
Persons trained in motivational interviewing?		10%	90%
Designated OH reference persons in care?			100%
Specifically trained personnel?		10%	90%

Is there individualized tolerance regarding alcohol consumption (e.g. controlled consumption)?	90%
Does alcohol consumption hinder a patient's admission?	5%
Is care personalized according to the resident's needs?	100%
Is there a general institutional policy applicable to all residents?	30%

Disclosure of Interest: None Declared | **Bibliography:** OFSP, consommation d'alcool en Suisse, fait et chiffres. 01.2023 | Emiliussen J, Andersen K, Nielsen AS. How do family pressure, health and ambivalence factor into entering alcohol treatment? | Experiences of people aged 60 and older with alcohol use disorder. Nord Alkohol- Nark NAT. févr 2017;34(1):28-42. | Johannessen A, Tevik K, Engedal K, Helvik AS. Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. Nord Alkohol- Nark NAT. avr 2021;38(2):161-74 | Grossi A, Holmes A, Ibrahim JE. Use of Alcohol in Long Term Care Settings: A Comparative Analysis of Personal Choice, Public Health Advice and the Law. J Am Med Dir Assoc. janv 2021;22(1):9-14.e1.



Psychiatric consultant and GP are identified as the only external support needed. In institutions, the usual alcohol-related tests may be: -withdrawal scores - specific medication given on the premises or -checks on quantities consumed.

Alcohol is freely available in 13 EMS, compared with 7 where it is not. When it is not freely available, it may be accessible. - on request, - on a registration list, - managed by the care team, in accordance with the instructions given by the family and the resident on admission.

Résultats

Chaque EMS héberge
4 à 5 résidents, avec
un problème d'alcool
(N=235)

En majorité le staff ne ressent pas le besoin de formation
complémentaire dans le domaine.

La plupart du temps, la consommation d'alcool est autorisée dans
les EMS pour éviter les complications en lien avec sevrage, refus,
etc...

Les résidents des EMS ne sont pas incités à suivre un traitement
contre la dépendance à l'alcool.

Les résultats concernant les services de soins à domicile sont en
cours d'analyse, mais déjà quelques points peuvent être
mentionnés (cf slide suivant).

Alcool -
dépendance
et âge avancé

Results

The preliminary result will be
completed at the end of 2023:

1

Every home identify at least 4-5
residents with a problematic
alcohol consumption (N=235).

2

Most of them, the staff have no
specific addictive training and
no needs for it.

3

The staff authorize alcohol
consumption in the home,
to avoid alcohol withdrawal.

4

The psychiatric consultant in
the home can help the staff to
manage the counter-attitudes.

5

Home residents are not eligible
for specialized addictive care,
even if this population generally
respond well to motivational
interviewing or controlled
consumption. The lack of staff
training could be an hypothesis.
The lack of interest in the
negatives consequences of
alcohol on the health of people
at the end of their lives is
another hypothesis.

Pour les soins à domicile



IDENTIFICATION DES PATIENTS

Il est beaucoup plus complexe d'identifier le nombre et le genre de patients qui consomment.

Alcool -
dépendance
et âge avancé



COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

Les intervenants sont nombreux et différents ce qui altère la coordination.

Ils ne travaillent pas uniquement avec des psychiatres mais aussi régulièrement avec des médecins généralistes, ce qui demande des capacités d'adaptation en fonction des prises en charge souhaitées par le prescripteur (grandes) différences entre :

- collègues internistes ET
- entre internistes et psychiatres ET
- entre psychiatres.



RESSOURCES LIMITÉES

En général, peu de ressources supplémentaires pour les patients OH.



AUTRES DIFFICULTÉS MISES EN AVANT

Les consommations restent difficilement quantifiables pour les patients car ils sont autonomes dans la gestion des achats et des sorties.

Les visites à domicile sont complexes en lien avec les risques encourus, la fragilité psychique et somatique des patients, la « pression » de l'entourage, les a priori de certains soignants, la peur du patient alcoolique, etc...

Conclusion



Absence d'encouragement au traitement

Ces personnes ne sont pas encouragées à suivre un traitement pour ce problème



Tolérance à la consommation

Il existe une tolérance à la consommation d'alcool dans les lieux d'hébergement de longues durées, les problèmes de santé plus aigus sont considérés au premier chef



Mal information du personnel de santé

Le personnel de santé de première ligne est mal informé des possibilités de traitement, et n'en voit pas la pertinence



Les résultats préliminaires révèlent plusieurs constats concernant les personnes âgées alcoolodépendantes ou présentant une consommation d'alcool à risque :



Merci de votre attention