

UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL
MEDECIN COORDINATEUR D'EHPAD

FAUT-IL INTERDIRE L'ALCOOL EN EHPAD ?

Auteurs :
Docteur François COLLOMP
Docteur Claude RABATEL

DIU MEDECIN COORDONATEUR D'EHPAD

Directeur de mémoire : Professeur Anne-Sophie RIGAUD

Année universitaire 2007/2008

REMERCIEMENTS

Au professeur Anne-Sophie RIGAUD

Pour sa gentillesse et sa disponibilité tout au long de cette année d'enseignement.

Au professeur Christian HERVE

Pour nous avoir octroyé de son temps et fait bénéficiaire de sa sagesse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	page 4
1 CONTEXTE LEGISLATIF	page 5
2 PROBLEMATIQUE	page 7
2.1 Problème diagnostique.....	page 7
2.2 Problème éthique	page 9
3 ANALYSE DE LA SITUATION	page 10
3.1 Une vision « sanitaire »	page 10
3.2 Une vision « médico-sociale »	page 11
3.3 La mesure des écarts	page 12
4 METHODOLOGIE DE RESOLUTION	page 13
4.1 Les moyens du diagnostic	page 13
4.2 Le projet de prise en charge	page 14
4.3 Le point de vue éthique	page 16
CONCLUSION	page 17
ANNEXES	page 18
BIBLIOGRAPHIE	page 22

INTRODUCTION

L'image d'un papy ou d'une mamie « éméchée » peut prêter à sourire mais l'alcoolisation d'une personne âgée représente pourtant un véritable **problème de santé publique** en raison de plusieurs facteurs ;

- le dépistage est plus difficile et l'alcoolisation d'un senior est parfois difficile à mettre en évidence
- la personne âgée consomme beaucoup plus de médicaments et l'interaction de l'alcool avec certaines classes thérapeutiques (par exemple les benzodiazépines) est bien connue en raison d'une compétition entre la molécule et les substances actives.
- les seniors résistent moins bien du fait de leur fragilité organique.
- une personne âgée peut boire depuis une longue période et cette durée augmente le risque de dépendance à l'alcool; elle arrive à un stade d'alcoolisation où les complications apparaissent avec un risque de delirium tremens en cas de sevrage brutal,
- les conséquences peuvent être rapidement dramatiques avec l'augmentation du risque de chutes, de fractures ou l'apparition de complications médicales ou de maladies graves (infections intercurrentes, neuropathies, Korsakoff, cirrhose hépatique...). Ces pathologies entraînent des hospitalisations qui compromettent la qualité de vie du résident et représentent un coût pour la collectivité.

En institution, le problème de l'alcoolisme est de plus en plus fréquent et répond à 2 origines ;

- il s'agit d'une consommation à début précoce et poursuivie lors du placement en EHPAD et le problème est alors connu.
- mais l'apparition d'une consommation d'alcool peut également être tardive et est dans ce cas **largement sous estimée** car souvent **difficile à mettre en évidence**. Cette survenue tardive de dépendance chez la personne âgée répond à une véritable « crise existentielle » dont les causes sont souvent multiples.

Le médecin coordinateur peut se trouver confronté à un véritable dilemme concernant la prise en charge du patient alcoolique et le risque potentiel d'une association médicaments et alcools.

Pour se garantir du risque zéro et ne pas voir derrière chaque résident un alcoolique sournois et afin d'éviter le recours à une utilisation abusive d'alcotests ne faut-il pas, comme on le fait pour les mineurs, **interdire l'alcool en EHPAD?**

Nous allons donc réfléchir à cette problématique en nous appuyant sur les contextes législatifs et institutionnels en analysant les différentes options en insistant sur le côté éthique qu'il représente.

1) CONTEXTE LEGISLATIF

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

Relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Elle réforme la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Elle transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle impose la remise de documents aux usagers (le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour).

Plan « Vieillesse et solidarité »

Paru en novembre 2003, il constitue un programme pluri annuel destiné à améliorer d'ici 2008 la situation des personnes âgées et des personnes handicapées.

Mesures en faveur des personnes âgées notamment :

- Renforcement de la médicalisation des établissements pour personnes âgées par l'augmentation de 20 % du taux d'encadrement et la création de 10 000 nouvelles places.
- Professionnalisation des métiers de l'aide à la dépendance.

SROS 3

Il détermine les objectifs prioritaires en termes d'organisation des soins. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passé entre l'établissement et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) a pour objet la déclinaison par objectif et par action des orientations du SROS.

Rapport d'étape : Valorisation de l'exercice professionnel en gérontologie (décembre 2005)

L'existence de ce document témoigne de la nécessité de valoriser le soin et les soignants en gériatrie.

Plan « Solidarité grand âge »

Présenté en 2006, il court sur la période 2007-2012.

Parmi ses grandes lignes :

- Inventer la maison de retraite de demain.
- Offrir aux personnes âgées des établissements plus médicalisés, avec une palette de services diversifiés en lien avec le domicile.
- Éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite.
- Avoir plus de personnel soignant auprès des personnes âgées.

- Mettre en œuvre un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge.
- Lutter contre la maltraitance.
- Développer une démarche qualité et une culture d'évaluation.
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention notamment lancer un plan gériatrique universitaire pour former les professionnels de santé à la gériatrie.

Plan « Bien Vieillir » 2007-2009

Il concerne la population âgée de 50 à 70 ans. Il vise à organiser une prévention ciblée et une vie active adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités.

Il comprend 9 axes dont :

- Prévenir les facteurs de risque et les pathologies influençant la qualité de la vie.
- Promouvoir le bon usage des médicaments.
- Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « bien vieillir ».

Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance (22 mars 2007)

Cette circulaire définit les orientations à mettre en place aussi bien sur le plan local que national :

- Améliorer la procédure de signalement et la détection des situations de maltraitance.
- Renforcer l'efficacité et la fréquence des contrôles.

Mettre en place une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance.

2) PROBLEMATIQUE

Situation d'approche

Au cours de notre expérience personnelle de médecin coordonnateur en EHPAD nous avons observé par hasard la réaction de quelques résidents en salle à manger un jour que le vin habituellement servi à table avait été oublié. Certains de nos résidents ont eu une réaction virulente inattendue. Cet incident nous a interpellé et conduit à en discuter avec l'équipe soignante. Nous avons constaté que certains résidents consommaient de façon régulière des doses d'alcool. Plus étonnant encore, pour certains résidents cette consommation ne se limitait pas au pichet servi à table mais était complétée par une consommation cachée encore plus dangereuse à cause des risques accrus de surdosage, de sevrage brutal, de troubles de la vigilance. Nous apprenons beaucoup des habitudes de nos résidents en interrogeant l'entourage « aidant »; la femme de ménage qui retrouve des bouteilles vides dans la poubelle, les aides-soignants qui nous signalent les bouteilles d'alcool apportées par la famille etc....

2.1 PROBLEME DIAGNOSTIQUE

Le premier problème consiste donc à détecter les résidents confrontés à une difficulté vis-à-vis de l'alcool et avant cela se demander comment définir l'alcoolisme.

2.1.1 Définitions de l'alcoolisme;

Une bonne définition nous paraît être celle du docteur Vachon-France : **l'alcoolisme est la perte de la liberté de s'abstenir** (de boire)

On peut aussi le définir comme la consommation d'une quantité supérieure à celle que l'on peut métaboliser (environ 3/4 litres de vin pour un individu de 70 kg).

Pour l'O.M.S. "les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool atteint un degré tel qu'ils présentent des troubles mentaux notables, sur leurs relations avec les autres personnes et sur leur rôle normal social et professionnel ou qui montrent des prodromes de telles conséquences."

La dépendance à l'alcool est à la fois psychique et physique. (1)

La dépendance alcoolique psychique

L'alcool modifie le psychisme de l'individu (c'est un produit "psychotrope"). C'est un objet de plaisir : plaisir intérieur organique, jouissance gustative, plaisir du groupe, partage d'une bonne bouteille, réunions sympathiques, impression de moindre fatigue, sensation de bien-être. Cet effet psychotrope se retrouve à des concentrations peu élevées d'alcoolémie : d'où les dangers des taux dits peu importants (< 0.80 g) sur les réflexes et la conduite automobile. L'alcool permet de lever ses inhibitions personnelles : il lève les barrières

psychologiques qui à la fois nous protègent et nous gênent. Suite à cette levée des inhibitions, le sujet fait des actions qu'il n'arrive pas à faire à jeun en raison de son éducation ou sa situation sociale : se mettre en colère, effectuer des actes plus ou moins tolérés dans la vie de tous les jours, aller vers l'autre, se mettre à rire, à pleurer, dire ce qu'il a sur le cœur, faire l'acte sexuel...

L'alcool provoque l'inflation de la pensée et rend logorrhéique : il rend euphorique, permet de vivre dans l'imaginaire ce qui ne peut être vécu dans la réalité ("A nous deux, nous serons DIEU" disait Baudelaire).

Surtout, l'alcool est un médicament de l'anxiété et de la dépression que l'on peut s'offrir en société pour le moindre prétexte.

Pendant longtemps, cet "alcool convivial", le verre que l'on partage avec les autres, va remplir sans le dire son rôle d'alcool médicament, calfeutrant les petits soucis, améliorant la communication, diminuant les tensions psychologiques internes : c'est la lune de miel entre le sujet et le produit alcool.

Le sujet deviendra de plus en plus dépendant sur le plan psychologique.

La dépendance alcoolique physique

L'homme produit naturellement des endomorphines quand il fait des choses qui provoquent le plaisir.

Dans de nombreuses situations de stress, il recherche les moyens de produire des endomorphines «artificiellement». C'est ce que peuvent induire les drogues, le tabac et l'alcool. A petites doses, l'alcool est un excellent anxiolytique.

A la différence des drogues, l'alcool (comme le tabac) est une substance toxique autorisée. L'alcool est omniprésent dans notre société et fait partie de la culture française. Son accès est très facile (lieux de boisson, achat en magasin, prix peu élevé) et la tolérance de l'entourage est grande par rapport à l'alcoolique qui fait rire.

Ainsi, l'alcool qui nous fait produire les endomorphines nécessaires à notre sensation de bien être facilite les relations avec les autres (d'où les nombreux « pots » pour diverses occasions conviviales).

Cependant, lorsque le sujet devient dépendant de l'alcool (ce qu'on observe dans environ 10% de la population), il augmente progressivement la consommation et va en ressentir les effets toxiques, ce qui dépasse le traitement de l'anxiété. On observe une perte du comportement social et en réaction les autres s'éloignent du sujet ivrogne qui parle fort, harangue les autres, sent l'alcool, a des gestes déplacés. Ainsi le sujet se retrouve encore plus seul qu'avant l'alcool, il perd ses points de repères, se replie sur lui-même. Il ne sait plus vivre sans alcool et est obligé de boire pour continuer à produire les endomorphines dont il a besoin.

Chez la personne dépendante de l'alcool, l'alcool supprime le signal de satiété, régulation naturelle qui vient limiter normalement la consommation. Pire encore, l'alcool rend le besoin plus intense et induit une ingestion croissante de doses qui deviennent toxiques.

2.1.2 Les difficultés du diagnostic

Souvent sous diagnostiqué parce qu'il s'agit rarement d'une ivresse aiguë ou d'un accident de sevrage et les **quantités consommées sont difficiles à évaluer** car ;

- c'est une consommation solitaire, « en cachette » pouvant être méconnue par le personnel soignant mais également de l'entourage familial.
- déni du résident voire aussi de son entourage (2)
- consommation souvent modérée mais le catabolisme de l'alcool étant plus lent chez la personne âgée, à quantité d'alcool ingéré équivalente l'alcoolisation sera supérieure ; de plus l'alcoolisme n'est pas uniquement une question de quantité consommée mais surtout de régularité et d'ancienneté de cette consommation.
- les troubles en rapport avec une consommation alcoolique peuvent être soit confondus avec une symptomatologie attribuée à tort à une cause organique (hépatique, rénale...) ou psychiatrique (démence, dépression...) soit mixte et il est alors difficile de faire la part des choses.

2.2 PROBLEME ETHIQUE

Ce premier point identifié se pose alors au médecin la question Cornélienne (ou Shakespearienne pour les anglo-saxons); « Laisser boire ou ne pas laisser boire. » (vin ou whisky toujours pour les anglophiles) et nous amène à notre thème de réflexion ; Faut-il interdire l'alcool en maison de retraite ?

D'un point de vue éthique cette question consiste à gérer la classique contradiction entre d'une part le respect de la liberté de la personne et d'autre part la nécessité de sécurité. La préférence du résident étant ici totalement contradictoire avec son intérêt.



La liberté du senior est à ce stade d'autant plus importante que son espérance de vie est évidemment réduite, que la perte d'autonomie lui a déjà considérablement réduit son espace de libertés et que le plaisir de l'oralité est un des derniers qu'il lui reste.

D'un autre côté le médecin est responsable de la sécurité de son patient mais doit également prendre en compte la sécurité des autres résidents qui peut se trouver concernée par la présence d'un résident dépendant à l'alcool.

3 ANALYSE DE LA SITUATION

Deux visions contradictoires se présentent donc au médecin coordinateur et à l'équipe soignante ;

3.1 Une vision « sanitaire »

Axée sur le soin de confort et la sécurité du patient concerné mais aussi de celle des autres résidents que la présence d'un patient alcoolique peut influencer.

La modification du métabolisme d'un médicament induit par l'alcool relève de plusieurs mécanismes connus ;

- L'effet de certains médicaments peut être potentialisé par augmentation de la biodisponibilité et /ou un retard à l'élimination et on augmente ainsi le risque des effets secondaires.
- Inversement on peut voir une diminution de l'effet thérapeutique par activation des enzymes hépatiques et accélération de l'élimination.

La consommation d'alcool, aiguë ou chronique, interfère avec le fonctionnement cérébral. La prise de médicaments, d'alcool ou de toxique peut induire ou aggraver des troubles cognitifs (HAS)

En dehors des états confusionnels liés aux intoxications aiguës ou au sevrage, l'intoxication éthylique chronique est responsable de nombreux syndromes neuropsychiatriques : déficits cognitifs d'intensité variable pouvant réaliser un tableau démentiel, encéphalopathie de Wernicke, syndrome de Korsakoff, maladie de Marchiafava-Bignami et atrophie cérébelleuse.

Obtenir un sevrage alcoolique est donc une nécessité.

3.2 Une vision « médico-sociale »

Axée sur le relationnel et le projet de vie, qui consisterait à respecter totalement la liberté du résident à disposer de sa vie

Il convient là de rappeler les causes multiples qui ont amené à une « alcoolisation »

- La rupture avec l'environnement habituel avec une plus grande difficulté à s'adapter aux changements.

- L'isolement social, l'éloignement ou les conflits familiaux, le veuvage et les deuils
- Une baisse des ressources financières
- La prise de conscience du vieillissement et de ses conséquences sur la perte d'autonomie et un problème rarement évoqué et probablement aussi sous estimé la disparition de la sexualité.
- Enfin cet évènement permet aussi de réaliser que l'EHPAD est la dernière demeure et que la mort approche.

Nous avons interrogé plusieurs confrères médecins coordonnateurs en EHPAD et nous avons constaté que la situation observée dans nos établissements présenterait des similitudes concernant les problèmes rencontrés liés à l'alcool. ;

3.3 La mesure des écarts

Situation actuelle en institution	Mesure des écarts : Problèmes	Situation souhaitable
- alcoolisation cachée	<p align="center"> -COMMUNICATION AVEC EQUIPE SOIGNANTE ET FAMILLE -ENCADREMENT ET FORMATION DU PERSONNEL -GESTION DES RISQUES </p>	Meilleur dépistage
-méconnaissance des risques - dangerosité potentielle -absence de suivi spécifique et méconnaissance des solutions		-Développer l'information. - Garantir la qualité et la sécurité des soins. - Encadrement actif et participatif.de l'équipe soignante
- Absence de projet de vie, de projet de service,		Projet de vie individualisé, projets à recenser.

Ce tableau nous a servi de base de réflexion pour une proposition d'actions à mettre en œuvre.

4 METHODOLOGIE DE RESOLUTION

4.1 Les moyens du diagnostic

Pour les personnes suspectes d'abus d'alcool, l'**utilisation d'outils de dépistage** peut apporter des informations complémentaires intéressantes pour déceler une alcoolisation cachée.

Les outils de dépistage

Les plus utilisés sont le CAGE, le MAST-G et l'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*.

-Le questionnaire CAGE-DETA (voir annexe 1)

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo dépendance partir de 2 items positifs.

-Le questionnaire *Test de dépistage d'alcool dépendance du Michigan (MAST-G)* voir annexe 2)

Chaque question est cotée 1 point. 5 réponses positives ou plus permettent d'évoquer une difficulté avec l'alcool (intérêt certain chez les patients réticents à reconnaître leurs difficultés vis-à-vis de l'alcool mais demande plus de temps que le CAGE).

Les limites de la méthode

Lorsque les instruments à auto déclaration (*CAGE*, *MAST-G* et *AUDIT*) sont utilisés, il faut tenir compte de la disposition du client à se montrer ouvert et honnête au sujet de son comportement. La honte, la culpabilité, le déni et la croyance voulant qu'ils doivent être capables de régler leurs propres problèmes peuvent empêcher les personnes âgées de parler en toute franchise. De même dans la première phase de l'alcoolisation dite de solitude dorée, la consommation de boissons alcoolisées n'est absolument pas ressentie comme un problème mais utilisé comme psychotrope. A ce moment là l'alcoolisation est souvent niée ou du moins les quantités bues avouées sont largement sous-estimées.

Ces instruments sont limités car dépendent des renseignements fournis par les personnes interrogées.

L'outil le plus prometteur semble être l'ARPS (Alcohol related problems survey) (3) qui identifie les situations où l'alcoolisation est un risque pour le sujet âgé. Il comporte néanmoins 60 questions (usage moins évident dans la pratique). Il nécessite de plus amples investigations et sa traduction française n'a pas encore été validée.

Proposition de test diagnostic

La situation initiale qui nous a poussé à nous intéresser au problème de l'administration d'alcool en EHPAD a été l'oubli fortuit de servir le vin à midi en salle à manger. Pourquoi ne pas renouveler sciemment cette expérience dans les EHPAD qui proposent de l'alcool à table, à visée de test destiné à recenser des comportements suspects vis-à-vis de l'alcool ?

Il nous paraît alors intéressant de **pratiquer une surveillance** étroite du comportement des résidents ainsi identifiés comme pouvant présenter un problème vis-à-vis de l'alcool et de procéder à une étude plus

approfondie de leur traitement en cours pour éventuellement **réévaluer la prise en charge thérapeutique**. Un nouvel interrogatoire auprès du résident ou de sa famille permettra de retrouver des comportements à risques avant son institutionnalisation. Dans la génération de nos parents et grands parents, l'alcool avait une place plus importante dans la famille, les premiers verres étaient bus très tôt dans l'enfance et par la suite le vin tenait une position sociale encore plus importante que de nos jours.

L'exploitation de ces données pourrait servir de base de réflexion pour la **mise en place d'un projet individualisé**.

4.2 LE PROJET DE PRISE EN CHARGE

4.2.1 Les enjeux

Pour l'institution :

- Optimiser les moyens.
- Répondre aux attentes des soignants.
- Se mettre en conformité avec la demande des tutelles (gestion des risques, continuité des soins, qualité de la prise en charge...) et la législation en vigueur.
- Répondre aux nouvelles demandes des usagers, de leur entourage et à leurs besoins de satisfaction.
- S'inscrire dans les projets d'établissement, médical et social.

Pour les résidents :

- Assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins dans le respect de la personne soignée.
- Prendre en compte leurs demandes et les mettre au « cœur des soins ».
- Responsabiliser le patient sur sa consommation alcoolique ; c'est son choix !
- Informé et éduquer la personne âgée sur les dangers de cette consommation

Pour le personnel soignant :

- Permettre d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins (nombre et qualité des professionnels).
- Fédérer et dynamiser les équipes autour de valeurs communes.
- Répondre aux enjeux institutionnels et permettre à ses personnels de participer à différents projets et de les former aux dangers de l'alcoolisme

4.2.2 Les méthodes

La prise en charge du résident alcoolique est une préoccupation qui s'inscrit globalement dans le management institutionnel.

Pour tenter de résoudre la problématique de cette prise en charge, il nous semble important de travailler sur **deux axes**.

Un projet lié au patient où nous retrouverions notamment :

- La définition des valeurs communes de prise en charge des résidents.
- La réalisation et la mise en œuvre de projet de vie individualisé.
- La place de l'entourage dans la prise en charge du patient alcoolique
- Une démarche qualité, une gestion des risques et recueil de la satisfaction des usagers.

Un projet lié à l'encadrement :

Le rôle du médecin coordinateur nous paraît important pour relier l'ensemble des projets et donner du sens à l'action :

- Il s'assurerait du bon déroulement du projet.
- Il permettrait de mutualiser les expériences et de mettre les compétences au service des projets.

Le médecin coordinateur ne peut assurer pleinement ses missions sans un partenariat constant et étroit avec les cadres et l'ensemble de l'équipe soignante (psychologue, kiné ...)

Il doit donc fédérer les équipes autour des projets (institutionnels, services, ...), les guider et les informer par une communication claire et compréhensible.

4.2.3 Les moyens

- Des messages de prévention sont à intégrer dans la relation avec le résident. L'intervention brève (4) a fait ses preuves, aussi chez la personne âgée, elle doit être renouvelée dans le temps pour garder son efficacité.
- Les facteurs de motivation au changement de comportement doivent être mieux étudiés (éviter une hospitalisation, une chute, retrouver une dignité, pouvoir s'occuper des petits-enfants...). (5)
- L'information éducation à la santé : recommandation de consommation (6) à moindre risque soit 20 g par jour maximum pour la femme, 30 g par jour pour l'homme, abaissé à 10 g par jour en présence de co-morbidités, traitement médicamenteux, institutionnalisation.

4.3 Point de vue éthique

Comment est solutionné en pratique aujourd'hui le problème de l'alcool en EHPAD?

Lors d'entretiens avec des confrères médecins coordonnateurs nous avons constaté que dans un bon nombre d' EHPAD les problèmes liés à l'alcool ne sont pas pris en compte ou que la solution retenue consiste à interdire tout simplement l'alcool aux personnes sensibles voire même parfois à l'ensemble des résidents pour des raisons de facilité et de sécurité.

Nous nous sommes demandés quelle pouvait être la position d'un expert en matière d'éthique et nous avons interrogé pour cela le Professeur Christian Hervé qui dirige le laboratoire d'Ethique Médicale de Droit à la Santé et de Santé Publique. Il nous a donné son opinion sur la question de l'interdiction de l'alcool en EHPAD :

L'avis d'un spécialiste en questions éthiques

Le Professeur Hervé considère que l'interdiction de l'alcool en EHPAD serait une grave erreur ; la consommation d'alcool par un résident correspond à un besoin et il faut savoir écouter et interpréter cette demande. L'interdiction pure et simple ne conduirait qu'à majorer l'exclusion de la personne âgée et surtout son sentiment de solitude. Cette exclusion augmenterait son marasme et aboutirait à rendre le résident encore plus malade d' autant plus que l'institution laisse peu de place à une possible liberté de transgression de cet interdit. Selon le professeur Hervé, l'institution n'a pas pour rôle d'interdire, car on touche au problème de liberté individuelle en voulant imposer une contrainte par la norme ou en essayant de modéliser le comportement des individus par l'utilisation d'un « biopouvoir » selon la définition du philosophe Michel Foucault (« Dits et écrits »)*

* Le **biopouvoir** est un type de pouvoir qui s'exerce sur la vie : la vie des corps et celle de la population L'élément commun au corps et à la population, c'est la norme. La norme statistique. C'est elle qui fera en sorte que ce biopouvoir s'exercera, de manière rationnelle, à la fois sur un ensemble statistique (une collectivité) et sur un individu/un particulier. Ainsi, la médecine (mais aussi la justice et la politique) serait parfois au service d'un jeu de pouvoir, visant à dominer / effacer le différent.

Pour le Professeur Hervé il faudrait plutôt essayer de comprendre ce qu'est une personne âgée pour laquelle nous avons une vision erronée, construite à partir d'images stéréotypées.

Cette fausse représentation conduirait à une méconnaissance des véritables besoins et expliquerait le désir de mort qu'expriment souvent les personnes âgées placées en EHPAD.

Une personne âgée sous l'emprise de l'alcool peut avoir du plaisir. Le plus souvent elle est alors gaie, amusante et est rarement violente. Même dans ce dernier cas, on pourrait utiliser l'incident pour faire réfléchir les autres résidents sur les effets de l'alcool. L'institution doit pouvoir offrir à la personne âgée une possibilité de bonheur. Dans le projet de vie on peut aussi proposer une forme de contrat : « on vous laisse boire un peu d'alcool même si vous vous rendez compte que cela n'est pas forcément très bon pour vous et en échange vous allez faire quelque chose au sein de l'institution... ».

Autres arguments en faveur de « l'interdiction » d'interdire l'alcool en EHPAD

Certaines études ont d'autre part démontré le **bénéfice d'une consommation modérée d'alcool sur la mortalité et la morbidité cardiaque** d'origine ischémique. (7) (8) ainsi que sur la réduction des risques de démence et de cancer (9) (10).

En ce qui a trait aux bienfaits d'une consommation modérée, une étude a évalué le **bien-être des personnes âgées par rapport à leur consommation d'alcool**. Les résultats ont montré que les consommateurs d'alcool à faible risque ont obtenu des notes sensiblement meilleures sur toutes les échelles du fonctionnement physique, mental, affectif et social comparativement aux abstinents et aux consommateurs d'alcool à risque (11). Une consommation modérée d'alcool pourrait être bénéfique pour la santé et le bien-être général. Cependant, il faut interpréter avec prudence ces renseignements, car les perceptions de chacun au sujet de ce qui constitue une consommation modérée différeront.

Notre position

Nous prônons donc le maintien à table du « pichet de rouge » en EHPAD car ;

- cela permet de **maîtriser la consommation** et de **ne pas induire une consommation cachée** et niée qui nous paraît plus dangereuse avec le risque de voir apparaître un syndrome de sevrage.
- de **quantifier les doses absorbées**, voire de les limiter en coupant le vin servi avec de l'eau...

CONCLUSION

Le médecin coordinateur doit se garder d'une prise de position simpliste et interdire totalement l'alcool aux résidents sensibles identifiés comme cela est de fait dans beaucoup d'institutions, nous paraît être une prise de position absolue et inadaptée; interdire l'alcool à table aux repas ne fera pas cesser l'envie de boire aux personnes alcoolo dépendantes mais risquerait de la transformer en une consommation cachée dont les conséquences sont plus dangereuses. De plus il ne faut pas oublier de prendre en compte les effets bénéfiques d'une consommation modérée (1 à 2 verres/jour).

La problématique du médecin coordonnateur consiste donc à « jongler » entre deux dimensions en parfaite opposition que sont l'autorisation sans limite pour préserver le libre arbitre du patient et l'interdiction pure et simple de boire pour faire prévaloir la sécurité.

La solution absolue n'existe pas car si l'on néglige une de ces dimensions on arrive obligatoirement à une détérioration de la qualité de vie du résident. Il faut donc tendre à une solution équilibrée, même s'il est évident dans ce contexte difficile que représente la dépendance, qu'il ne peut s'agir que d'un équilibre instable.

Pour gérer cette situation contradictoire il faut donc tenir compte de la particularité de la personne et proposer au résident un véritable « contrat » destiné aussi à le responsabiliser. Ce contrat pourrait être inclus dans le projet de vie et il serait nécessaire de le réévaluer régulièrement à l'aide d'un outil que l'on pourrait mettre en place avec l'équipe soignante et le concours des familles.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire CAGE DETA :

1. Après avoir bu, vous est-il arrivé de ressentir une augmentation de la fréquence de votre cœur (palpitations ou battements dans la poitrine) ?
OUI NON
2. Quand vous parlez avec les autres, vous arrive t-il quelquefois de minimiser ce que vous buvez actuellement ?
OUI NON
3. Est-ce que le fait de boire de l'alcool vous rend tellement somnolent que vous vous endormez sur votre chaise?
OUI NON
4. Après quelques verres, vous est-il arrivé de ne pas manger ou de sauter un repas parce que vous n'aviez pas faim?
OUI NON
5. Est-ce qu'il vous arrive de boire pour diminuer des tremblements?
OUI NON
6. Est-ce que, à cause de l'alcool, il vous arrive d'avoir des difficultés à vous rappeler ce que vous avez fait pendant le jour ou pendant la nuit?
OUI NON
7. Vous donnez-vous des règles pour ne pas commencer à boire à partir d'une certaine heure de la journée?
OUI NON
8. Avez-vous perdu de l'intérêt dans des loisirs ou des activités que d'habitude vous appréciez?
OUI NON
9. Quand vous vous réveillez le matin, avez-vous du mal à vous souvenir de ce que vous avez fait la nuit d'avant ou le soir d'avant?
OUI NON
- 10- Est-ce que le fait de boire un verre vous aide à vous endormir ?
OUI NON
11. Cachez-vous les bouteilles que vous buvez aux membres de votre famille ?
OUI NON
12. Après une réunion avec des amis ou la famille, vous est-il arrivé de vous sentir gêné parce que vous aviez trop bu?
OUI NON
13. Est-ce que vous vous êtes quelquefois aperçu que l'alcool pouvait être mauvais pour votre santé?
OUI NON

14. Aimez-vous finir une soirée avec un dernier verre?
OUI NON
15. En général, préférez-vous boire seul à la maison plutôt que de sortir pour rencontrer des amis ou de la famille ?
OUI NON
16. Buvez-vous plus que dans le passé ?
OUI NON
17. Est-il habituel pour vous de prendre un verre pour vous relaxer ou calmer vos nerfs ?
OUI NON
18. Buvez-vous pour oublier vos problèmes ?
OUI NON
19. Avez-vous déjà augmenté les quantités d'alcool que vous buviez après avoir perdu quelqu'un de proche?
OUI NON
20. Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit qu'ils étaient inquiets au sujet de votre relation à l'alcool ?
OUI NON
21. Vous êtes-vous donné des règles pour essayer de contrôler ce que vous buviez?
OUI NON
22. Quand vous vous sentez seul ou isolé! Est-ce que cela vous aide de boire un verre
OUI NON

ANNEXE 2

MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test--Geriatric Version)

Directions: The following is a list of questions about your past and present drinking habits. Please answer yes or no to each question by marking the line next to the question. When you are finished answering the questions, please add up how many "yes" responses you checked and put that number in the space provided at the end.

1. After drinking have you ever noticed an increase in your heart rate or beating in your chest? Yes No
2. When talking to others, do you ever underestimate how much you actually drank Yes No
3. Does alcohol make you sleepy so that you often fall asleep in your chair? Yes No
4. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry? Yes No
5. Does having a few drinks help you decrease your shakiness or tremors? Yes No
6. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night? Yes No
7. Do you have rules for yourself that you won't drink before a certain time of the day? Yes No
8. Have you lost interest in hobbies or activities you used to enjoy? Yes No
9. When you wake up in the morning, do you ever have trouble remembering part of the night before? Yes No
10. Does having a drink help you sleep? Yes No
11. Do you hide your alcohol bottles from family members? Yes No
12. After a social gathering, have you ever felt embarrassed because you drank too much? Yes No
13. Have you ever been concerned that drinking might be harmful to your health? Yes No
14. Do you like to end an evening with a night cap? Yes No
15. Did you find your drinking increased after someone close to you died? Yes No
16. In general, would you prefer to have a few drinks at home rather than go out to social events? Yes No

17. Are you drinking more now than in the past? Yes No
18. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves? Yes No
19. Do you drink to take your mind off your problems? Yes No
20. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life? Yes No
21. Do you sometimes drive when you have had too much to drink? Yes No
22. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking? Yes No
23. Have you ever made rules to manage your drinking? Yes No
24. When you feel lonely, does having a drink help? Yes No

BIBLIOGRAPHIE

- (1) http://www.oncoprof.net/Generale2000/g02_Prevention/Index/Index_pr31.html Pr J.F. HERON Faculté de Médecine de Caen France
- (2) Troubles psychiques des personnes âgées. A.-S. Rigaud, C. Bayle, F. Latour, H. Lenoir, M.-L. Seux, O. Hanon, R. Péquignot, P. Bert, M.-A. Artaz, F. Moulin, I. Cantegreil, E. Wenish, F. Batouche, J. de Rotrou. Encyclopédie-Médico-Chirurgicale. Traité de Psychiatrie 2 (2006) 259-281.
- (3) Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. Fink A, Tsai M, Hays RD, et al. Arch Gerontol Geriatr (2002) 34:55-78.
- (4) Brief physician advice for problem drinking among older adults : An economic analysis of costs and benefits. Mundt MP, French MT, Roebuck C, et al.. J Stud Alcohol (2005) 66:389-94.
- (5) Effects of gender, ethnicity and medical illness on drinking cessation in older primary care patients. Satre DD, Arean PA. J Aging Health (2005)17:70-84.
- (6) What level of alcohol consumption is hazardous for older people ? Functioning and mortality in US and English national cohorts. Lang I, Guralnik J, Wallace RB. J Am Geriatr Soc (2007) 55:49-57.
- (7) Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. Ruitenberg A, van Swieten JC, Witteman JC, Mehta KM, van Duijn CM, Hofman A, Breteler MM. Lancet (2002) Jan 26 359(9303):281-6.
- (8) Risk of cardiovascular mortality in alcohol drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Am J Cardiol. (1990) Nov 15 66(17):1237-42.
- (9) Health habits and risk of cognitive impairment and dementia in old age: a prospective study on the effects of exercise, smoking and alcohol consumption. Broe GA, Creasey H, Jorm AF, Bennett HP, Casey B, Waite LM, Grayson DA, Cullen J. Aust N Z J Public Health. (1998) Aug 22(5):621-3.
- (10) Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, Letenneur L, Commenges D, Salamon R, Renaud S, Breteler MB. Rev Neurol (Paris). (1997) Apr 153(3):185-92.
- (11) The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. Blow, F.C., Walton, M.A., Barry, K.L., Coyne, J.C., Mudd, S.A. et Copeland, L.A. Journal of the American Geriatrics Society. (2000) 48(7):769-774.

La question de l'interdiction de l'alcool en EHPAD peut se poser au vu des conséquences sur la santé d'une consommation d'alcool même minime chez une personne âgée en raison de sa fragilité et des risques liés à l'association aux médicaments. De plus, diagnostiquer les sujets à risque est souvent difficile en raison de la méconnaissance de l'alcoolisation.

En contrepartie, l'interdiction de l'alcool pose un problème éthique.

Le médecin coordonnateur peut se trouver confronté à un dilemme entre son souci de garantir la sécurité de ses résidents et le respect de la liberté de ces derniers mis en avant par les nouvelles législations.

Nous avons tenté ici d'analyser les différents paramètres et d'apporter des propositions de prise en charge à ces problèmes.

Mots-clé ; alcool- EHPAD- interdire- éthique