

# Réflexion collective autour d'une situation d'addictologie... Une bouteille à l'amer

Dr Mohamed Ali GORSANE (Psychiatre Addictologue – EMPSA Secteur 4),

Mme Nathalie Nietcho (Directrice résidence autonomie Leprince),

Mme Faulques (Conseillère en Economie Sociale et Familiale),

Mme Thérèse Le Bras (IDE - EMPSA Secteur 4), Mr Bisiaux (Coordinateur du SSIAD Leprince/Oscar Roty)

1



# Un partenariat sur le territoire du 7<sup>ème</sup> arrondissement de Paris



**Résidence  
Le Prince**

**Equipe  
mobile de  
psychiatrie  
du sujet  
âgé  
(EMPSA)**

# La Résidence Le Prince

- CASVP – Service de la Vie A Domicile
- Etablissement médico-social
- Ouverture en 1972
- Capacité d'accueil : 50 places
- Equipe hébergement et soins infirmiers (SSIAD)

# Un public fragile

- 90% sont admis au titre de l'aide sociale
- Grande précarité sociale
- Troubles psychiatriques (42% des résidents)
- Addictions non soignées
- Problématiques de Diogène
- Difficultés de refus de soins et de rupture de soins
- Situation d'isolement social
- Hétérogénéité des parcours de vie

# Un partenariat de proximité

- 2015
- Réunions pluridisciplinaires semestrielles
- Visite à domicile bimensuelles à la résidence
- 13 résidents suivi par le CMP Varenne

# Une situation singulière

- Homme de 73 ans
- Né et a grandi dans la Marne
- Parcours professionnel éclectique
- Histoire familiale dynamique et complexe
- Expulsé de son logement en 2014 suite à des impayés (13ème)
- Entrée en Résidence en mai 2014
- Situation d'isolement social : plus de contact avec son fils et son ex-femme, pas de lien avec les résidents et l'animation
- Problématique d'alcoolisation massive, troubles de la mémoire et hygiène de vie inadéquate

# Du lien social au lien thérapeutique

- Travail en étroite collaboration entre la mission sociale et la résidence
- Accompagnement et suivi par les agents de la Résidence
- Prise en soins en SSIAD en 2016 en raison des négligences en soins personnels
- Signalement au secteur psychiatrique

# Première rencontre avec l'EMPSA après signalement en novembre 2017

- ▶ Tristesse de l'humeur, majoration des consommations d'alcool et troubles cognitifs depuis le décès de son voisin avec qui il consommait de l'alcool
- ▶ Entretien médical au CMP après 2 VAD infirmières
- ▶ « tout va bien », mais hyperémotif, pas d'épisode dépressif caractérisé
- ▶ Consommations d'alcool minimisées, pas d'épisodes d'ivresse
- ▶ « je bois normalement, comme tout le monde »
- ▶ 1 à 2 verres de vin à midi et le soir avec son repas (dans son studio) et 2 à 3 demis de bières au bar



# Évolution

- Refus de retourner au CMP, ne voulant plus avancer les frais du VSL
- Lien thérapeutique via VAD infirmières, absent le matin: déjà au bar ?
- Evaluation fin février : aggravation des troubles cognitifs, diagnostic de démence alcoolique, déficit en folates, amélioration enzymes hépatiques
- Reprise au CMP en mars accompagné de bénévoles organisme tutelle
- VAD médicale et IDE mi avril, le patient s'est davantage confié, relation à son fils, isolement affectif, initiation à l'alcool, difficultés mnésiques
- Persuadé absence risque physique, refuse explorations, écho hépatique

# Perte progressive de l'autonomie

- Synthèse résidence autonomie, EMPSA, SSIAD, tutrice, aide à domicile
- Non-reconnaissance du patient de sa maladie alcoolique
- Plus conscient troubles cognitifs. Plus grand investissement pour ses soins (copie d'ordonnance, aller à la pharmacie)
- Perte d'autonomie en lien avec les troubles cognitifs, APA en cours, aide à domicile accompagnement RDV médicaux, retirer de l'argent et ménage
- Sauf récupération (partielle) de l'atteinte mnésique, le placement en EHPAD sera nécessaire

# Cadre thérapeutique « hybride »

- Deux institutions, fonctionnements et positionnements différents
- EMPSA : dimension d'écoute facilitant l'ouverture à la parole
- intérêt porté au corps par médecin coordonateur et personnels du SSIAD apportera un **étayage narcissique** à la personne<sup>1</sup>
- Possible **levier thérapeutique** face au déni, éléments de la réalité de l'atteinte du corps<sup>1</sup>
- Porte d'entrée dans les soins aussi d'ordre social ou financier, voire être un levier de changement<sup>2</sup>

1- Timary et Kalonji « Chapitre 14. À propos de la construction d'un cadre thérapeutique pour patients alcooliques », in Philippe de Timary et al., Sortir l'alcoolique de son isolement, De Boeck Supérieur « Carrefour des psychothérapies », 2014, p. 293-307.

2 – Cottencin et Bence. Addictions : soins obligés et soins motivés. Presse Med.2016; 45:1108–1116.

# Difficultés d'amener aux soins

- Contraste avec niveaux élevés d'investissements des différents intervenants (sociaux, SSIAD, médicaux et tutrice)
- Moyens humains et institutionnels importants, multiples déplacements
- Plus de complexité avec le grand âge, l'aggravation des troubles cognitifs, l'isolement affectif ainsi que la problématique du deuil
- Données épidémiologiques globales sur carences d'accès aux soins pour les personnes alcooliques (pire que pathologies psychiatriques)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Toussaint et Timary « Introduction. Nombreux sont touchés, mais peu accèdent aux soins », in Philippe de Timary et al., Sortir l'alcoolique de son isolement, De Boeck Supérieur « Carrefour des psychothérapies », 2014 (), p. 19-26.

# Le « déni » : Mensonges ? Mauvaise foi ? Réticence à parler de soi-même ?<sup>1</sup>

- Ce qui n'est pas déni<sup>1</sup>: Neuro (négligence, anosognosie, apathie...) ou Psychodynamique (apsychognosie, alexithymie, faible insight...)
- Déni, mécanisme de défense, fonction protectrice<sup>1</sup>:
  - Addictologie: plutôt une dénégation (atténuation du déni)
  - Induit par le(s) soignant(s): Recherche d'aveu ou d'objectivation d'une réalité ... Inconscient, réaction protectrice malade difficile, souvent équipes pressurisées
- Déni et sciences cognitivo-comportementales<sup>2</sup>: effet protecteur
  - Déficits spécifiques se remémorer souvenirs négatifs et perturbation capacités de remémoration consciente → régulation émotionnelle sujet en souffrance

1- Menecier, P., Rotheval, L., Plattier, S., Fernandez, L. & Ploton, L. (2016). Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas. *Drogues, santé et société*, 15(2), 39-59.

2- Neumann, « Chapitre 2. Autres figures du déni », in Philippe de Timary et al., *Sortir l'alcoolique de son isolement*, De Boeck Supérieur « Carrefour des psychothérapies », 2014 (), p. 39-52

# Quel objectif thérapeutique?<sup>1</sup>

- Inadéquation entre les propositions de soins émanant des professionnels et la réceptivité de la personne concernée
- Affronter le déni ? Abstinence ou réduction de la consommation ?
- Nécessité dépasser l'impasse de la consommation d'alcool comme objectif de soin, alors que ce n'est qu'une modalité pour mieux aller.
- Aller mieux ≠ ne plus être malade ou ne plus souffrir
- Aller mieux ≈ améliorer la qualité de vie et la santé

1- Menecier P, Verny M, Fernandez L, Ploton L. L'abstinence alcoolique dans les soins aux aînés mésusant d'alcool. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2016 ; 14(2) : 187-93

# Conclusion

- Alcoolisme chez un aîné, en perte d'autonomie avec des troubles cognitifs
- Initiation des soins difficile malgré la conjugaison des efforts
- Minimisation des consommations et déni des répercussions
- Quel levier thérapeutique : troubles cognitifs ? Perte d'autonomie ?
- Pistes pouvant expliquer l'isolement à explorer :
  - Problématique du deuil non résolue, ou des styles d'attachement dysfonctionnels que l'alcool aurait pallié