

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

—

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

Table des matières

1	Contexte	4	4.1	Questionnaire et institutions répondantes	23
1.1	Démographie et problématique addictions chez la personne âgée	4	4.1.1	Remarque sur les cas addictions « lourds »	23
1.2	Un ensemble d'interactions complexes	6	4.2	Considérations concernant les données analysées	23
2	Etat des connaissances	7	4.2.1	Période	23
2.1	Enjeux principaux	7	4.3	Résultats quantitatifs	24
2.1.1	Spécificités gériatriques	7	4.3.1	Données générales sur l'échantillon	25
2.1.2	Substances, santé et économie	7	4.3.2	Cas addictions « lourds » et degré de soutien	26
2.1.3	Une approche globale et quelques considérations éthiques	7	4.3.3	Test de significativité statistique pour les pourcentages de cas addictions lourds par type d'institution :	26
2.1.4	Détection et intervention	8	4.3.4	Synthèse des résultats quantitatifs	40
2.1.5	Les déterminants de la santé et facteurs de risques	9	5	Données de nature qualitative (consultation d'expert-e-s)	41
2.1.6	Transition retraite et tranches d'âge	10	5.1.1	Consultations et production des données	41
2.1.7	Différents types d'addiction	11	5.1.2	Résultats qualitatifs	42
2.1.8	Repères et points spécifiques en lien avec les personnes âgées	12	5.1.3	Synthèse des résultats qualitatifs	59
2.1.9	Données existantes en Suisse et pour Fribourg	15	6	Intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs	61
2.1.10	Médicaments	18	7	Synthèse générale	63
2.1.11	Tabagisme	20	8	Rôle du canton, des communes et des fournisseurs de prestations : bases légales	65
2.1.12	Jeu excessif	21	9	Projets en promotion de la santé et prévention	67
2.1.13	Autres types d'addictions	21	10	Pistes d'amélioration et recommandations	68
3	Préparation d'une récolte empirique de données dans le canton	22	11	Plan d'action	74
3.1	Objectifs et procédure	22			
4	Données de nature quantitative (chiffrées)	23			

Préface

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.

Une addiction peut apparaître à tout moment. Certaines personnes risquent de devenir dépendantes au moment d'atteindre l'âge de la retraite et d'autres plus tard encore, après leur entrée en EMS. Concernant les 55-65 ans, la fin de l'activité professionnelle et le passage à la retraite peuvent représenter des moments charnières dans le contexte d'une poursuite ou d'un commencement de consommation à risque ou d'un comportement amenant vers une addiction. Le troisième et le quatrième âge apparaissent de plus en plus comme des phases de vie distinctes avec des rôles nouveaux et leurs propres facteurs de risque amenant parfois au développement d'addictions. Cela représente un défi majeur pour le personnel et les organisations de soins, car la prise en charge peut être très exigeante. Il y a en effet peu de maladies qui, comme les addictions, ont autant de conséquences sociales, comportementales et sanitaires. Il est donc particulièrement important de renforcer les compétences spécifiques et les collaborations entre les professionnels-e-s qui prennent en charge les personnes âgées.

L'addiction ouvre aussi tout un champ déontologique complexe car chacun et chacune a, d'une part, le droit de vivre sa vie comme il/elle l'entend et, d'autre part, le droit d'être soigné-e. Plusieurs études montrent que les soignants-e-s sont conscients-e-s des conséquences d'un abus d'alcool et savent qu'une diminution de la consommation réduirait les dommages et améliorerait la qualité de vie des personnes concernées. Ils/elles ne veulent cependant pas dicter aux aînés-e-s comment mener leur vie. Pourtant, des solutions existent et l'abstinence n'est pas la seule voie possible. On peut d'abord favoriser l'auto-gestion et, lorsqu'une aide externe s'avère nécessaire, celle-ci peut se construire sur les capacités réelles de la personne concernée et de ses proches.

S'il n'y a pas d'âge pour prendre soin de sa santé, il n'y a pas d'âge non plus pour être aidé-e. Grâce à notre plan de mesures, articulé autour de la formation, du coaching, de l'information et de la liaison entre les organisations de soins, je suis convaincue que des pratiques innovantes et efficaces prendront corps dans le canton.

Anne-Claude Demierre

Conseillère d'Etat

Directrice de la santé et des affaires sociales

1 Contexte

1.1 Démographie et problématique addictions chez la personne âgée

De manière générale, on constate, avec l'âge, une augmentation de certains risques en lien avec les addictions. Ceci s'observe tant pour la consommation d'alcool que de médicaments (notamment des benzodiazépines).

Le passage à la retraite est un moment charnière, pour la majorité, dans la redéfinition de leur identité et de leurs rôles sociaux, dans le rythme de leur quotidien, dans l'investissement des sphères de loisir ainsi que du sens attribué à leur vie. Toute une partie des dépendances constatées chez les seniors semble liée à cette transition vers la retraite.

Chez les personnes 60 ans et plus, entre une personne sur quatre et une personne sur trois boit quotidiennement de l'alcool¹. En ayant une consommation à risque d'alcool, les seniors sont susceptibles de nuire à leur santé. Un autre facteur de risque que l'on rencontre fréquemment chez les personnes âgées est la prise de médicaments, qui ne devraient pas être combinés avec l'alcool. Pourtant une personne âgée de 60-64 ans sur dix, et une personne âgée de 80 ans et plus sur six sont à risque d'interactions néfastes entre alcool et médicaments².

L'alcool chez les aîné-e-s est-il abordé dans le domaine des soins ? Le personnel des associations d'aide et de soins à domicile ainsi que des EMS n'est pas systématiquement formé pour la gestion de problématiques addictions chez la personne âgée³. De plus, les problématiques liées à la consommation d'alcool chez les personnes âgées restent assez méconnues⁴.

Par la hausse de l'espérance de vie de la population générale et la modification de la structure de la pyramide des âges, les statistiques cantonales démontrent que le nombre de personnes de plus de 55 ans va augmenter massivement durant les années à venir. « *Au cours des trente prochaines années, la population en âge d'être à la retraite augmentera fortement dans tous les cantons. L'accroissement s'élèvera ainsi à plus de 50% dans à peu près tous les cantons. Ceux de Schwyz, Fribourg, Thurgovie, Obwald et Argovie verront même doubler leur population de 65 ans ou plus au cours de cette période* »⁵.

Concernant l'évolution de l'espérance de vie des personnes souffrant d'addiction, on constate une diminution de l'espérance de vie chez les personnes fumant du tabac⁶, ainsi qu'une augmentation de la mortalité relative dans différents groupes d'âge après 60 ans, toutes causes confondues⁷. Les études et le monitoring⁸ démontrent que les personnes dépendantes aux opiacés connaissent un vieillissement constant et qu'un bon nombre d'entre elles parviennent au 3^{ème} âge tout en poursuivant leur consommation. Tenant compte des problèmes de santé physiques et psychiques liés à l'abus de drogues comme les maladies chroniques (VIH, hépatite C), les psychopathologies, les dysfonctionnements cognitifs, ainsi que les risques liés aux consommations parallèles d'alcool, de tabac et d'autres substances, on peut craindre que ces problèmes soient amplifiés par le processus normal de vieillissement. Selon toute vraisemblance, ces personnes auront besoin d'un accompagnement médico-social plus tôt que la moyenne et probablement de façon plus intense. Pour ceux qui atteignent l'âge de 65 ans, les difficultés tant physiques que

¹ Notari, L., & Delgrande Jordan, M. (2012). La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés : Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (Rapport de recherche No 59). Lausanne : Addiction Suisse.

² *Ibid.*

³ Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S., & Haug, S. (2012), Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Bericht Nr. 308.

⁴ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁵ Office fédéral de la statistique, : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.40825.html>

⁶ Jung, S. Y., Lee, K., & Kim, S. (2014). 2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress - What We Should Know and What We Can Learn. *Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 5(2), 94-107.

⁷ Gellert, C., Schöttker, B., & Brenner, H. (2012). Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(11), 837-844.

⁸ « La prise en charge des personnes âgées de 40 ans ou plus dans le domaine des dépendances: chronicisation ou incidence tardive? », Eclairages 2 / 2009, Act-Info.

psychiques requièrent un encadrement spécifique, que les Etablissements médicaux-sociaux (EMS) ne peuvent pas toujours assurer.

Selon le Rapport de l'institut de recherche sur la santé publique et des addictions ISGF⁹, le rôle des addictions chez les personnes âgées prend de plus en plus d'importance avec l'évolution de la structure de la population : « *Les études montrent que la santé physique et psychique des personnes avec consommation problématique d'alcool est jugée moins bonne que celle de personnes du même âge qui ne boivent pas de façon problématique* ». Les EMS et hôpitaux signalent une augmentation de la fréquence des addictions. Une prise en charge adéquate des personnes âgées n'est pas encore entièrement assurée. Comme indice à cela, fort est de constater que les services ambulatoires comme les institutions résidentielles du domaine des addictions font état d'une sous-représentation des personnes âgées souffrant d'addiction. Les études montrent pourtant que les pronostics de traitement des addictions chez les personnes âgées sont prometteurs.

La « [Stratégie nationale Addictions 2017-2024](#) » a notamment pour but de prévenir l'émergence des addictions, d'améliorer le dépistage précoce, de fournir aux personnes souffrant d'une addiction, avec ou sans substance, l'aide et les traitements dont elles ont besoin, réduire les dommages sanitaires et sociaux tant pour les individus que pour la société. En 2019, la stratégie nationale Addictions¹⁰ a été mise en œuvre sous le thème prioritaire « Vieillir en bonne santé »¹¹. Elle met l'accent sur les comportements à risque chez les personnes âgées et indique que la thématique de la consommation problématique chez les personnes âgées doit, en particulier en lien avec l'alcool, être reflétée dans les politiques de santé, et des mesures de sensibilisation pour la thématique et pour la réduction de la consommation doivent être soutenues.

La « [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles \(stratégie MNT\) 2017-2024](#) » part du constat que : « environ la moitié des maladies non transmissibles sont influencées par le mode vie. Les chances de rester longtemps en bonne santé augmentent pour ceux qui associent une activité physique régulière à une alimentation équilibrée et qui renoncent au tabagisme ainsi qu'à une consommation excessive d'alcool. » Elle « emprunte des approches déjà éprouvées dans différents programmes de prévention, à savoir dans les domaines de l'alcool, du tabac, ... »¹². Les actions visées par cette stratégie sont notamment prévenir les facteurs de risques, renforcer les facteurs de protection, favoriser les approches « phases de la vie » et « cadre de la vie », renforcer le soutien aux personnes en situation de vulnérabilité, encourager la prévention dans le domaine des soins et favoriser les interfaces entre la prévention et la médecine curative.

Ces deux stratégies se complètent et permettent de cibler trois éléments forts pour le présent état des lieux, en lien avec la consommation d'alcool et de tabac, qui sont : la prévention, la prise en charge et la réduction des risques.

A Fribourg, ce thème de la prise en charge des personnes âgées souffrant d'addiction a été examiné dans le cadre du [Plan cantonal d'Action Alcool](#) (Mesure 16) ainsi que dans celui des besoins prioritaires de [coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction](#) (Besoin 2). La PCAA ambitionne de diminuer la consommation chronique d'alcool chez les plus de 50 ans car elle a un effet négatif général sur la santé et sur la santé mentale des individus et influence l'apparition de maladies chroniques. Un besoin de connaissance plus fine, tant quantitative que qualitative, est apparu comme prioritaire afin de cerner l'ampleur de ces consommations problématiques et des problèmes d'addiction chez les personnes âgées au bénéfice d'une prestation publique ou para-publique d'aide dans le canton de Fribourg (EMS, aide et soins à domicile, curatelles, institutions spécialisées, hôpital). Ainsi que les capacités d'agir et les besoins des différent-e-s acteur-e-s concerné-e-s.

Le présent état des lieux a pour ambition d'effectuer une évaluation quantitative et qualitative du besoin de prise en charge addictologique et un examen de l'articulation avec les réponses apportées actuellement dans les EMS, les

⁹ Kessler, D., Salis Gross, C., Köller, S., & Haug, S. (2012), Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Bericht Nr. 308.

¹⁰ Ainsi que la « [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles \(stratégie MNT\) 2017-2024](#) ».

¹¹ Office fédéral de la santé publique. *Vieillir en bonne santé* : aperçu et perspective pour la Suisse.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfoerderung-praevention-im-alter/gesund-altern.html>

¹² Page 3.

soins à domicile et en psychogériatrie. Examiner le besoin de créer une unité EMS, à charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS), dans une des institutions RIFA¹³ est aussi un objectif de ce rapport.

Le projet de « [Prévention Intercantonale Alcool](#) » (PIA) vise spécifiquement les enjeux de la consommation d'alcool chez les seniors dans les cantons latins et est coordonné par le GREA¹⁴ et la CPPS¹⁵. En 2018, il y avait déjà identifié certains besoins et pistes d'amélioration en matière de prévention des problèmes d'alcool auprès des services d'aide aux personnes âgées. Portant avant tout sur les questions de prise en charge, le présent rapport fournit des données pour chaque type d'addiction, type de problèmes rencontrés, leur gravité, le nombre de personnes concernées et les besoins des professionnel-le-s qui en ont la charge permettant ainsi d'y répondre au mieux dans les années à venir.

1.2 Un ensemble d'interactions complexes

Nous faisons face à une difficulté majeure, qui tient au fait que les conduites de dépendance chez les personnes âgées semblent moins aisément détectées que chez leurs cadets et cadettes, ce qui est dû notamment à un isolement social plus marqué, ou encore à des manifestations comportementales confondantes (pertes d'équilibre et chutes, confusion, etc.).

Si les personnes âgées apparaissent plus vulnérables à certains types d'addictions (notamment alcool et médicaments), il s'agit de tenir compte des répercussions sur un ensemble large de dimensions, bio-psycho-socio-spirituelles¹⁶. En prenant le cas de la consommation d'alcool à risque, on relève qu'elle peut avoir des associations particulièrement dramatiques chez la personne âgée : diminution de la capacité à mener des activités (instrumentale) de la vie quotidienne, chutes et fractures, affections cardio-vasculaires, affections métaboliques et nutritionnelles, diminution de l'espérance de vie, atteintes cérébrales, troubles cognitifs (dont, états confusionnels), démences, anxiété, dépression, suicides, isolement social et perte de liens sociaux, et diminution de la qualité de vie¹⁷.

Une amélioration des connaissances sur la question devrait permettre une meilleure prise en charge par les institutions compétentes, ainsi qu'une coordination au sein du réseau de soins fribourgeois. Se pose alors une double question pratique : qu'en est-il du repérage (idéalement précoce) et des interventions associées ? Des améliorations sur cette problématique devraient idéalement prendre en compte ces trois types d'acteur-e-s : professionnel-le-s, institutions, population.

¹³ Réseau fribourgeois des institutions s'occupant des personnes souffrant d'addiction, dont font partie la Fondation Le Tremplin,

L'association Le Radeau et la Fondation Le Torry.

¹⁴ Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

¹⁵ Commission de Prévention et de Promotion de la Santé du GRSP

¹⁶ Wenger, J. (2020). Recommandations : Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. Fachverband Sucht.

¹⁷ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonale Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

2 Etat des connaissances

2.1 Enjeux principaux

2.1.1 Spécificités gériatriques

Il existe des spécificités gériatriques à prendre en compte pour traiter cette problématique. Les études montrent que la prise en charge des seniors souffrant de dépendances est meilleure lorsque l'on considère les spécificités liées à l'âge. Ces spécificités englobent notamment une tolérance diminuée, une forte médication et des manifestations comportementales confondantes.

2.1.2 Substances, santé et économie

La dépendance à des substances psychotropes chez la personne âgée soulève systématiquement la question de risques sanitaires vastes tels que : des chutes (ainsi que fractures et hospitalisations), péjorations de la santé physique, dénutrition, accélération du vieillissement général et cérébral, risques neuro-psychiatriques (p. ex., dépression, déficiences cognitives, désorientation), perte en qualité de vie, interactions substances/médicament-médicaments¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. En outre, l'intoxication alcoolique chez les personnes âgées peut abîmer leurs relations sociales et être associée à l'isolement²¹⁻²². Il est aussi question d'aspects socio-économiques, incluant l'isolement social et les difficultés financières auxquels risquent d'être confrontées les personnes concernées - à noter qu'au-delà du coût des consommations, les personnes retraitées font face à 30-40% de revenus financiers en moins²³. De plus, en termes de santé publique, les coûts économiques peuvent s'avérer élevés (hospitalisations répétées, etc.).

2.1.3 Une approche globale et quelques considérations éthiques

Il y a la question de la polymorbidité, nécessitant chez les personnes âgées une perspective gériatrique et globale. Ceci veut dire qu'il s'agit de prendre en compte le bénéficiaire de soins dans son ensemble et situé dans un réseau de soins^{24,25}, quel que soit le motif de consultation. La personne âgée doit être considérée dans sa globalité²⁶, ce qui inclut ses différentes dimensions - bio-psycho-socio-spirituelles – tant dans le contexte de la douleur physique²⁷ que dans le cadre d'une problématique addictions²⁸.

Conservant à l'esprit la nécessaire considération de la personne tout entière, nous pouvons nous focaliser sur ce qui rend compte de sa vulnérabilité. Quatre facteurs principaux déterminent la vulnérabilité d'une personne âgée : dépendance fonctionnelle, perte de l'autonomie, précarité sociale et limitation de l'accès aux soins²⁹. Quant à sa qualité de vie, elle dépend surtout des facettes suivantes : dignité humaine et acceptation (interaction, ressenti psychique, comportement), développement et existence (travail et activité, compétence sociale, imagination et créativité, intelligence, facultés mentales, gestion au quotidien), reconnaissance et sécurité (protection, biens personnels, hébergement), fonctionnalité et santé (mobilité, fonctions et structures physiques, soins corporels, alimentation, fonction et structures psychiques)³⁰.

¹⁸ Obsan (2019). La santé des 65 ans et plus en Suisse latine Analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017.

¹⁹ Akzent Prävention und Suchttherapie. Projet: « Reconnaître et agir : intervention précoce en matière de risques d'addiction chez les personnes âgées », Lucerne.

²⁰ Wicki, M., & Schneider, E. (2019). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen: Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2012. Forschungsbericht Nr. 104.

²¹ Gache, S. H. P. (2007). Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 3, 32411.

²² OFSP (2019). Consommation simultanée de médicaments et d'alcool chez les personnes âgées. Fiche d'information. Bases scientifiques pour la prévention des maladies non transmissibles et des addictions.

²³ Reper (2014). Dossier : Seniors et jeu excessif.

²⁴ Medikamente Beim Älterwerden: Informationen für Personen ab 60 Jahren (Addiction Suisse, ZüFAM/ZFPS).

²⁵ Leitfaden und Checklisten zum Umgang mit Suchtgefährdeten: Frühintervention in alters - institutionen (Akzent Prävention und Suchttherapie).

²⁶ Monod, S., Sautebin, A. (2019). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, 5(226), 2353-7.

²⁷ Registered Nurses' Association of Ontario (2003). Clinical best practice guidelines: Assessment and management of pain (third edition). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB- FINAL_DEC_2.pdf

²⁸ Wenger, J. (2020). Recommandations : Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. Fachverband Sucht.

²⁹ Monod, S., Sautebin, A. (2019). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, 5(226),2353-7.

³⁰ CURAVIVA : https://www.curaviva.ch/files/BJCGFDE/conception_de_la_qualite_de_vie__curaviva_suisse__2017.pdf

Par ailleurs, il existe une tension éthique entre des soins qui visent essentiellement une maximisation de l'espérance de vie, d'une part, et des soins et un accompagnement qui s'attèlent à garantir voire améliorer la qualité de vie³¹⁻³². Les professionnel-le-s de soins doivent se positionner avec justesse et discernement entre leur devoir de protection et le droit à l'autodétermination des bénéficiaires³³. Ceci redirige donc la focale vers les souhaits, désirs et objectifs de vie des bénéficiaires, et poussent les soignant-e-s à entrer en dialogue avec une perspective qui ne s'alignera pas systématiquement avec une approche de promotion de la santé qui serait exclusivement physique-somatique. Ceci nous amène également à considérer les rapports locaux – au sein même d'un établissement de soins – entre la personne bénéficiaire, les professionnel-le-s, les normes et habitudes sociales, ainsi que, le cas échéant, les interactions avec d'autres bénéficiaires.

Dans ce cadre de tension éthique impactant les types de prestations et les objectifs de prise en charge, on retrouve la question de l'abstinence totale visée, mise en tension avec des objectifs de consommation contrôlée. Toutefois, les deux ne s'opposent pas forcément, et dépendent surtout des personnes concernées et de leur situation³⁴. Dans le cas de l'addiction à l'alcool, un retour à une consommation contrôlée peut être envisagé seulement à condition que l'« alcoolodépendance » soit peu sévère, alors que si celle-ci est sévère, il s'agira a priori d'orienter vers un objectif d'abstinence³⁵. Concernant la mise en place concrète, il faut bien s'assurer qu'une série d'éléments sont rencontrés, ainsi : « chaque soignant doit s'assurer qu'il connaît bien le sujet et les limites de celui-ci et que sa hiérarchie le soutient dans la mise en place de ce programme »³⁶. Il s'agit également d'explicitier les paramètres d'évaluation, la notion de verre standard, le plan de traitement et sa négociation, ainsi que les contre-indications (incluant : le refus du/de la patient-e, une situation médicale/psychologique de vulnérabilité liée à l'addiction, des sevrages passés sévères, une répétition d'échecs de consommation contrôlée, des incompatibilités médicamenteuses)³⁷.

2.1.4 Détection et intervention

Une difficulté importante propre au repérage des addictions chez les personnes âgées tient au fait qu'elles sont généralement moins visibles. Ceci peut être lié à l'effet confondant de particularités ou problématiques gériatriques aux niveaux somatiques, émotionnel et social. Ceci peut recouvrir des signes comme : diminution des performances mentales et physiques, étourdissements, chutes, tremblements, fatigue persistante, dépression, négligence de l'hygiène domestique et personnelle, davantage d'isolement.

La détection précoce peut s'implémenter à trois moments-clés. L'un d'eux peut cibler la période pré-retraite, afin de détecter des addictions liées à ce changement de vie (*late onset*). Un autre a trait à la détection d'addictions dès les premiers signes de dépendance, voire même quelque peu en amont, sur base de l'identification de facteurs de risque. Enfin, la détection peut être dite "précoce" aussi aux yeux des professionnel-le-s d'une institution qui n'auraient pas accès aux informations concernant des antécédents addictifs chez l'usager-ère. L'auto-détection d'une dépendance peut être aussi plus difficile dans le cas de prescriptions médicamenteuses prolongées, incorrectes et/ou massives.

Le défi consiste notamment à repérer les consommations à risque et les risques de dépendance, d'une part, et la mise en danger, d'autre part. Le rapport à la dépendance concerne les consommations, le vieillissement, et les prescriptions (de médicaments). Le rapport à la mise en danger s'évalue sur la base des consommations elles-mêmes, de leurs interactions avec des médicaments, et selon les situations (p. ex., requérant attention et équilibre), la santé somatique et psychologique³⁸.

De telles appréciations dépendent fortement d'une concordance dans la compréhension de ces notions de la part de tous les acteur-e-s du réseau de soins entrant en contact avec les seniors. Ceci touche à l'existence de critères, de normes et recommandations, ainsi que d'analyse des risques et de la mise en place d'une procédure systématique.

³¹ Stephanian (2019). Le passage à la retraite, une transition à bien négocier dans une perspective psycho-sociale : Quels risques et conséquences pour soi et son entourage ? *AvantAge*.

³² Wenger, J. (2019). Modèle: Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS. *Fachverband Sucht*.

³³ *Ibid.*

³⁴ Groupement Romand d'Etudes des Addictions (9 novembre 2020). *Consommation contrôlée*.

<https://www.grea.ch/dossiers/consommation-controlee>

³⁵ Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.

³⁶ Gache, P. (2007). Evaluation des programmes de consommation contrôlée. *Dépendances*, 14-17.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Medikamente Beim Älterwerden: Informationen für Personen ab 60 Jahren* (Addiction Suisse, ZüFAM/ZFPS).

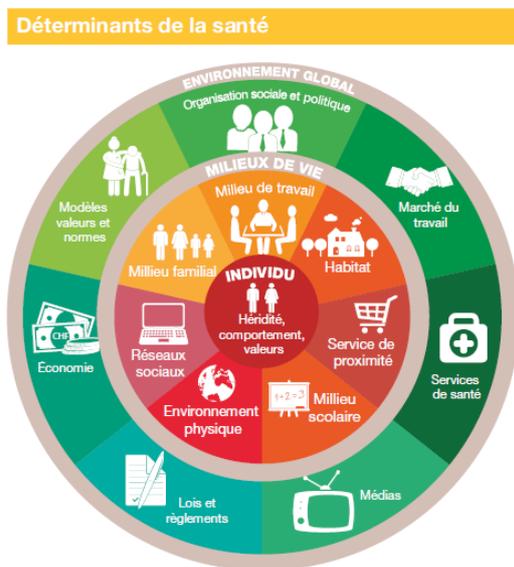
L'objectif recommandé serait de viser des prises en charge plus courtes (soulageant également les soignant-e-s) et de mener une forme de prévention (afin d'écartier le danger ou la péjoration de la situation des personnes âgées). Se pose aussi la question de l'ouverture de soins (p. ex. EMS) à des moins de 65 ans, selon les cas de figure. Le rôle des structures institutionnelles et de la sphère sociale des personnes âgées (potentiellement) concernées est donc primordial.

On observe dans les représentations sociales une tendance à la banalisation des addictions chez les seniors, dont la consommation d'alcool à risque, souvent ancrées dans l'idée que la fin de la vie professionnelle rime avec la fin d'une vie active. Il apparaît essentiel de valoriser l'après-retraite, avec le réajustement psycho-social qui s'en suit et le maintien de la qualité de vie – ceci inclut la prise en compte de la problématique addictive.

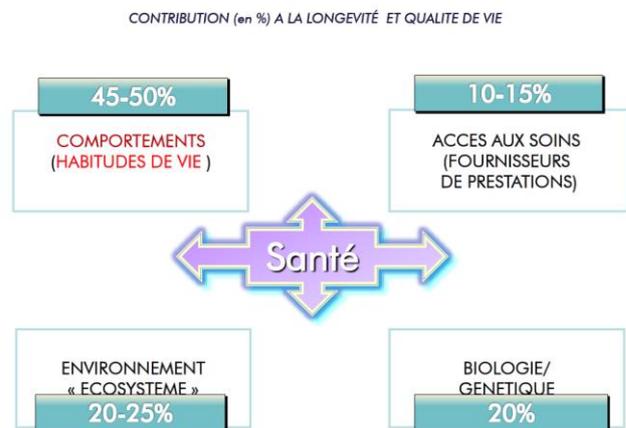
Il est souvent relevé par les acteur-e-s du terrain une tension existant entre le droit à l'auto-détermination des usagers-ères et le devoir de protection par les professionnel-le-s. Il s'agit effectivement de se poser la question des modalités de prise en charge et des objectifs, entre abstinence et qualité de vie, ceux-ci n'allant pas toujours de pair³⁹⁻⁴⁰.

2.1.5 Les déterminants de la santé et facteurs de risques

Les déterminants de la santé sont un terme général pour parler de la grande diversité de facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne, allant de l'environnement dans lequel évolue l'individu à ses comportements et son hérédité. Les études montrent qu'un petit nombre de comportements à risque en sont principalement à l'origine : la consommation excessive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, le tabagisme et la sédentarité. On parle de facteurs de risque. Ils sont traités en priorité dans les politiques occidentales de promotion de la santé et de prévention (cf. schéma ci-dessous, Obsan, 2005)⁴¹.



Source : Obsan, 2005.



Source : Stephanian 2019, AvantAge (Pro Senectute).

³⁹ Wenger, J. (2019). Modèle: Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS. Fachverband Sucht.

⁴⁰ Schaaf, S., Salis Gross, C., Schnoz, D., & Koller, S. (2019). FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen. Forschungsbericht aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Bericht Nr. 397.

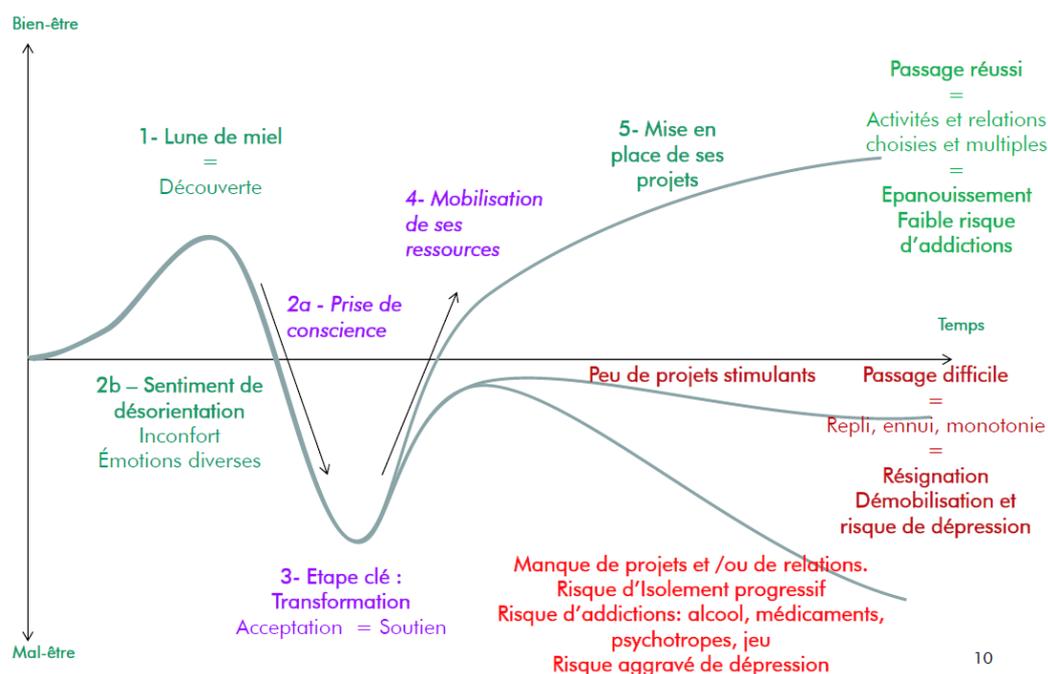
⁴¹ Observatoire suisse de la santé - Obsan (2005). *La santé en Suisse : le point sur les maladies chroniques*, in Rapport national sur la santé (pp. 134-135). Berne.

La part jouée par les habitudes de vie et l'environnement des personnes âgées jouent un rôle tel qu'il paraît primordial de pouvoir proposer des interventions ciblant spécifiquement ces points (cf. schéma ci-dessus, Stephanian 2019)⁴².

2.1.6 Transition retraite et tranches d'âge

Difficultés de plusieurs ordres : identitaires (changement de statut social, fin d'une identité professionnelle), redéfinition de ses activités quotidiennes, contacts sociaux (liens), trouver un nouveau sens/but.

Étapes du passage à la retraite



10

Source: Stephanian 2019, AvantAge (Pro Senectute).

Une distinction est régulièrement faite entre deux types de problématiques d'addiction sur base de la phase de vie où elles ont émergé : **les addictions préexistant à la retraite (*early onset*) et les addictions dites tardives, après la retraite (*late onset*)**. Ce premier type concerne des addictions développées dans un contexte plutôt standard, alors que le second type caractérise très justement l'entrée dans la vieillesse, par une réaction aux changements opérés par la retraite et après la retraite (p. ex., changement de statut social, désœuvrement, deuil de proches)⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶.

Le fait de considérer les tranches d'âge 55-64 ans et 65-74 ans permet de rechercher l'apparition de changements juste autour de l'âge de la retraite, étape charnière de la vie, ainsi que d'effectuer des distinctions avec des formes de vieillesse plus avancées. Cette importance se traduit notamment dans l'observation d'une vulnérabilité spécifique à la tranche d'âge 65-74 ans pour la consommation d'alcool chronique à risque, en Suisse et à l'étranger⁴⁷. Ce groupe se situant juste après la retraite pourrait être typiquement une illustration des difficultés auxquelles les personnes âgées font face suite à la prise de la retraite. De telles distinctions au sein du groupe d'âge des 65+ ans ne sont toutefois pas toujours réalisées.

⁴² Stephanian (2019). Le passage à la retraite, une transition à bien négocier dans une perspective psycho-sociale : Quels risques et conséquences pour soi et son entourage ? AvantAge.

⁴³ Etat de Fribourg, Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS). Plan cantonal action alcool 2018.

⁴⁴ Vigne C. (2003). La dépendance alcoolique en gériatrie. *Gérontologie Société*, 2003;26 / n° 105(2):101-8

⁴⁵ Onen, S. H. (2008). Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *EM Consulte*, 1314(45), 1-55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.008>

⁴⁶ Michaud, P., & Lécallier, D. (2009). Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie Société*, 105(2), 89-99.

⁴⁷ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

Il faut bien sûr nuancer le pouvoir explicatif de ce concept *early-late onset*, étant donné que d'autres éléments pourraient entrer en ligne de compte. Par exemple, il est possible que la phase post-retraite donne lieu à la péjoration d'une problématique addiction déjà latente en phase pré-retraite. Ensuite, une problématique addiction survenant dans la tranche d'âge 85+ ans est très probablement liée à des facteurs sous-jacents bien différents de ceux qui sont présents pour la tranche d'âge 64-75 ans, pourtant, ces problématiques seront toutes deux catégorisées comme *late onset*.

L'importance de ce concept *early-late onset* tient surtout dans l'accent qui est mis sur la détection précoce d'addictions présentes dans la vieillesse.

2.1.7 Différents types d'addiction

Selon l'OMS⁴⁸, dans les pays européens, parmi huit facteurs de risque à une mortalité prématurée, deux d'entre eux sont le tabagisme et la consommation d'alcool⁴⁹. De nombreuses maladies chroniques sont reliées à la consommation d'alcool, 25 selon l'OMS⁵⁰. D'autres addictions doivent être considérées : dépendance aux médicaments, le jeu excessif et la polyconsommation (en particulier pour l'alcool et les médicaments).

Différents systèmes de catégorisation des addictions ou de phénomènes en lien existent, et nous citons ici le travail de Wenger⁵¹, qui est clair et concis sur la question, reprenant des critères de l'ICD-10 (OMS), du DSM-5 (APA) et de l'OFSP : « La consommation de substances psychoactives se différencie en fonction de son intensité et des risques qu'elle présente pour la personne et pour la société. Les transitions entre ses différentes formes sont fluides. La consommation de substances psychoactives est à faible risque (consommation de plaisir, consommation récréative) lorsqu'elle se produit dans des proportions et des circonstances à faible risque ou sans danger pour la personne concernée et son environnement. Une consommation est à risque lorsqu'elle peut causer des dommages à la personne concernée et à son entourage. On distingue trois modes de consommation potentiellement nocifs : (1) consommation excessive, (2) consommation chronique et (3) consommation inadaptée à la situation. L'addiction (dépendance) caractérise la consommation qui persiste même si elle a de graves conséquences sanitaires et/ou sociales pour la personne concernée et son environnement. Les critères principaux qui caractérisent la dépendance sont, entre autres, le besoin compulsif de consommer (*craving*), une capacité réduite à contrôler sa consommation, les symptômes de manque en cas d'abstinence ou de réduction de la consommation, l'apparition d'une tolérance (il faut augmenter les doses pour obtenir le même effet), la négligence des autres intérêts et la poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives connues. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) mentionne également les addictions comportementales, dont celle aux jeux d'argent. L'addiction est toujours un phénomène complexe et multi-causal. Elle repose sur diverses causes biologiques, psychologiques, physiques et sociales (modèle de cause bio-psycho-social). Une automédication persistante peut également entraîner un comportement de dépendance. ».

⁴⁸ World Health Organization (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

⁴⁹ Les six autres étant liés aux habitudes alimentaires et à l'activité physique.

⁵⁰ Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2014). Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use. *Alcohol research: Current reviews*, 35(2), 155-173.

⁵¹ Wenger, J. (2020). Recommandations : Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. *Fachverband Sucht*.

2.1.8 Repères et points spécifiques en lien avec les personnes âgées

Pour l'alcool, le CFAL pose les repères suivants⁵²

Repère 1 Adultes en bonne santé	Les hommes adultes en bonne santé ne devraient pas boire plus de deux verres ² de boissons alcooliques par jour.	Les femmes adultes en bonne santé ne devraient pas boire plus d'un verre ² de boissons alcooliques par jour.
	<p>Il est recommandé de ne pas boire d'alcool pendant plusieurs jours par semaine.</p> <p>Si de l'alcool est exceptionnellement consommé en plus grande quantité durant quelques heures, les hommes ne devraient pas dépasser cinq verres² et les femmes quatre. Une telle dose d'alcool modifie le temps de réaction ainsi que la psychomotricité et les risques d'accident ou de maladie sont nettement plus élevés.</p>	

« On entend normalement par verre standard la quantité d'alcool servie dans un restaurant, à savoir un verre de bière, un verre de vin ou un petit verre d'alcool fort. Un verre standard contient en général de 10 à 12 g d'alcool pur. ».

Repère 4 Personnes âgées	<p>L'âge augmentant, il convient de faire davantage attention. Comme la quantité d'eau dans le corps diminue avec le vieillissement, l'alcool se dilue dans une quantité moindre d'eau et le taux d'alcoolémie s'élève plus rapidement. Pour cette raison, les personnes âgées sont plus sensibles à l'alcool.</p> <p>En outre, l'alcool peut provoquer plus rapidement des atteintes à la santé ou des accidents liés aux pertes d'équilibre et peut avoir un effet négatif sur certaines maladies existantes.</p> <p>Les personnes âgées prennent davantage de médicaments, ce qui implique une attention redoublée.</p>
--	--

Il y est fait mention également que les personnes âgées, réagissant davantage à l'alcool, devraient réduire leurs consommations, or, c'est l'inverse qu'on observe dans les comportements, avec une consommation plus marquée chez les seniors. Cette particularité peut naturellement amener à une sous-estimation de la problématique alcool au sein de la population âgée.

Définition de la consommation à risque pour la santé

Source : *Vade mecum*, JB Daeppen

Hommes - 65 ans	+ 14 verres par semaine (2 par jour) ou + 4 verres par occasions
Hommes + 65 ans et Femmes	+ 7 verres par semaine (1 par jour) ou + 3 verres par occasions

⁵² « Repères relatifs à la consommation d'alcool – 2018 », La Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL).

Encadré 1 Repères concernant la consommation d'alcool chronique⁵³

Hommes	Femmes	
Ne boit jamais d'alcool, abstinent	Ne boit jamais d'alcool, abstinente	➤ Abstinent
0 <= grammes d'alcool par jour <= 20	0 <= grammes d'alcool par jour <= 10	➤ Risque faible
20 < grammes d'alcool par jour <= 40	10 < grammes d'alcool par jour <= 20	➤ Risque modéré
40 < grammes d'alcool par jour <= 60	20 < grammes d'alcool par jour <= 40	➤ Risque moyen
60 < grammes d'alcool par jour	40 < grammes d'alcool par jour	➤ Risque élevé

Un verre standard contient en général de 10 à 12 g d'alcool pur.

Sources : CFAL (2018), OFS (2019).

Consommation problématique et dépendance à l'alcool⁵⁴.

Consommation problématique	Consommation chronique à risque	<p>Concerne un type de consommation reliée aux conséquences potentielles associées et relevées dans les études :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque élevé : > 60g/jour pour les hommes, > 40g/jour pour les femmes. • Risque moyen : entre 40 à 60g/jour pour les hommes et 20 à 40g/jour pour les femmes • Risque faible : < 40g/jour pour les hommes, < 20g/jour pour les femmes
	Consommation ponctuelle/épisode à risque	Lorsque la consommation atteint 50g ou plus pour les hommes et 40g pour les femmes en une occasion (19).
	Consommation inadaptée à la situation	Ce mode regroupe les consommations même en petite quantité lors de situations du quotidien, conduire, grossesse, au travail, lors de prise simultanée de médicaments.
La dépendance à l'alcool		Se définit à travers une perte de contrôle de la consommation d'alcool qui est objectivée. Elle se caractérise par une rupture du fonctionnement habituel (social, quotidien, personnel) du sujet (2).

Pour les médicaments, plusieurs constats peuvent être faits, en particulier concernant l'utilisation de benzodiazépines, qui peuvent être utilisées pour leur effet tranquillisant ou somnifère. Les benzodiazépines présentent un risque élevé de dépendance, d'autant plus chez les personnes 65+ ans dû au fait que la substance demeure plus longtemps dans l'organisme, l'élimination des médicaments se faisant plus lentement⁵⁵. Ils présentent également des effets indésirables (p. ex. somnolence, dépression respiratoire, désinhibition, état dépressif, effets paradoxaux), et c'est pourquoi il est conseillé de les prescrire à dose efficace minimum et pour une durée aussi courte que possible⁵⁶. De plus, les symptômes de sevrage ressemblant fortement aux causes ayant mené à la médication (p. ex. troubles du sommeil, anxiété), une reconsommation et un cercle vicieux peuvent s'instaurer⁵⁷. Bien qu'un petit nombre de troubles psychiatriques justifient la prescription de benzodiazépines, ce sont les médicaments psychotropes pour lesquels les personnes âgées reçoivent le plus fréquemment une prescription⁵⁸. Les femmes et les personnes âgées

⁵³ Obsan, 2019 – Enquête Suisse sur la Santé, 2017.

⁵⁴ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁵⁵ Addiction Suisse et Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne et Zürich 2011.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Singh, S., & Sarkar, S. (2016). Benzodiazepine among the elderly. *Journal of Geriatric Mental Health*, 3, 223-230.

⁵⁸ Del Giorno, R., Ceschi, A., & Gabutti, L. (2017). Benzodiazépines chez les patients âgés : Le côté sombre d'une pilule magique. *Revue Médicale Suisse*, 13, 282-284.

sont les plus susceptibles à des abus de benzodiazépines⁵⁹, et en contexte hospitalier, seulement un tiers des prescriptions de benzodiazépines est approprié⁶⁰.

À côté de ceci, l'utilisation de somnifères, d'analgésiques et d'antitussifs contenant des opiacés peut se révéler également chez la personne âgée. Elle peut refléter la perception subjective de difficultés de sommeil – or, la durée de sommeil nécessaire diminue chez les personnes âgées⁶¹ – ainsi que la fréquence plus élevée de douleurs chroniques chez ces personnes. Les risques associés à la consommation d'hypno-sédatifs augmente fortement avec l'âge, ce à plusieurs niveaux : mobilité (chutes, fractures), cognition (traitement de l'information, état confusionnel, vigilance), sommeil, addictologie (dépendance, tolérance)⁶².

Le tabagisme est associé, tant chez les femmes que chez les hommes, en moyenne à une diminution de 10 années d'espérance de vie⁶³. Elle est d'autant plus problématique dans le contexte de problèmes cardio-vasculaires ou respiratoires⁶⁴. Une méta-analyse portant sur le tabagisme chez des personnes âgées de 60 ans et plus⁶⁵ la mortalité toute-cause (attribuable spécifiquement au tabagisme) était plus élevée chez les personnes fumeuses. Elle a montré que la mortalité relative est plus élevée de 83% pour les personnes actuellement fumeuses, et de 34% pour les personnes anciennement fumeuses, en comparaison à des personnes n'ayant jamais fumé. Cette même étude indique que la mortalité est associée à la quantité de cigarettes fumées ainsi qu'à la durée depuis l'arrêt des comportements tabagiques. Ces données suggèrent un avantage à l'arrêt du tabagisme à tout âge, que ce soit à 60-69 ans, 70-79 ans ou 80+ ans.

Le jeu excessif est une problématique peu investiguée chez les seniors. Si les seniors n'apparaissent pas plus enclins à ce type d'addiction que leurs cadets et cadettes, ils présentent toutefois une certaine vulnérabilité propre à l'âge post-retraite, liée par exemple aux aspects financiers, ainsi qu'aux comorbidités addictives et plus généralement psychiatriques. Une étude menée dans le canton de Fribourg⁶⁶ pose le constat suivant financier suivant : « ... une pratique de jeu intensive va rapidement entraîner une personne à la retraite dans des difficultés budgétaires puisqu'une augmentation des revenus n'est guère possible et que de nouveaux apports de ressources semblent compliqués à envisager. Cette distorsion engendre souvent une problématique accrue pour ce groupe... » (p. 25). Ses auteurs rendent compte d'une série de facteurs de vulnérabilité : « retraite non préparée, du temps libre à gérer, une identité bouleversée, un réseau social diminué, un revenu et un mode de vie modifié et des pertes physiques. » (p.24). Les motivations à s'adonner au jeu de manière excessive semblent, pour les personnes âgées, principalement viser à se relaxer, remplir le temps libre et éviter l'ennui. Cette étude relève qu'un constat réalisé à l'internationale est que la prévalence de jeu dit problématique est plus élevée chez les 60 ans et plus (10-18% selon une étude américaine) que dans la population générale. Concernant le jeu excessif dans le contexte du casino, on constate des consommations d'alcool et de tabac plus élevées chez les joueurs⁶⁷. La polyconsommation est alors caractérisée par toute une série de problèmes d'ordres divers (p. ex., aspects financiers et médicaux, renforcement mutuel de conduites addictives, ou rétrécissement des sphères d'activité) qui peuvent entraîner rapidement une péjoration de la situation globale de la personne.

La polyconsommation de substances est méconnue chez la personne âgée, or les risques peuvent être très lourds, par exemple lors de la consommation simultanée d'alcool et de médicaments (chutes, hospitalisations, décès, etc.). Les interactions peuvent être complexes et néfastes. La prise d'alcool peut diminuer les effets primaires (efficacité) de

⁵⁹ Cloos, J.-M., Bocquet, V., Rolland-Portal, I., Koch, P., & Chouinard, G. Hypnotics and triazolobenzodiazepines best predictors of high dose benzodiazepine use: Results from the Luxembourg national health insurance registry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 273-83.

⁶⁰ Dell'osso, B., & Lader, M. (2011). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry*, 28, 7-20.

⁶¹ Addiction Suisse et Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne et Zürich 2011.

⁶² Amatéis, C., & Büla, C. (2007). Insomnies chez les personnes âgées : Quelle approche ? *Revue Médicale Suisse*, 3, 32656.

⁶³ Jung, S. Y., Lee, K., & Kim, S. (2014). 2014 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress - What We Should Know and What We Can Learn. *Journal of the Korean Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 5(2), 94-107.

⁶⁴ Dietschi, I. (2018). Personnes très âgées et polymorbides : Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique – une mesure pour promouvoir les soins coordonnés. Office fédéral de la santé publique (OFSP).

⁶⁵ Gellert, C., Schöttker, B., & Brenner, H. (2012). Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 172(11), 837-844.

⁶⁶ Bach, R., & Morel G. (2017). Prévention du jeu excessif et de l'hyperconnectivité auprès des publics en situation de vulnérabilité: Une nouvelle approche de la prévention dans le canton de Fribourg. Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁶⁷ Reper (2014). Dossier: Seniors et jeu excessif.

certaines médicaments, ralentir considérablement leur demi-vie et accroître leurs effets secondaires, avec en retour une augmentation des effets de l'alcool⁶⁸.

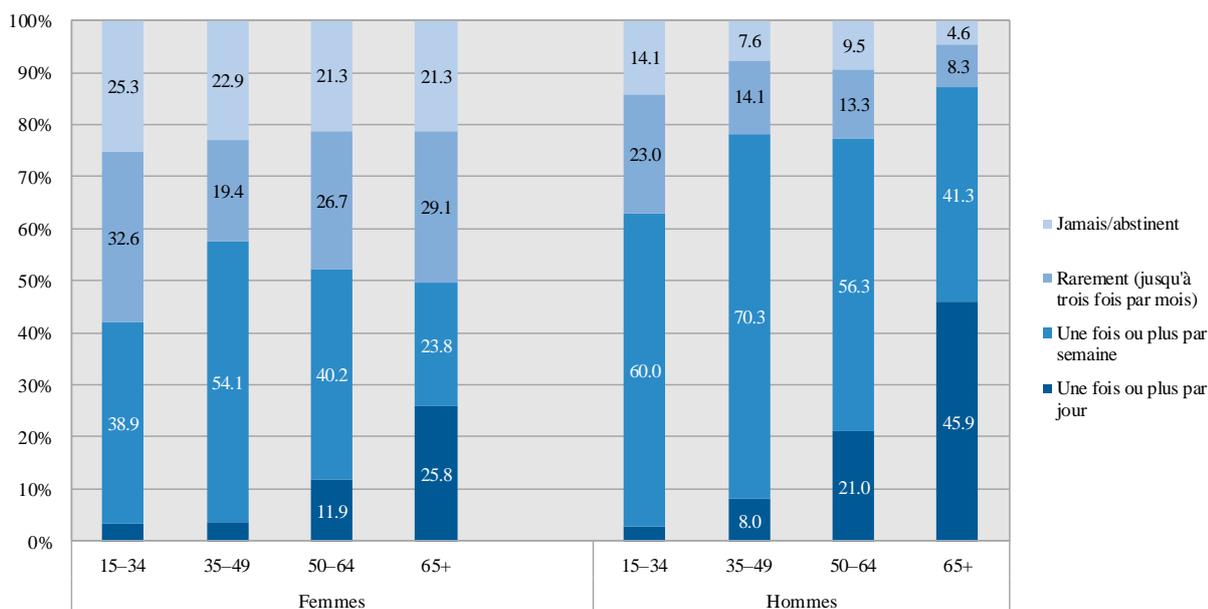
2.1.9 Données existantes en Suisse et pour Fribourg

Les informations sont structurées par types d'addiction, en présentant en premier lieu les données existantes pour le canton de Fribourg, ensuite des données nationales ou internationales.

Alcool

Sur le canton, plus d'une personne sur cinq est concernée par une consommation à risques modérés à élevés, parmi les personnes âgées de 50-64 ans. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, cette problématique représente près d'une personne sur trois. On constate une augmentation progressive avec l'âge de cette consommation à risque modérés à élevés. Il ne semble pas y avoir d'augmentation brusque à l'âge de la retraite (65+), par rapport à l'évolution entre les groupes d'âge inférieurs (35-49 ans et 50-64 ans) qui est déjà marquée d'un groupe à l'autre, indiquant une évolution progressive avec l'avancée en âge. Il existe une différence de genre, les hommes étant davantage concernés par une consommation d'alcool à risque. Cette observation au niveau cantonal reflète bien ce qui peut être constaté au niveau national. Plus précisément, sur le canton de Fribourg, la proportion d'hommes qui boivent de l'alcool une fois ou plus par jour est un peu moins de deux fois celle des femmes, ce dans toutes les tranches d'âge depuis 35 ans (35-49, 50-64, 65+). Voir les tableaux ci-dessous. Ces chiffres proviennent du « Rapport sur la santé dans le canton de Fribourg - Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 » de l'Obsan⁶⁹.

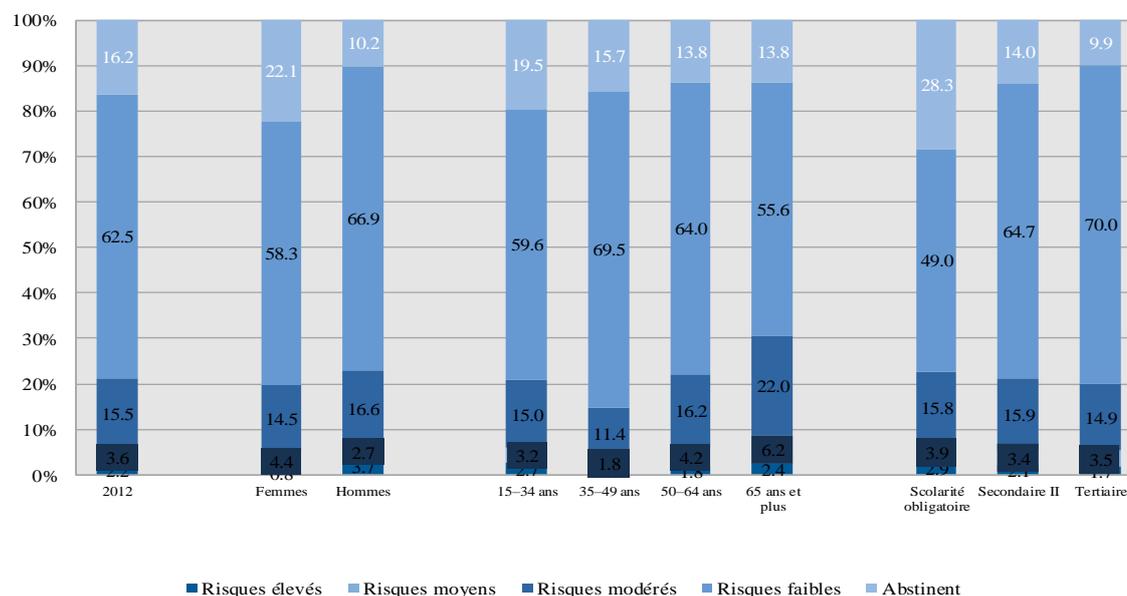
– Consommation d'alcool selon l'âge et le sexe (canton de Fribourg)



⁶⁸ Addiction Suisse et Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, Lausanne et Zürich 2011.

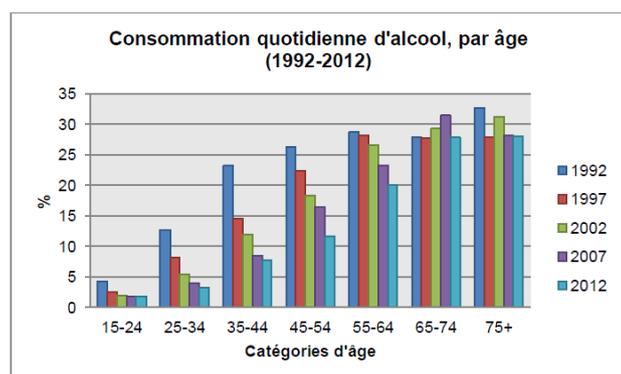
⁶⁹ Roth, S. (2020). Rapport sur la santé dans le canton de Fribourg : Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

– Consommation d'alcool chronique à risque selon l'âge, le sexe et la formation (canton de Fribourg)



Ces données ne permettent toutefois pas de distinction au sein du groupe des 65+ ans. Ceci serait utile pour identifier si, dans le canton, les 65-74 ans sont plus à risque. Cette tranche d'âge de 65-74 ans apparaît particulièrement vulnérable face à une addiction à l'alcool, selon des données récoltées à l'échelle nationale et internationale⁷⁰.

Pour la Suisse ces vingt dernières années, la consommation moyenne tend à baisser dans toutes les tranches d'âges sauf chez les 65-74 ans⁷¹. Ce constat vaut aussi pour la consommation simultanée d'alcool et de médicaments⁷². De plus, des comparaisons entre groupes d'âge indiquent que les intoxications alcooliques et la dépendance à l'alcool augmentent jusqu'à atteindre un pic pour les 55-74 ans chez les hommes, et les 45-74 ans chez les femmes.

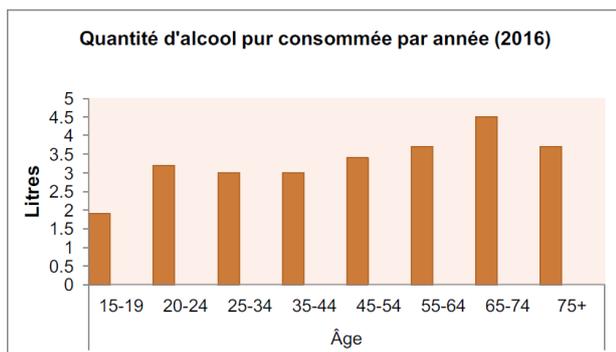


Source : Office fédéral de la statistique (OFS) - Enquête suisse sur la santé (ESS) 2014.

⁷⁰ Savary, J.-F., Cornut, M., & Marin, P. A. (2018). La consommation d'alcool chez les personnes âgées : Une revue de la littérature dans le cadre de l'avant-projet du Projet Prévention Intercantonal Alcool (PIA). Groupement Romand d'Etudes des Addictions.

⁷¹ Enquête suisse sur la santé (2017).

⁷² *Ibid.*



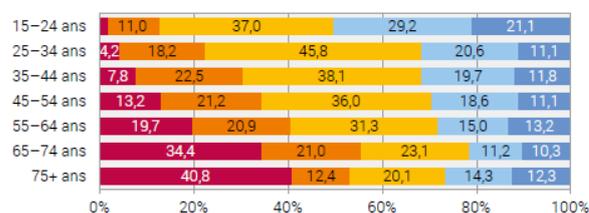
Source : Monitoring suisse des addictions 2016 (selon les données de l'enquête CoRoIAR, 2016).

Consommation d'alcool selon l'âge, en 2017

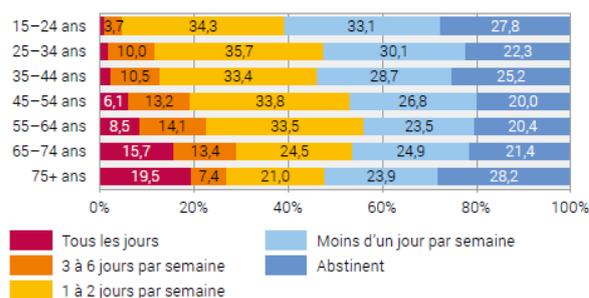
Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G1

Hommes



Femmes



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

Source : Office fédéral de la statistique (OFS) – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017

A l'échelle nationale, on voit que les personnes âgées ont une forte consommation d'alcool :

- Entre 1992 et 2002, toutes les tranches d'âge de la population suisse avaient tendance à diminuer en termes de consommation quotidienne d'alcool, à l'exception des 65-74 ans et des 75+ ans (cf. graphique ESS 2014 ci-dessus).
- Au niveau de la quantité d'alcool pur consommée par année, le groupe d'âge des 65-74 ans s'avère le plus problématique (cf. graphique du Monitoring suisse des addictions 2016 ci-dessus).
- Parmi les 65+ ans, plus d'un homme sur trois consomme de l'alcool quotidiennement, et ce chiffre monte à 41% parmi les hommes de 75+ ans⁷³. La visualisation de données de l'OFS 2019 (cf. graphiques ci-dessus), montre une augmentation assez linéaire, d'un groupe d'âge à l'autre, dans la consommation journalière d'alcool, tant pour les hommes que pour les femmes.
- Par groupes d'âge, on constate les proportions suivantes pour une consommation allant de 1x/jour à 5-6x/semaine : 16.2% pour les 55-64 ans, 28.2% pour les 65-74 ans, et 29.1% pour les 75+ ans⁷⁴.
- 7-7.5% des 65+ ans ont une consommation d'alcool chronique à risque⁷⁵. Ce chiffre est toutefois sous-évalué, étant donné que l'alcool a des effets deux fois plus forts chez la personne âgée (car il se dilue dans une quantité moindre d'eau contenue dans le corps). Parmi les 55-64 ans, 3.7% ont une consommation d'alcool chronique à risque moyen et 1.4% une consommation à risque élevé. Pour les 65-74 ans les proportions sont, respectivement, de 6.7% et 0.9%. Parmi les 75+ ans, ces proportions sont de 4.2% et de 1.0%⁷⁶.
- L'ivresse ponctuelle se retrouve aussi chez les consommateurs chroniques à risque : 4.4% des 65-74 ans.⁷⁷

⁷³ Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé 2017. Consommation d'alcool, en 2017.

⁷⁴ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmeil, C., & Flury, R. (2013). Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse 2012. Addiction Suisse, Lausanne, Suisse.

⁷⁵ OFSP. Consommation d'alcool en Suisse en 2016.

⁷⁶ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmeil, C., & Flury, R. (2013). Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse 2012. Addiction Suisse, Lausanne, Suisse.

⁷⁷ *Ibid.*

- La consommation d'alcool à risque est davantage liée à la consommation de tabac. Pour les personnes âgées de 65+ ans : 18.5% des consommateurs à risque fument également, alors que c'est le cas pour seulement 8.5% pour les personnes qui n'ont pas une consommation à risque⁷⁸.

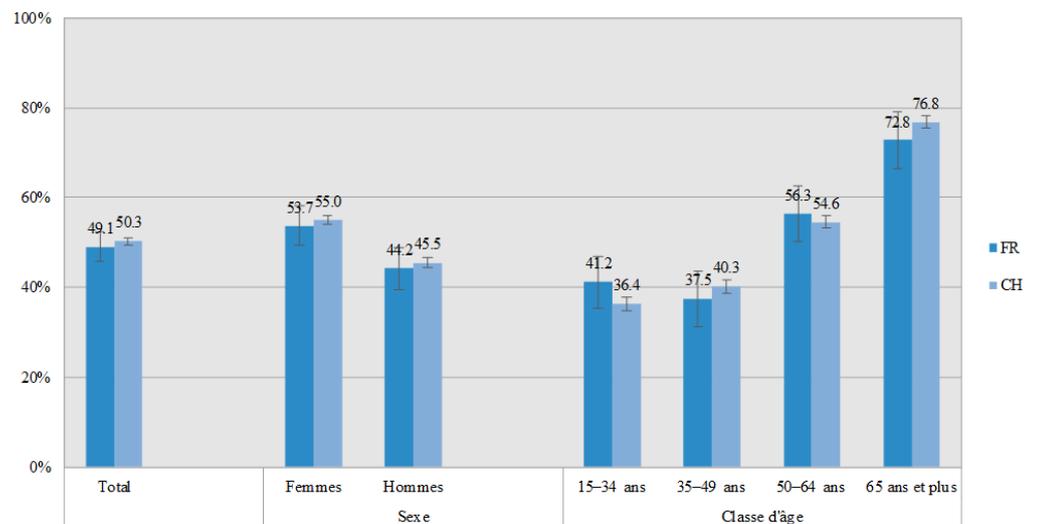
Il faudra distinguer les early onset des late onset, respectivement : la dépendance à l'alcool préexistant à la retraite, ou consécutive à la retraite. En Suisse, le ratio entre le premier groupe et le second est de 2/3 à 1/3, respectivement⁷⁹⁸⁰.

2.1.10 Médicaments

Dans le canton ainsi qu'au niveau national, la consommation de médicaments augmente nettement avec l'âge à partir de l'âge de 50 ans, avec une seconde augmentation après 65 ans. Davantage de femmes que d'hommes consomment des médicaments, respectivement 53,7% et 44,2% dans le canton⁸² (cf. diagramme ci-dessous).

- *Consommation de médicaments* (« un ou plusieurs médicaments⁸³ durant la semaine précédant l'enquête) :

G 3.27 Consommation de médicaments selon le sexe et l'âge 2017 (7 derniers jours)



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

La grande majorité de seniors consomment, en Suisse, au moins un médicament, et la polymédication augmente fortement à chaque tranche d'âge, de 65-74 ans à 75-84 ans et 85+ ans. Cette observation peut être faite aussi pour les médicaments psychotropes, en particulier pour les femmes, avec une forte augmentation entre 65-79 à 80+⁸⁴.

Pour l'utilisation de médicaments psychotropes, seule l'information au niveau national est disponible, montrant un lien fort avec la présence de problèmes psychiques. La consommation de tels médicaments augmente drastiquement à partir de 80 ans chez les femmes, passant de 24% à 32%.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Vigne C. (2003). La dépendance alcoolique en gériatrie. *Gérontologie Société*. 2003;26 / n° 105(2):101-8

⁸⁰ Onen, S. H. (2008). Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *EM Consulte*, 1314(45), 1-55.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.008>

⁸¹ Michaud, P., & Lécallier, D. (2009). Risque alcool chez les plus âgés. *Gérontologie Société*, 105(2), 89-99.

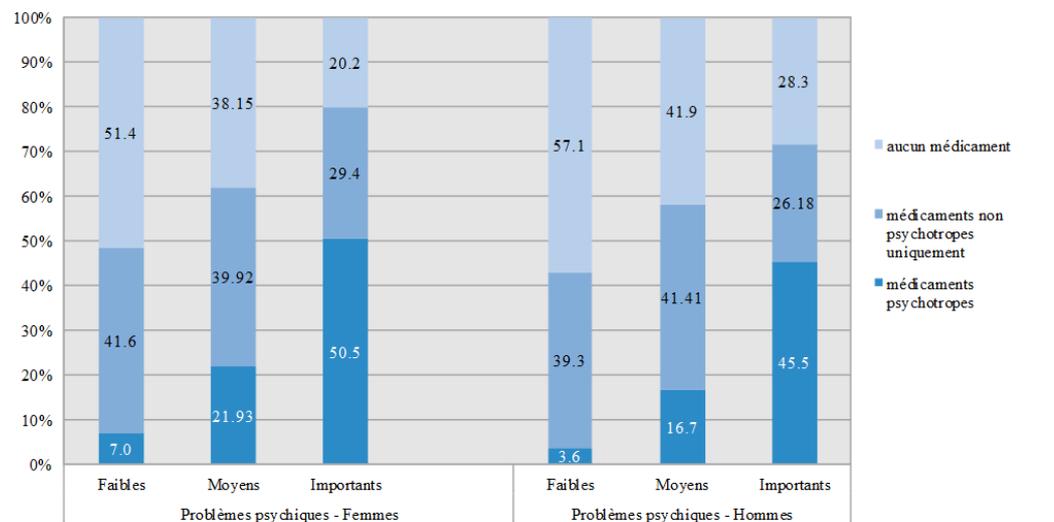
⁸² Roth, S. (2020). Rapport sur la santé dans le canton de Fribourg : Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

⁸³ Tous médicaments confondus.

⁸⁴ Merçay, C. (2019). La santé des 65 ans et plus en Suisse latine : Analyses intercantionales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

– *Consommation de médicaments psychotropes vs non-psychotropes et risques psychiques en Suisse :*

G 3.28 Consommation de médicaments selon la présence de problèmes psychiques et le sexe, Suisse, 2017 (7 derniers jours)

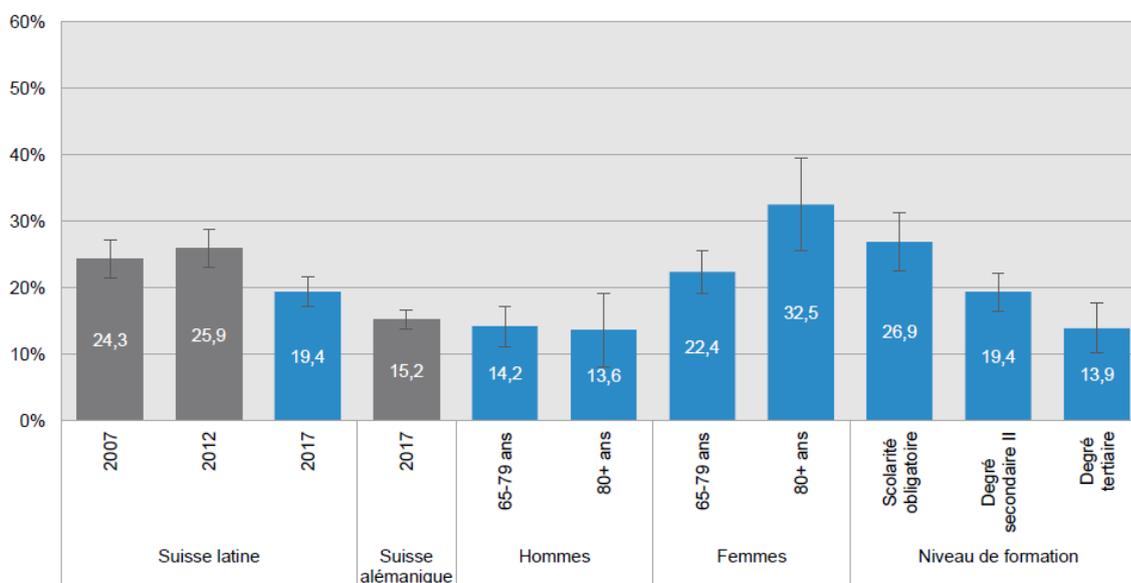


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé 2017

© Obsan 2020

– *Consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en Suisse :*

G 15 Consommation de médicaments psychotropes (7 derniers jours), personnes âgées de 65 ans et plus, Suisse latine, 2017



Suisse latine: n=1683 (2007), n=1681 (2012), n=1721 (2017); Suisse alémanique: n=2968.

Source : OFS – Enquête suisse sur la santé 2007, 2012 et 2017

© Obsan 2019

On constate une différence d'effet de l'âge sur la consommation problématique selon le type de substance, alcool ou médicaments psychotropes. Pour l'alcool, le groupe à risque semble être les 65-74 ans, et pour les médicaments psychotropes (pour les femmes), il s'agit des 80+ ans. De manière plus générale, on constate que pour plus de 20% des personnes qui prennent des médicaments (tous compris) consomment – de souvent à toujours - de l'alcool le même jour⁸⁵. Cette proportion élevée présente donc un risque élevé d'interaction médicaments-alcool.

⁸⁵ Wicki, M., & Schneider, E. (2019). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2003 bis 2016 (Forschungsbericht Nr. 104). Lausanne: Sucht Schweiz.

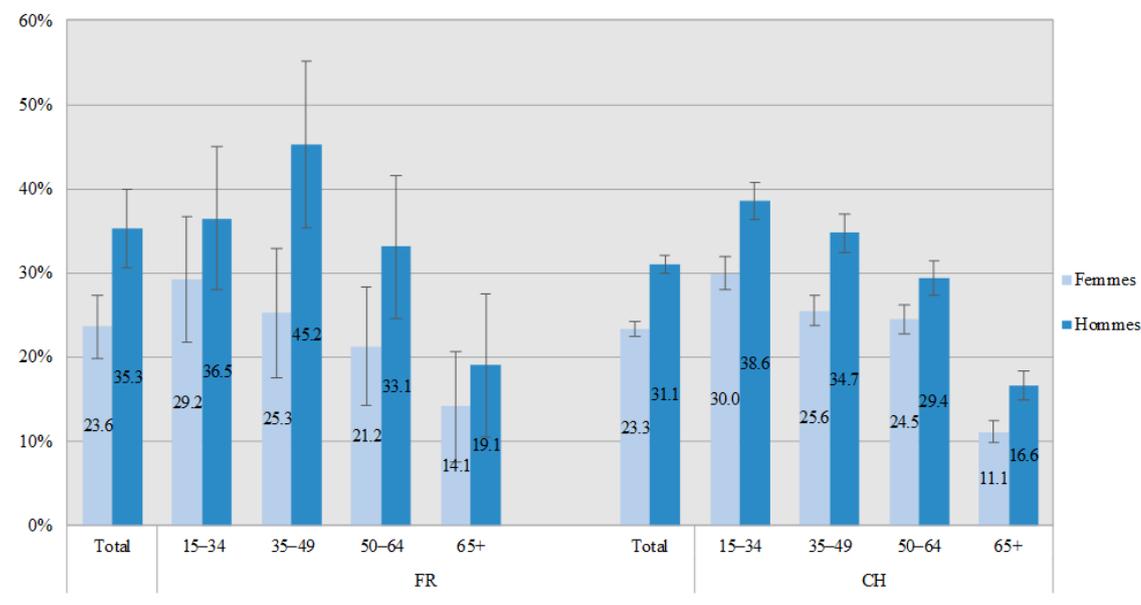
A l'échelle nationale, on peut faire les observations suivantes :

- Concernant la prise de somnifères, 11.1% des 65-79 ans et 16.3% des 80+ ans en ont consommé au cours des 7 derniers jours. Pour les calmants/tranquillisants, ces chiffres sont de 7.9% et 11.2%, respectivement. Au niveau des antidépresseurs, les proportions sont, respectivement, de 6.5% et 6.3%⁸⁶.
- 13.0% des 65+ ans ont une consommation élevée (prise quotidienne ou quasi quotidienne) de médicaments (au moins un psychotrope puissant : somnifères/calmants, analgésiques puissants ou psychostimulants)⁸⁷.
- Environ 10% des 65+ ans prennent des somnifères et tranquillisants quotidiennement et prescrits, depuis au moins 3 mois. Parmi ces médicaments, 40-50% sont des benzodiazépines ou médicaments similaires⁸⁸.
- Il y a une prescription de benzodiazépines élevée dans la population suisse (environ 20%), ainsi qu'un nombre d'hospitalisations plus important chez les personnes qui en consomment⁸⁹.
- 50% des patient-e-s ayant reçu une prescription aux benzodiazépines endéans les six derniers mois sont âgés de 65 ans et plus, et parmi ces gens la proportion de femmes est plus élevée, atteignant les 67%⁹⁰.

2.1.11 Tabagisme

Dans le canton, le tabagisme est plus élevé chez les hommes (35,3%) que chez les femmes (23,6), et il diminue de 50-64 ans (33.1% et 21.2%, respectivement) à 65+ ans (19.1% et 14.1%, respectivement), tout en conservant une semblable différence de genre⁹¹. Cependant, les différences entre groupes d'âge ne sont pas statistiquement significatives. Pour plus de détails, voir le diagramme détaillé ci-dessous.

Consommation de tabac sur le canton de Fribourg (l'évolution selon l'âge n'est pas statistiquement significative dans le canton) :



⁸⁶ Merçay, C. (2019). La santé des 65 ans et plus en Suisse latine : Analyses intercantonales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

⁸⁷ Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C., & Flury, R. (2013). Monitoring suisse des addictions : Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse 2012. Addiction Suisse, Lausanne, Suisse.

⁸⁸ Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2015). Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiven und anderen Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2013. Sucht Schweiz, Lausanne Schweiz.

⁸⁹ Luta, X., Bagnoud, C., Lambiris, M., Decollogny, A., Egli, Y., Le Pogam, M. A., ... & Marti, J. (2002). Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: A cross-sectional analysis of claims data. *BMJ Open*, 10(1), 1-10.

⁹⁰ Petitjean, S., Ladewig, D., Meier, C. R., Amrein, R. & Weisbeck, G. A. (2007). Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: Results from a national survey of community pharmacies. *BMJ Open*, 10(1), 292-298.

⁹¹ Roth, S. (2020). Rapport sur la santé dans le canton de Fribourg : Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

2.1.12 Jeu excessif

L'association Reper⁹² nous fournit un ensemble d'informations précieuses à propos des personnes âgées et du jeu excessif, se focalisant sur les jeux de casinos. Parmi les gens qui fréquentent les casinos en Suisse, 50% sont âgés de plus de 55 ans. Le passage à la retraite ainsi que la perte du/de la conjoint-e peuvent être des facteurs déclencheurs. Les personnes âgées dépendantes au jeu présentent généralement une série de facteurs de risque comme : l'isolement (passage à la retraite, perte du conjoint, déclin physique), déclin cognitif, groupe-cible de campagnes publicitaires pour le jeu, médication (p. ex., anti-Parkinsoniens) et troubles du contrôle des impulsions. On y observe fréquemment des comorbidités, qu'elles soient médicales, psychologiques, ou en lien avec d'autres addictions (tabagisme, dépendance à l'alcool), comme c'est le cas de manière générale pour le jeu excessif. Les femmes semblent davantage touchées que les hommes.

2.1.13 Autres types d'addictions

Consommation de cannabis : sur le Canton de Fribourg, parmi les 50-64 ans, 0,7% et 1,8%, respectivement, en ont consommé les 30 derniers jours et pendant les 12 derniers mois⁹³.

Utilisation problématique d'internet : sur le Canton de Fribourg, les tranches d'âge 50-64 ans et 65+ ans sont peu concernées, 1,1% chacune, en comparaison aux plus jeunes, 10,7% chez les 15-34 ans⁹⁴. Cette faible proportion nous amènera à ne pas examiner ce type d'addiction dans le cadre de notre enquête. Bien que cette utilisation puisse inclure le jeu en ligne, il semble que le jeu excessif chez la personne âgée ne se passe pas principalement en ligne.

Dépendance aux opiacés : bon nombre de consommateurs arrivant au 3^{me} âge poursuivent leur consommation. Les problèmes de santé physique et psychique (VIH, hépatite, psychopathologies, dysfonctionnement cognitif, comorbidité psychiatrique, polyconsommation), risquent de s'amplifier avec le processus normal de vieillissement. Vraisemblablement, ces personnes auront besoin d'un accompagnement médico-social plus tôt et plus intense que la moyenne de personnes âgées.

Toutefois, les données chiffrées issues d'enquêtes nationales permettent d'estimer une fréquence de consommation à risque sans pour autant donner une idée de l'impact des consommations sur le besoin de prise en charge, ni sur le poids ressenti par les institutions de soins.

⁹² Reper (2014). Dossier : Seniors et jeu excessif.

⁹³ Roth, S. (2020). Rapport sur la santé dans le canton de Fribourg : Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017. Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

⁹⁴ *Ibid.*

3 Préparation d'une récolte empirique de données dans le canton

3.1 Objectifs et procédure

Les objectifs du présent état des lieux étaient donc :

- 1) Connaître la situation en quantité et en qualité des personnes âgées ayant un problème d'addiction dans le canton en questionnant les professionnel-le-s concerné-e-s (en particulier polytoxicomanie, alcool, médicaments et jeu excessif) :
 - a. Les différents types de problèmes constatés dans les quatre tranches d'âges (lister les problèmes (de santé physique et psychique, sur l'environnement social, ... et identifier la façon de prendre en compte ces problèmes aujourd'hui.
 - b. L'intensité de ces problèmes et le nombre de personnes concernées.
- 2) Lister les besoins des personnes âgées et des professionnel-le-s ;
- 3) Lister les pistes de travail réalistes et applicables pour améliorer la situation.

La procédure a consisté en quatre étapes :

- 1) Obtenir une vue d'ensemble de la situation par la consultation de groupes d'expert-e-s, afin :
 - a. D'élaborer un questionnaire adressé à un panel de professionnel-le-s concerné-e-s portant sur certains aspects quantitatifs.
 - b. D'apporter une compréhension fine des problèmes rencontrés sur le terrain et des besoins, ainsi que des évaluations et interventions.
- 2) Récolter des données d'ordre quantitatif, permettant d'estimer l'importance de la problématique addictions chez les personnes âgées sur le canton.
- 3) Analyse des données quantitatives et qualitatives dans la perspective d'une formulation de pistes de recommandation concrètes en vue d'une amélioration de la situation.
- 4) Soumission des pistes de recommandations aux expert-e-s consulté-e-s et du Comité de pilotage (COPIL) réunissant les chef-fe-s de service de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).

Les groupes d'âge ont été distingués comme suit : 55-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85+ ans.

4 Données de nature quantitative (chiffrées)

4.1 Questionnaire et institutions répondantes

Afin d'obtenir une estimation chiffrée de la problématique addiction chez les personnes âgées, un même questionnaire a été envoyé aux institutions suivantes sur l'ensemble du canton de Fribourg :

- EMS (publics)
- Aide et soins à domicile
- Service des Curatelles/justices de paix
- RFSM – ambulatoire : CCA et psychogériatrie
- RFSM – hospitalier : secteur adulte et secteur de la personne âgée

La visée était de recenser les cas 55+ ans concernés par la présente problématique addictions pour lesquels le soutien est moyen à intense. Le but est ici de fournir une vision d'ensemble sur le canton de Fribourg de la problématique addictions chez les personnes âgées, par sexe et par groupes d'âge.

4.1.1 Remarque sur les cas addictions « lourds »

Une série de facteurs cooccurrents ont été identifiés par des experts du RFSM comme les plus déterminants dans l'augmentation de l'intensité de soutien requis par les bénéficiaires :

- Troubles cognitifs (débutants ou avancés)
- Comorbidité psychiatrique
- Hospitalisations multiples
- Problèmes somatiques importants
- Problèmes professionnels, perte d'emploi, ou en démarche vis-à-vis de l'AI
- Problèmes de liens sociaux (familiaux, de couple, de solitude)

4.2 Considérations concernant les données analysées

4.2.1 Période

La récolte de données a été focalisée sur la période du mois de juin 2020, exception faite du RFSM pour qui la période était juin 2019.

4.2.1.1 Cohorte

Il y a un **recouvrement** de cas à attendre entre institutions, en particulier avec le service des curatelles, et c'est pourquoi celui-ci sera traité à part dans plusieurs types d'analyses statistiques. Pour les autres institutions, ce recouvrement peut être considéré comme minime, étant donné la période brève d'un mois (juin 2020). S'il y a un effet de surestimation possible du nombre de cas, celui-ci devrait être minime.

Pour le RFSM domaine hospitalier, l'avantage ici est de disposer de chiffres chez l'adulte qui ne sont pas uniquement liés à une prise en soins premièrement addictologique. Ceci permet d'obtenir une vue plus **large** du poids ressenti par cette institution psychiatrique de cas personnes âgées (55-64 ans en l'occurrence) et addictions.

Pour le RFSM domaine ambulatoire, le fait que la tranche d'âge 55-64 ans ne soit pas entièrement concernée par la problématique addiction est dû à deux aspects : une partie est issue de la psychogériatrie (qui n'est pas systématiquement touchée par cette problématique), et une autre partie, minoritaire, qui consulte en addictologie (adulte) ne présente pas forcément une problématique addiction, mais bénéficie tout de même de soins psychiatriques dispensés par des professionnel-le-s de cette institution.

4.2.1.2 Soutien (moyen à intense)

Les « cas addictions » recensés concernent uniquement des cas requérant un soutien moyen à intense, c'est-à-dire sur la base des quatre domaines suivants : 1) autonomie/dépendance, 2) gestion de sa santé, 3) gestion de son logement,

4) cumul d'intervenants/fréquence. Cette notion de degré de soutien n'est pas spécifique à l'addiction, mais peut dépendre de multiples dimensions.

>Soutien moyen : par exemple, personnes avec peu d'indépendance fonctionnelle, nécessitant un rythme de soutien assez fréquent, impliquant plusieurs intervenants pour presque tous les quatre domaines.

>Soutien intense : par exemple, personnes avec très peu d'indépendance fonctionnelle, rythme de soutien élevé, par différents intervenants aux expertises variées, à la fois pour la prise en charge des aspects somatiques et psychologiques et pour gérer son logement. Dans le cadre des interactions avec les professionnel-le-s du RFSM, et afin d'éviter un effet plafond et de tenir compte de la lourdeur relative au cadre institutionnel, un point de clarification avait été ajouté. Il s'agissait donc pour eux de recenser les cas : pour lesquels les intervenants sont démunis parce qu'il y a un manque de structure adéquate dans le canton actuellement, une mise en échec systématique de l'offre de soins et des multiples intervenants professionnels, un épuisement des prestations disponibles, une grande chronicité.

4.2.1.2.1 Types d'addiction

Les chiffres caractérisant la représentativité d'un type d'addiction donné sont exclusifs à ce type d'addiction, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte de la polyconsommation. Il faut alors les considérer un à un.

Une sous-estimation des cas concernés a pu survenir, et serait due au repérage non-systématique des addictions, selon le type d'institution, il y a sans doute un effet de sous-estimation de certains types d'addiction. Par exemple, lorsque les personnes bénéficient de soins à domicile certaines addictions peuvent passer inaperçues. Dans le cadre du RFSM, on constate notamment une sous-estimation du tabagisme liée à un faible recensement de cette information en comparaison à des types d'addiction donnant lieu à une prise en charge prioritaire (p. ex., alcool, médicaments).

4.2.1.2.1.1 Early vs late onset

Dans le cadre de cette récolte quantitative de données, il n'aura à aucun moment été question de pouvoir repérer spécifiquement des cas d'addictions préexistant à la retraite ou en étant consécutives. En effet, il s'agit d'une information précise qui serait trop contraignante et incertaine à rechercher, si on considère l'ensemble des institutions sollicitées. Tout au plus, une attente particulière vis-à-vis de l'addiction à l'alcool était que les groupes des 55-64 ans et 65-74 ans présentent potentiellement une proportion de cas addictions plus élevée que dans les autres groupes d'âge. Cependant, il ne serait pas suffisant de s'en tenir à cette distinction selon les groupes d'âge, car des problèmes d'addiction peuvent se chroniciser et devenir manifestes aux yeux des professionnel-le-s à un âge plus avancé, c'est-à-dire avec un certain décalage. De plus, des problèmes d'addiction peuvent être transitoires et manifestés dans un temps très circonscrit, passant éventuellement hors du repérage ambitionné par cette récolte.

4.3 Résultats quantitatifs

Remarque générale : les "cas addictions lourds" correspondent aux cas identifiés par les professionnel-le-s du terrain comme requérant un degré de soutien allant de moyen à intense.

4.3.1 Données générales sur l'échantillon

Tableau 1. Ensemble des bénéficiaires 55+ ans (pas uniquement cas addictions)

	<i>N institutions</i>	<i>N bénéficiaires</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %⁹⁵</i>	<i>E.t. %⁹⁶</i>
ASD	7	2743	59.18	94.85	81.51	13.90
Curatelles	8	548	28.40	88.89	50.93	21.63
EMS	39	2372	90.00	100.00	99.54	1.66
		197⁹⁷				
RFSM ambulatoire	1	(43.11%)				
		83				
RFSM hospitalier	1	(33.33%)				
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>5943</i>	<i>28.40</i>	<i>100.00</i>	<i>88.15</i>	<i>21.75</i>

Les pourcentages indiquent la représentativité des bénéficiaires de 55+ ans par rapport à l'ensemble de l'échantillon et par types d'institutions.

Tableau 2. Ensemble des bénéficiaires tous âges confondus - pas uniquement cas addictions

	<i>N institution</i>	<i>Cas absolus</i>
<i>Par groupes d'âge</i>		
General tous <55 ans	56	1531
General 55-64	56	668
General 65-74	56	1042
General 75-84	56	1812
General 85+	56	2421
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>7474</i>
<i>Par sexe</i>		
General fem tous (incl. <55)	56	4350
General hom tous (incl. <55)	56	3124
<i>Total</i>	<i>56</i>	<i>7474</i>

L'échantillon total de bénéficiaires pris en compte était de N=7474. Les femmes étaient représentées à un quart environ plus que les hommes. Le groupe d'âge le plus représenté était celui des 85+ ans. Les bénéficiaires étaient majoritairement "âgés" (55+ ans), et constituaient environ 80% de l'ensemble de l'échantillon investigué.

⁹⁵ Moyenne.

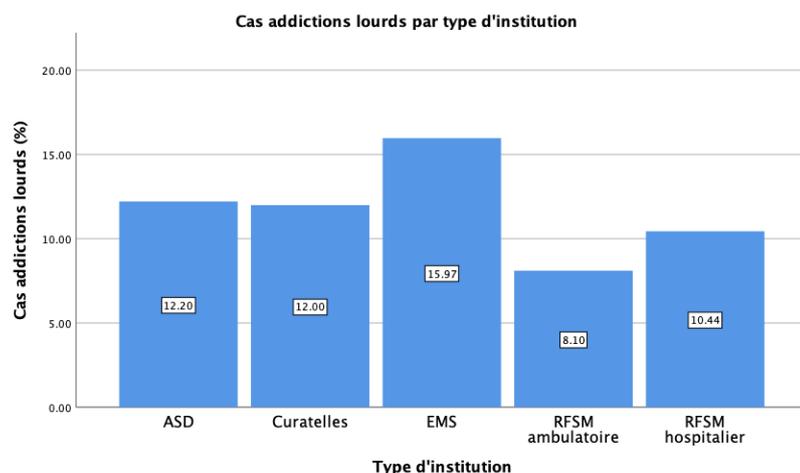
⁹⁶ Ecart-type.

⁹⁷ La moyenne et les indices de dispersion (min-max et E.t.) ne sont pas disponibles pour le RFSM ambulatoire et le RFSM hospitalier car ils sont issus, respectivement, d'une seule institution, couvrant tout le canton.

4.3.2 Cas addictions « lourds » et degré de soutien

Les pourcentages rapportés plus bas rendent compte de la représentativité des bénéficiaires de soins de 55 ans et plus par rapport à l'ensemble des bénéficiaires tous âges confondus⁹⁸.

Figure 1.



Les pourcentages (figure 1.) indiquent la représentativité des cas addictions dits "lourds" (nécessitant un degré de soutien moyen à intense) pour les 55+ ans au sein de chaque institution, en comparaison à l'ensemble des bénéficiaires (tous âges compris). Ce type de pourcentage, comparant les cas addictions lourds 55+ ans à l'ensemble des bénéficiaires (les moins de 55 ans et les plus de 55 ans), permet de rendre compte du poids de ces cas addictions "âgés" sur l'ensemble d'un type d'institution donnée. Un **total de 53 institutions (N=53)** sur 56 ont été prises en compte ici⁹⁹.

Afin d'obtenir une image claire de la situation, il s'agit dans un premier temps de considérer les institutions qui sont le plus concernées par les personnes 55+ ans. Ce sont les ASD et les EMS, avec 81.51% et 99.54% moyens de l'ensemble de leurs bénéficiaires, respectivement (voir Tableau 1). Dans ce contexte, entre une personne sur 8 et une personne 6, respectivement, représente un cas addiction lourd.

Dans un second temps, si on prend le cas du RFSM ambulatoire et du RFSM hospitalier, ceux-ci sont concernés par les 55+ ans, respectivement, à 43.11% et 33.33%. Malgré cette faible représentativité démographique, on y retrouve entre une personne sur 12 et une personne sur 10, respectivement, qui sont des cas addictions lourds.

4.3.3 Test de significativité statistique pour les pourcentages de cas addictions lourds par type d'institution¹⁰⁰ :

Pour les pourcentages de cas addictions, les différences observées entre groupes ne sont pas statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants : $H(3) = .209$, $p = 0.976$ ¹⁰¹¹⁰².

⁹⁸ Pour les EMS, trois cas n'ont pas été pris en compte en raison d'une inadéquation de données récoltées pour ces mesures.

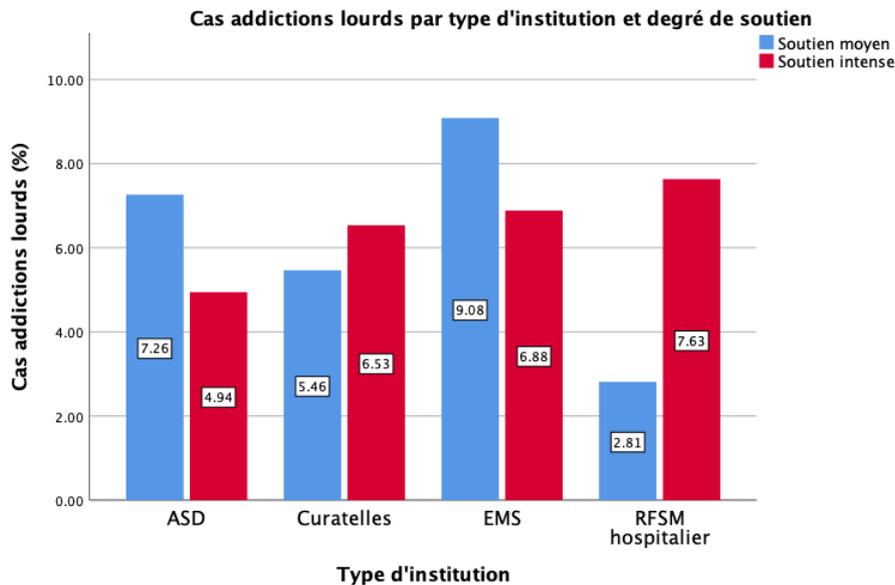
⁹⁹ Trois cas ont donc été considérés comme non-valides pour cette représentation précise à cause d'erreurs lors de la récolte des données par les professionnel-le-s. Ces cas ne sont pas nécessairement non-valides pour d'autres analyses, et notre approche a été conservatrice, afin de tenir compte d'un maximum de données récoltées lorsqu'approprié.

¹⁰⁰ N=45 institutions (non-compris : curatelles et cas non-valides).

¹⁰¹ Ce test non-paramétrique a été choisi car les données pour la variable "cas addictions (%)" n'étaient pas normalement distribuées.

¹⁰² Les curatelles n'ont pas été prise en considération ici, étant donné le large recouvrement attendu avec les autres types d'institutions. Ceci aurait empêché l'indépendance statistique des groupes étant comparés.

Figure 2.



Il faut noter que les données pour le RFSM ambulatoire ne sont pas indiquées ici car le recensement n'a pas permis de distinguer entre degrés de soutien (moyen ou intense)¹⁰³.

Les pourcentages (figure 2.) indiquent la représentativité des cas addictions nécessitant un degré de soutien moyen et intense, respectivement, par type d'institution (tous âges compris).

On observe que les cas addictions requérant un soutien moyen sont davantage représentés au sein des ASD et des EMS, comparativement aux cas addictions nécessitant un degré de soutien intense. Assez clairement, on remarque qu'au sein du RFSM hospitalier, les cas addictions avec un degré de soutien intense sont beaucoup plus représentés que ceux avec un soutien moyen ; plus du double.

Nous n'avons pas conduit d'analyse statistiques inférentielles sur ces différences, ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les différences interinstitutionnelles pour les cas addictions lourds (soutien moyen et intense confondus) n'étaient pas significatives. Ensuite, les données pour RFSM ambulatoire étaient absentes.

¹⁰³ N=52 institutions.

Tableau 3. Cas addictions lourds et degré de soutien par types d'institutions (cas absolus et % par rapport aux types d'institutions)

	<i>N institutions</i>	<i>N bénéficiaires</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>E.t. %</i>
<i>ASD</i>	7					
Soutien moyen		132	2.02	21.43	7.26	6.68
Soutien intense		83	0.00	12.24	4.94	4.86
Soutien moyen-intense		215	3.09	32.14	12.20	10.79
<i>Curatelles</i>	8					
Soutien moyen		92	0.00	16.67	5.46	6.08
Soutien intense		55	0.00	16.67	6.53	6.75
Soutien moyen-intense		147	0.00	33.33	12.00	11.27
<i>EMS</i>	36					
Soutien moyen		176	0.00	63.83	9.08	12.07
Soutien intense		154	0.00	44.44	6.88	10.41
Soutien moyen-intense		330	0.00	74.47	15.97	16.29
<i>RFSM ambulatoire</i>	1					
Soutien moyen-intense		37				
		(8.10%)				
<i>RFSM hospitalier</i>	1					
Soutien moyen		7				
		(2.81%)				
Soutien intense		19				
		(7.63%)				
Soutien moyen-intense		26				
		(10.44%)				

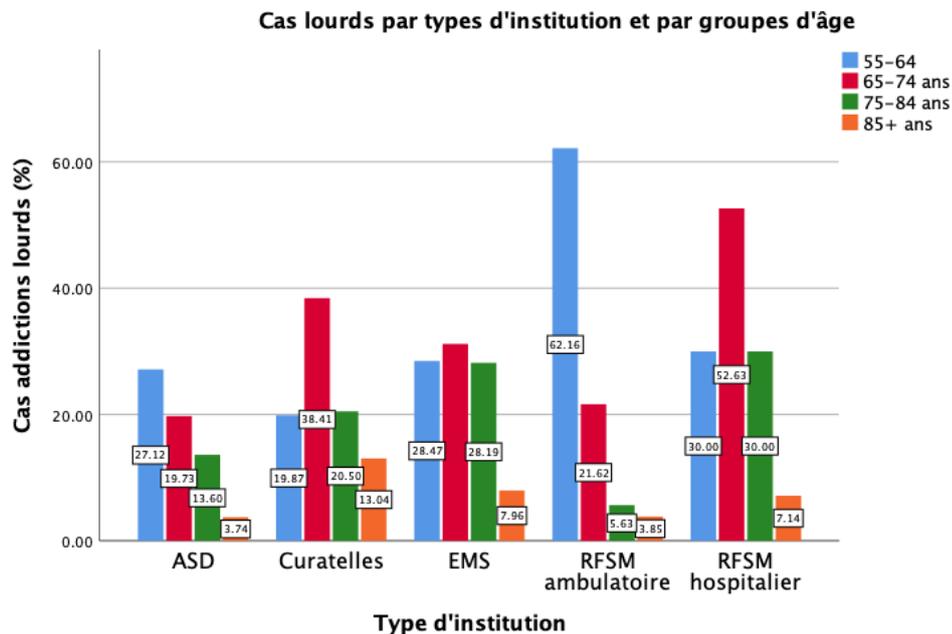
Si l'on souhaite obtenir une image des cas plus lourds en termes de prise en charge à l'échelle du canton, il est opportun de cumuler les chiffres pour les ASD, EMS et le RFSM. Ceci représente **608 cas addictions « lourds »**, nécessitant un soutien moyen à intense, et plus spécifiquement **315 nécessitant un soutien moyen**, et **256 nécessitant un soutien intense** (observation importante : le RFSM ambulatoire n'étant pas considéré pour cette nuance entre soutien moyen et soutien intense)¹⁰⁴. Ces chiffres sont reportés dans le tableau 3.

Il est important de préciser que les cas identifiés comme nécessitant un soutien moyen ou intense n'ont sans doute pas tout le même statut selon l'institution considérée, mais rendent compte de la réalité vécue par l'institution vis-à-vis de ces cas. Par exemple, le RFSM a certainement un seuil plus élevé face à des problématiques addictions, et les chiffres

¹⁰⁴ N=53 institutions.

sont certainement sous-estimés si l'on devait comparer à d'autres types d'institutions. Il s'agit donc bien ici d'une estimation du poids de ces cas sur un type d'institution donné.

Figure 3.



Cette visualisation des données (figure 3.) indique le pourcentage moyen de "cas addictions lourds" (nécessitant un soutien moyen à intense) par groupes d'âge et par type d'institution¹⁰⁵. Chaque pourcentage montre donc la représentativité moyenne de bénéficiaires qui présentent une problématique addiction nécessitant un degré de prise en charge moyen à intense, pour un groupe d'âge donné et dans un type d'institution donné.

On constate que les cas addictions sont particulièrement prégnants au sein du groupe d'âge pré-retraite des **55-64 ans** au sein du RFSM ambulatoire, dépassant les 60%. Les autres types d'institutions de soins (ASD, EMS, RFSM hospitalier) avoisinent une moyenne de 30%.

Parmi le groupe d'âge des **65-74 ans**, adjacent au passage à la retraite, les cas addictions sont particulièrement représentés au du RFSM hospitalier et des curatelles, ainsi que dans une moindre mesure dans les EMS¹⁰⁶, dépassant chacun les 30%. Pour le RFSM hospitalier, ce groupe est concerné par plus d'une moitié de cas addictions lourds.

Pour les **75-84 ans**, les cas addictions sont surtout saillants au sein du RFSM hospitalier et des EMS, avoisinant une moyenne de 30% de cas.

Les **85+ ans** comprennent, comparativement, une moins grande représentativité de cas addictions lourds. Cependant, on observe que les curatelles en rapportent le plus, avec en moyenne une personne sur dix, ainsi que les EMS et le RFSM hospitalier, avoisinant ce nombre moyen. Cette disparité entre types d'institutions est attendue, étant donné que les cas addictions lourds, à un tel âge avancé, sont ne peuvent plus être pris charge, pour la plupart, en ambulatoire.

Tests de significativité statistique pour les pourcentages de cas addictions lourds par groupes d'âge (4 groupes) pour les ASD, EMS et RFSM confondus¹⁰⁷ :

Pour les pourcentages de cas addictions, les différences observées entre groupes d'âge sont statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis¹⁰⁸ pour échantillons indépendants : $H(3) = 13.868$, $p =$

¹⁰⁵ N=53 institutions.

¹⁰⁶ 31.17%.

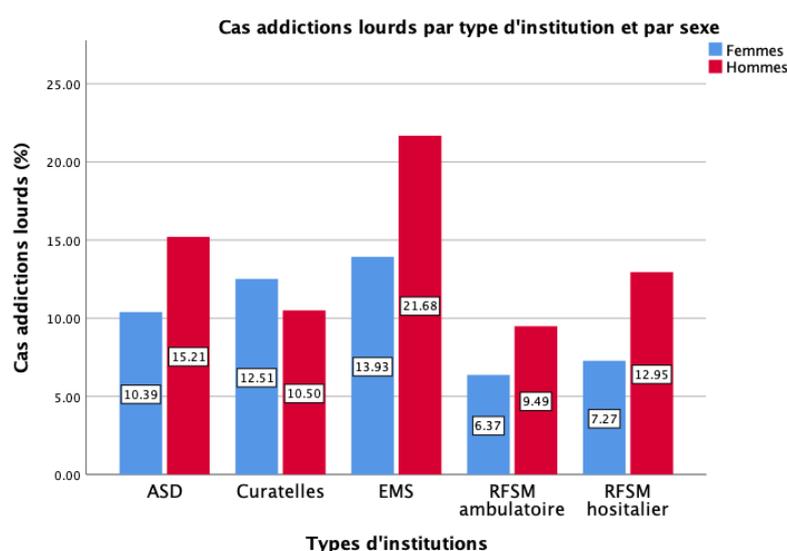
¹⁰⁷ N=45 institutions. Les curatelles n'ont pas été prises en compte ici étant donné le large recouvrement attendu avec d'autres institutions.

¹⁰⁸ Un test de Jonckheere-Terpstra n'a pas été effectué car les médianes de la population n'ont pas d'ordre strictement établi sur base de l'âge, mais plutôt des tendances attendues par groupes d'âge qui sont non-séquentielles.

0.003, avec un rang moyen de 86.64 pour le groupe des 55-64 ans, de 100.31 pour le groupe des 65-74 ans, de 105.67 pour le groupe des 75-84 ans, et de 69.38 pour le groupe des 85+ ans.

Des analyses post-hoc ont été réalisées afin de déterminer entre quelles paires de groupes d'âge les différences étaient statistiquement significatives. Des différences statistiquement significatives ont été observées pour les paires de groupes suivantes : 65-74 ans-85+ ans, et 75-84 ans-85+ ans. Un test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas addictions étaient significativement plus élevés chez les 65-74 ans (rang moyen=53.37) que chez les 85+ ans (rang moyen=37.63), $U=658.5$, $p=0.003$. Un autre test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas addictions étaient significativement plus élevés chez les 75-84 ans (rang moyen=56.41) que chez les 85+ ans (rang moyen =34.59), $U=521.5$, $p<.0001$.

Figure 4.



Les pourcentages rapportés (figure 4.) rendent compte de la représentativité des cas addictions lourds de 55+ ans par sexe et par types d'institutions, par rapport à l'ensemble des bénéficiaires (tous âges confondus)¹⁰⁹.

On constate que des différences liées au sexe au sein de tous les types d'institution à l'exception des curatelles. De manière générale, on peut observer qu'au sein des groupes de bénéficiaires hommes les cas addictions lourds 55+ ans représentent en moyenne un tiers de plus, en comparaison aux groupes de bénéficiaires similaires au sein des groupes de femmes.

Tests de significativité statistique pour les pourcentages de "cas addictions" par sexe (2) pour les ASD, EMS et RFSM tout confondu¹¹⁰:

Un test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas addictions n'étaient pas significativement plus élevés chez les hommes (rang moyen=50.34) que chez les femmes (rang moyen=40.66) que, $U=794.5$, $p=.077$.

On observe toutefois une tendance liée au sexe, avec les "cas addictions" (degré de soutien moyen ou intense) tendant à être davantage représentés chez les hommes. Celle-ci n'est toutefois pas statistiquement significative, et nous ne pouvons donc pas conclure à une réelle différence.

¹⁰⁹ N=53 institutions.

¹¹⁰ N=45 institutions. Les curatelles n'ont pas été prises en compte ici étant donné le large recouvrement attendu avec d'autres institutions.

Synthèse pour les cas addictions « lourds » et le degré de soutien :

Les cas addictions « lourds » étaient représentés parmi les personnes de 55+ ans en fonction de l'ensemble des bénéficiaires (plus de 7'000, tous âges confondus) d'un type d'institution donné, afin de rendre compte du poids de prise en charge sur l'institution. En chiffres absolus, 608 cas lourds ont été recensés sur un ensemble de 45 institutions (EMS, ASD et RFSM). De ce total (sans compter le RFSM ambulatoire pour les addictions) 315 bénéficiaires nécessitaient un soutien moyen, et 256 requéraient un soutien intense.

De plusieurs types d'institutions considérées (EMS, ASD, Curatelles, RFSM hospitalier et RFSM ambulatoire), ce sont les EMS qui ressortaient comme ayant proportionnellement le plus de cas lourds (degré de soutien moyen et intense confondus). Toutefois, les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives. Au sein du RFSM hospitalier (psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée), les cas « soutien intense » représentaient plus du double des cas « soutien moyen ».

Des différences statistiquement significatives entre groupes d'âge ont été identifiées (EMS, ASD et RFSM considérés ensemble) : entre les 65-74 ans et les 85+ ans, ainsi qu'entre les 75-84 ans et les 85+ ans. Les groupes des 65-74 ans et des 75-84 ans ressortent comme les plus concernés par des cas addictions lourds. Sur cette même base institutionnelle, des différences statistiques entre femmes et hommes n'ont pas pu être mises en évidence, bien qu'une tendance était que les hommes représentaient proportionnellement davantage de cas addictions lourds.

4.3.3.1 Types d'addictions

Pour cette partie des analyses, les données prises en compte ont été les bénéficiaires de 55+ ans. Les pourcentages rapportés correspondent donc à la représentativité par groupes d'âge. Les pourcentages sont à considérer par types d'addiction, les recouvrements de types d'addictions par bénéficiaire n'ayant pas été effectués. Comme pour la section d'analyses précédente, les curatelles n'ont pas été prises en compte lorsque les analyses se voulaient globales en vue d'estimer la situation sur le canton. La raison en est le recouvrement trop grand avec d'autres types d'institutions.

4.3.3.2 Données générales sur l'échantillon des bénéficiaires 55+ ans (pas uniquement cas addictions)

Tableau 4. Echantillon global de bénéficiaires 55+ ans (ASD, EMS, et RFSM confondus) - pas uniquement concernés par les addictions

	<i>N institutions</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>N bénéficiaires</i>	<i>M bénéficiaires/ institution</i>	<i>E.t.</i>
<i>Par groupes d'âge</i>						
Général 55-64	43	.00	119.00	434	10.09	25.59
Général 65-74	43	1.00	174.00	830	19.30	36.21
Général 75-84	43	2.00	324.00	1635	38.02	63.86
Général 85+	43	1.00	335.00	2255	52.44	66.01
<i>Total</i>	43			5154		
<i>Par sexe</i>						
Général femmes 55+	43	7.00	591.00	3289	76.49	115.03
Général hommes 55+	43	.00	361.00	1865	43.37	76.28
<i>Total</i>	43			5154		

Le N=43 (tableau 4.) représente l'ensemble des institutions considérées pour ces analyses (6 ASD, 35 EMS, 2 RFSM), avec un total de **5'154** bénéficiaires de soins. Les cas rapportés représentent l'ensemble des bénéficiaires 55+ ans, et donc pas uniquement des cas concernés par les addictions.

4.3.3.3 Types d'addictions et âge

Tableau 5. Types d'addictions par groupes d'âge (ASD, EMS et RFSM confondus)

<i>Age</i>	<i>N institutions</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>E.t. %</i>
<i>Alcool</i>					
55-64 ans	43	.00	100.00	15.17	31.10
65-74 ans	43	.00	100.00	15.02	21.52
75-84 ans	43	.00	42.86	9.37	10.61
85+ ans	43	.00	23.33	3.28	5.46
<i>Médicaments</i>					
55-64 ans	43	.00	100.00	10.91	27.23
65-74 ans	43	.00	100.00	11.31	24.03
75-84 ans	43	.00	71.43	7.67	14.11
85+ ans	43	.00	60.00	4.92	10.77
<i>Tabac</i>					
55-64 ans	43	.00	100.00	24.58	37.46
65-74 ans	43	.00	66.67	12.98	16.04
75-84 ans	43	.00	100.00	9.30	16.71
85+ ans	43	.00	16.28	2.15	3.61
<i>Drogues</i>					
55-64 ans	43	.00	100.00	2.44	15.24
65-74 ans	43	.00	50.00	1.24	7.62
75-84 ans	43	.00	.00	.00	.00
85+ ans	43	.00	.00	.00	.00
<i>Jeu excessif</i>					
55-64 ans	43	.00	50.00	1.81	8.44
65-74 ans	43	.00	16.67	.720	3.31
75-84 ans	43	.00	.00	.00	.00
85+ ans	43	.00	.00	.00	.00

Les pourcentages indiqués (tableau 5.) correspondent à la représentativité d'un type d'addiction au sein d'un même groupe d'âge (femmes et hommes confondus) pour les ASD, EMS, RFSM ambulatoire et RFSM hospitalier confondus. Plusieurs types d'addictions pourraient concerner un même individu (cas de poly-addiction ; par exemple, tabac, alcool et médicaments pour un même bénéficiaire). Par conséquent, chaque type doit être considéré indépendamment des autres. Il s'agit donc de cas concernés par types d'addiction et par groupes d'âge.

De manière générale, les groupes d'âge 55-64 ans et 65-74 ans présentent des pourcentages par types d'addictions qui sont relativement semblables, à l'exception du tabac. Cependant, il est tout à fait plausible que le tabagisme en

particulier n'aura pas été systématiquement rapporté par les institutions qui ont contribué à la récolte de données. La raison en serait une occultation liée soit à une minimisation du caractère problématique, soit à une priorisation secondaire, au regard d'autres types d'addiction (cette hypothèse sera étayée par nos données qualitatives, rapportées plus loin dans ce document).

Les problématiques addictions liées à l'usage de drogues illégales (p. ex. héroïne, cannabis) ou au jeu excessif sont très peu prégnantes par rapport aux autres types d'addictions, ne dépassant jamais 2% par groupes d'âge. Toutefois, ces pourcentages ne semblent pas être inférieurs à ce qu'on peut retrouver au sein de la population générale¹¹¹ (bien que ceci reste difficile à estimer pour les drogues illégales, étant donné le caractère hétérogène de cette catégorie, comprenant plusieurs types de substances).

La consommation d'alcool est problématique pour environ une personne sur six pour les 55-64 ans et pour les 65-74 ans. Ce pourcentage descend jusqu'à un peu plus de 9% et un peu plus de 3% chez les 75-84 ans et les 85+ ans, respectivement.

L'usage problématique de médicaments (p. ex. tranquillisants/benzodiazépines, somnifères/hypnotiques, analgésiques/opiacés) atteint environ 11% chez les 55-64 ans et les 65-74 ans. Ce pourcentage passe à un peu plus de 7% chez les 75-84 ans et près de 5% chez les 85+ ans.

Test de significativité statistique pour les pourcentages de cas concernés par types d'addiction selon les groupes d'âge (4) pour les ASD, EMS et RFSM tout confondu¹¹² :

Les données n'étant pas normalement distribuées, des tests statistiques non-paramétriques ont été réalisés.

Alcool

Les différences observées entre groupes d'âge sont statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis¹¹³ pour échantillons indépendants : $H(3) = 9.253$, $p = 0.026$, avec un rang moyen de 75.92 pour le groupe des 55-64 ans, de 93.92 pour le groupe des 65-74 ans, de 100.17 pour le groupe des 75-84 ans, et de 75.99 pour le groupe des 85+ ans.

Des analyses post-hoc ont été réalisées afin de déterminer entre quelles paires de groupes d'âge les différences étaient statistiquement significatives. Des différences statistiquement significatives ont été observées pour les paires de groupes suivantes : 55-64 ans-75-84 ans, et 75-84 ans-85+ ans. Un test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas concernés étaient significativement plus élevés chez les 75-84 ans (rang moyen=49.28) que chez les 55-64 ans (rang moyen=37.72), $U=676$, $p=.022$. Un autre test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas concernés étaient significativement plus élevés chez les 75-84 ans (rang moyen=51.47) que chez les 85+ ans (rang moyen =35.53), $U=582$, $p=0.02$.

Médicaments

Les différences observées entre groupes d'âge ne sont pas statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants : $H(3) = 4.038$, $p = 0.257$.

Tabac

Les différences observées entre groupes d'âge sont statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants : $H(3) = 11.138$, $p = 0.011$, avec un rang moyen de 87.07 pour le groupe des 55-64 ans, de 96.57 pour le groupe des 65-74 ans, de 95.62 pour le groupe des 75-84 ans, et de 66.74 pour le groupe des 85+ ans.

¹¹¹ Locicero, S., Notari, L., Gmel, G., & Pin, S. (2019). Consommations de substances en Suisse : analyse des tendances à partir des enquêtes HBSC, ESS et CoRoLAR. Partie 1 : les substances illégales. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/300>

¹¹² N=43 institutions.

¹¹³ Un test de Jonckheere-Terpstra n'a pas été effectué car les médianes de la population n'ont pas d'ordre strictement établi sur base de l'âge, mais plutôt des tendances attendues par groupes d'âge qui sont non-séquentielles.

Des analyses post-hoc ont été réalisées afin de déterminer entre quelles paires de groupes d'âge les différences étaient statistiquement significatives. Des différences statistiquement significatives ont été observées pour les paires de groupes suivantes : 65-74 ans-85+ ans, et 75-84 ans-85+ ans. Un test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas concernés étaient significativement plus élevés chez les 65-74 ans (rang moyen=51.08) que chez les 85+ ans (rang moyen=35.92), $U=598.5$, $p=.003$. Un autre test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas concernés étaient significativement plus élevés chez les 75-84 ans (rang moyen=52.59) que chez les 85+ ans (rang moyen =34.41), $U=533.5$, $p<.0005$.

Drogues

Les différences observées entre groupes d'âge ne sont pas statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants : $H(3) = 7.560$, $p = 0.056$. Le seuil de significativité est toutefois presque atteint, avec les groupes des 55-64 ans et des 65-74 ans montrant une tendance à avoir des rangs moyens plus élevés que les autres groupes d'âge.

Jeu excessif

Les différences observées entre groupes d'âge ne sont pas statistiquement significatives, tel qu'indiqué par un test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants : $H(3) = 5.547$, $p = 0.136$.

4.3.3.4 Types d'addictions : par groupes d'âge et par types d'institution

Tableau 6. Types d'addictions : % par groupes d'âge (ASD)

<i>Age</i>	<i>N institutions</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>E.t. %</i>
<i>Alcool</i>					
55-64 ans	6	.00	17.46	5.95	7.30
65-74 ans	6	.00	33.33	11.39	12.34
75-84 ans	6	.00	16.67	6.01	7.31
85+ ans	6	.00	2.87	.58	1.15
<i>Médicaments</i>					
55-64 ans	6	.00	28.57	9.19	11.25
65-74 ans	6	.00	16.04	5.85	5.70
75-84 ans	6	.00	16.67	6.47	7.70
85+ ans	6	.00	17.22	3.84	6.67
<i>Tabac</i>					
55-64 ans	6	.00	50.00	19.69	22.06
65-74 ans	6	.57	25.00	12.51	8.89
75-84 ans	6	.40	8.33	4.01	3.17
85+ ans	6	.00	3.75	1.60	1.69
<i>Drogues</i>					
55-64 ans	6	.00	3.17	.84	1.23
65-74 ans	6	.00	.57	.10	.23
75-84 ans	6	.00	.00	.00	.00
85+ ans	6	.00	.00	.00	.00
<i>Jeu excessif</i>					
55-64 ans	6	.00	.00	.00	.00
65-74 ans	6	.00	.00	.00	.00
75-84 ans	6	.00	.00	.00	.00
85+ ans	6	.00	.00	.00	.00

Tableau 7. Types d'addictions : % par groupes d'âge (EMS)

<i>Age</i>	<i>N institutions</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>E.t. %</i>
<i>Alcool</i>					
55-64 ans	35	.00	100.00	15.24	33.42
65-74 ans	35	.00	100.00	14.98	23.09
75-84 ans	35	.00	42.86	9.93	11.27
85+ ans	35	.00	23.33	3.67	5.89
<i>Médicaments</i>					
55-64 ans	35	.00	100.00	11.43	29.92
65-74 ans	35	.00	100.00	12.28	26.50
75-84 ans	35	.00	71.43	7.99	15.35
85+ ans	35	.00	60.00	5.33	11.64
<i>Tabac</i>					
55-64 ans	35	.00	100.00	26.67	40.31
65-74 ans	35	.00	66.67	13.50	17.34
75-84 ans	35	.00	100.00	10.46	18.29
85+ ans	35	.00	16.28	2.36	3.91
<i>Drogues</i>					
55-64 ans	35	.00	100.00	2.86	16.90
65-74 ans	35	.00	50.00	1.43	8.45
75-84 ans	35	.00	.00	.00	.00
85+ ans	35	.00	.00	.00	.00
<i>Jeu excessif</i>					
55-64 ans	35	.00	50.00	2.14	9.34
65-74 ans	35	.00	16.67	.88	3.66
75-84 ans	35	.00	.00	.00	.00
85+ ans	35	.00	.00	.00	.00

Tableau 8. Types d'addictions : % par groupes d'âge (RFSM ambulatoire et RFSM hospitalier)

<i>RFSM ambulatoire</i>			<i>RFSM hospitalier</i>	
<i>Age</i>	<i>N institutions</i>	<i>Somme %</i>	<i>N institutions</i>	<i>Somme %</i>
<i>Alcool</i>				
55-64 ans	1	56.76	1	26.67
65-74 ans	1	16.22	1	36.84
75-84 ans	1	4.23	1	15.00
85+ ans	1	1.92	1	7.14
<i>Médicaments</i>				
55-64 ans	1	10.81	1	3.33
65-74 ans	1	10.81	1	10.53
75-84 ans	1	1.41	1	10.00
85+ ans	1	1.92	1	.00
<i>Tabac</i>				
55-64 ans	1	5.41	1	.00
65-74 ans	1	.00	1	10.53
75-84 ans	1	.00	1	10.00
85+ ans	1	.00	1	.00
<i>Drogues</i>				
55-64 ans	1	.00	1	.00
65-74 ans	1	2.70	1	.00
75-84 ans	1	.00	1	.00
85+ ans	1	.00	1	.00
<i>Jeu excessif</i>				
55-64 ans	1	2.70	1	.00
65-74 ans	1	.00	1	.00
75-84 ans	1	.00	1	.00
85+ ans	1	.00	1	.00

La représentativité de chaque type d'addiction est largement inégale d'une institution à l'autre. On peut le constater avec les pourcentages minimum et maximum, allant régulièrement de 0% à 100%. L'écart-type (E.t.) en est un autre indicateur.

Globalement, à partir de 75 ans et plus, on observe une diminution de la représentativité, par groupe d'âge, des problématiques addictions.

4.3.3.5

Tableau 9. Types d'addictions par sexe parmi les 55+ ans

<i>Addiction</i>	<i>N institutions</i>	<i>Min. %</i>	<i>Max. %</i>	<i>M %</i>	<i>E.t. %</i>
<i>Femmes</i>					
Alcool	43	.00	25.00	4.13	5.54
Médicaments	43	.00	71.05	7.60	12.65
Tabac	43	.00	19.51	5.41	5.54
Drogues	43	.00	3.13	.10	.48
Jeu excessif	43	.00	4.76	.19	.79
<i>Hommes</i>					
Alcool	43	.00	50.00	16.39	14.68
Médicaments	43	.00	50.00	5.96	10.39
Tabac	43	.00	40.00	8.28	8.52
Drogues	43	.00	3.03	.12	.517
Jeu excessif	43	.00	3.23	.07	.492

Test de significativité statistique pour les pourcentages de cas concernés par types d'addiction selon le sexe (2) pour les ASD, EMS et RFSM tout confondus¹¹⁴ :

Un test U de Mann-Whitney a indiqué que les pourcentages de cas concernés, pour l'alcool uniquement, étaient significativement plus élevés chez les hommes (rang moyen=54.41) que chez les femmes (rang moyen=32.59), $U=455.5$, $p<.00005$.

Synthèse pour les types d'addictions

Des analyses ont été menées sur un total de 43 institutions (de types ASD, EMS, RFSM), comprenant 5'154 bénéficiaires ayant 55+ ans, sur la représentativité de différents types d'addictions : à l'alcool, aux médicaments, au tabac, aux drogues illégales, au jeu. Les problématiques les plus représentées concernaient : l'alcool, les médicaments et le tabac.

Des différences entre groupes d'âge ont pu être observées. Les groupes d'âge 55-64 ans et 65-74 ans présentaient une représentativité assez semblable pour les différents types d'addictions. En termes de pourcentages moyens, ces deux groupes d'âge apparaissaient les plus touchés par une consommation problématique d'alcool (autour des 15%). Cependant, une fois prises en compte les fortes disparités interinstitutionnelles, c'est le groupe des 75-84 ans qui est ressorti comme le plus concerné par la problématique alcool, indiquant des différences statistiques significatives.

Au niveau du tabagisme également, des différences significatives sont apparues : les groupes des 65-74 ans et des 75-84 ans étaient davantage touchés que le groupe des 85+ ans. Une tendance à davantage de tabagisme a été constatée au sein du groupe des 55-64 ans.

La consommation problématique de médicaments semblait marquer les groupes d'âge des 55-64 ans et des 65-74 ans principalement, bien que les différences avec les autres groupes n'étaient pas significatives. Nous n'avons pas observé d'augmentation claire de ce premier groupe au suivant, contrairement aux observations de Roth (2020). Toutefois, cette différence peut tenir à la fois dans les types de médicaments considérés ainsi que dans le fait que cet état des lieux a pris en compte uniquement les cas problématiques vis-à-vis de la consommation de médicaments.

De manière générale, le groupe des 85+ ans est de loin le moins concerné par des conduites addictives, du moins pour celles qui seraient liées aux types d'addictions pris en compte dans cet état des lieux. De plus, à partir de 75+ ans, les conduites addictives apparaissent très peu représentées.

En croisant les groupes d'âge et les types d'institutions, nous avons pu constater qu'une consommation problématique d'alcool est davantage représentée chez les 65-74 ans pour les ASD. Il est également représenté chez les 55-64 ans et les 65-74 ans dans les EMS. Au sein du RFSM, la consommation problématique d'alcool concerne nettement plus les 55-64 ans pour les soins ambulatoires, alors que ce sont plutôt les 65-74 ans qui sont concernés au niveau hospitalier, tout en même temps que les 55-64 ans restent très concernés aussi. Pour les médicaments, l'ambulatoire semble également concerné au sein des 55-64 ans et des 65-74 ans, alors que ce sont plutôt les 65-74 ans qui sont touchés au niveau hospitalier.

En termes de différences entre femmes et hommes, sur l'ensemble des 55+ ans, les résultats étaient tout à fait cohérents avec les études ayant exploré cette thématique. La problématique addictions liée à l'alcool était nettement plus représentée chez les hommes que chez les femmes (quatre fois plus), dénotant une différence statistiquement significative. Concernant la consommation de médicaments, on a pu observer une tendance à ce qu'elle soit davantage représentée chez les femmes.

¹¹⁴ Les curatelles n'ont pas été prises en compte ici étant donné le large recouvrement attendu avec d'autres types d'institutions.

4.3.4 Synthèse des résultats quantitatifs

Le recensement effectué a porté sur près de 6'000 bénéficiaires de 55+ ans. De manière générale, ces analyses quantitatives ont montré l'importance de la problématique addictions chez les personnes âgées sur le canton, avec plus de 600 cas lourds, dont 256 requièrent un soutien intense. De fortes disparités entre institutions semblent indiquer une amélioration possible par une répartition plus équitable des cas addictions lourds afin de rendre gérable par les professionnel-le-s leur prise en charge. Ceci revient aux réseaux de décider en tenant compte de la situation pour un district donné, ainsi que de communiquer entre districts.

Les types d'addictions les plus représentés étaient liés à l'alcool, aux médicaments et au tabac. Les groupes d'âge les plus concernés, en particulier par l'alcool et les médicaments, étaient les 55-64 ans et les 65-74 ans, situés donc autour de la phase de la retraite. Quelques spécificités institutionnelles ont été repérées. Des différences de genre ont également émergé, suggérant une problématique plus marquée chez les hommes avec l'alcool, et chez les femmes avec les médicaments.

5 Données de nature qualitative (consultation d'expert-e-s)

5.1.1 Consultations et production des données

Plusieurs groupes d'expert-e-s dans le canton de Fribourg ont été consultés séparément. Ils ont tout d'abord répondu à un questionnaire détaillé touchant à divers points en lien avec les addictions chez les personnes âgées. Ensuite, chaque groupe a été consulté séparément sous la forme de *focus groups*. Des questions communes sur la problématique leurs étaient adressées. Toutefois, des questions spécifiques à chaque groupe étaient formulées sur la base d'une synthèse préalable effectuée sur leurs réponses aux questionnaires. Ces groupes étaient :

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Aide et soins à domicile (ASD), et curatelles

Associations faïtières et administration

Médecins spécialisés (gériatrie, addiction) et institutions spécialisées, et médecins généralistes

Consultations d'expert-e-s supplémentaires : pharmacienne cantonale, Senior+, Service de la prévoyance sociale

Hormis quelques questions spécifiques, les questionnaires étaient sensiblement les mêmes pour tous les groupes, à l'exception des expert-e-s supplémentaires, qui ont été abordés sur des points très précis.

Les aspects suivants ont été couverts :

Groupes d'âge des bénéficiaires

Comme pour les analyses quantitatives de ce rapport, quatre groupes d'âge ont été considérés : 55-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85+ ans.

Problématique addictions : types, prévalence, intensité

Types de problèmes

Les types d'addictions sur lesquelles la focale a été mise sont : alcool, médicaments psychotropes (benzodiazépines, somnifères, opioïdes - analgésiques, antitussifs), tabagisme, jeu excessif, polyconsommation. L'accent a aussi été mis sur les dimensions de la personne qui, de manière plus générale, peuvent être touchées en lien avec les addictions : santé physique, santé psychique, ainsi que l'environnement de la personne. Hormis ce focus placé sur les usagers-ères, il était aussi question des problèmes endossés par les institutions et les professionnel-le-s en interactions avec ces usagers-ères.

Il était également question des catégories usuellement employées par les institutions – telles que dépendance, ou consommation chronique à risque.

Nous avons tenté d'identifier avec les expert-e-s les groupes d'âge les plus problématiques, pour chaque type d'institution, en lien avec la prise en charge des addictions et de leurs corollaires (sanitaires et sociaux, notamment).

Enfin, une tentative de différenciation entre les cas d'addictions préexistant à la retraite (*early*), et des addictions plus récentes (*late*) a été effectuée.

Prévalence

La question de la prévalence concerne la représentativité des personnes âgées souffrant d'un problème d'addiction par rapport à l'ensemble des usagers-ères pris en soins par les institutions représentées par les expert-e-s consulté-e-s.

Comme il en sera fait état plus loin dans ce rapport, aucun chiffrage large n'était à disposition des expert-e-s consulté-e-s. Par conséquent, un questionnaire quantitatif aura été envoyé à diverses institutions pertinentes pour la question. Toutefois, les données obtenues par les groupes d'expert-e-s permettent de rendre compte de représentations plus subjectives, utiles pour prendre en compte le vécu des professionnel-le-s impliqué-e-s.

Il était aussi question ici de prestations types et de circuits de soins auxquels les personnes âgées ont recours, et dans quelles proportions.

Intensité

Il s'agit du degré de gravité, et des conséquences négatives pour les institutions, dont la charge y relative qui incombe aux professionnel-le-s. Nous avons tenté d'identifier les situations posant le plus problème.

Interventions : actuellement réalisées, envisagées

Actuellement

Ceci touche à la manière de prendre actuellement en compte et en soins les cas de personnes âgées concernées par une problématique addiction (par exemple, détection précoce, prise en charge, suivis, prévention, analyse des situations à risque). L'accent était donc mis à la fois sur les aspects d'information, d'évaluation et de prise en charge. Il y est question aussi des obstacles principaux perçus.

Une investigation a été faite concernant les outils disponibles utilisés (par exemple, pour les évaluations, l'enregistrement et le partage d'informations).

La question du partage d'information et des interactions interinstitutionnelles au sein du réseau était aussi abordée.

Envisagées

Ce point concerne les interventions qui seront ou seraient à mettre en place prochainement, d'un point de vue intra- ou inter-institutions, les obstacles possibles à de telles réalisations, ainsi que les améliorations qui en découleraient.

Besoins : usagers-ères, institutions

Il s'agit de couvrir les manques à combler, tant au niveau des professionnel-le-s et des institutions que des usagers-ères, notamment en termes d'outils, ou de mises en réseau avec des professionnel-le-s spécifiques.

5.1.2 Résultats qualitatifs

EMS	
Groupes d'âge	Les groupes d'âge principalement rencontrés par les expert-e-s de ce groupe sont les 65+, et en particulier les 65-74 ans . Les 55-64 ans sont parfois concernés aussi.
Problèmes : types, prévalence, intensité	<p>Types</p> <ul style="list-style-type: none">Types d'addictions : trois types de problèmes addictions sont relevés, par ordre décroissant d'importance : alcool, tabac, médicaments. Il s'agit de problèmes de consommation chronique. <p>Les médicaments concernés sont de types : benzodiazépines ou molécules apparentées (p. ex. Zolpidem) et analgésiques opioïdes (p. ex. Oxycodone). Les expert-e-s rapportent notamment des utilisations dérivées, telles que la prise de Stilnox (Zolpidem) en sniff.</p> <p>Concernant la polyconsommation, deux profils d'usagers-ères sont observés : consommation simultanée d'alcool et de médicaments, et consommation de drogues dures avec un long passé de polytoxicomanie. On observe une plus grande prévalence de résident-e-s correspondant au deuxième profil en ville, en comparaison à la campagne.</p> <p>L'accès aux substances (notamment l'alcool) est facilité pour les résident-e-s qui démontrent une assez bonne indépendance fonctionnelle et qui peuvent sortir de l'établissement par eux-mêmes. Cependant, un problème récurrent qui est observé a trait à l'intoxication alcoolique lors de sorties de l'établissement avec des proches. Pour ce</p>

	<p>qui est de la consommation d'alcool, des bouteilles sont parfois dissimulées dans les chambres ou à l'extérieur par les résident-e-s.</p> <p>Le jeu excessif n'est pas identifié comme présent parmi les résident-e-s actuel-le-s.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes conséquents aux conduites addictives : les problèmes comportementaux principaux qui ont été identifiés chez les usagers-ères par les expert-e-s sont de deux types : mise en danger de soi (par exemple, interactions médicamenteuses ou alcool-médicaments, risques et péjoration de l'état de santé, tentatives de suicide), et mise en danger des autres (par exemple, violence physique ou verbale, menaces). > Le détournement de la médication (par exemple faire semblant de prendre ses médicaments, puis les ressortir pour les consommer par inhalation) aussi été mentionné comme un problème certes pas très fréquent mais existant. - Début des conduites addictives : pour la grande majorité, il s'agit de problèmes d'addictions préexistant à l'âge de la retraite (<i>early onset</i>). - Tableaux cliniques : il est relevé que pour la plupart des cas addictions, il s'agit de tableaux cliniques très complexes, impliquant des troubles psychiatriques (p. ex. dépression, troubles de la personnalité, troubles psychotiques, etc.) ou neurologiques (p. ex. démences et confusion associée, syndrome de Korsakoff, etc.). <p>Prévalence</p> <p>Les expert-e-s identifient le groupe d'âge 65-74 ans comme celui où les addictions sont les plus présentes. Voir les résultats quantitatifs pour une vue exhaustive et représentative du canton.</p> <p>Intensité</p> <p>La présence de problèmes d'addiction, en particulier à l'alcool, pose des difficultés majeures à la prise en charge. Premièrement, ces usagers-ères requièrent davantage d'attention de la part du personnel, pouvant rapidement le surcharger. En complément à ce point, le personnel apte à prendre en charge ces cas ne représente qu'une minorité du personnel. Deuxièmement, la problématique addiction est régulièrement associée à d'autres problèmes psychiatriques et neurologiques (par exemple, syndrome de Korsakoff).</p>
<p>Evaluations</p>	<p>Outils et acteur-e-s</p> <p>Le RAI (<i>Resident Assessment Instrument</i>) sous sa forme <i>RAI-Nursing Home (RAI-NH)</i>, administré par une infirmière externe à l'institution, évalue les besoins, les ressources individuelles, et propose un plan de prise en charge adapté. Il n'est ni spécifique ni adapté à l'évaluation de problèmes d'addiction. Si les conséquences de tels problèmes peuvent y être prises en compte jusqu'à un certain degré, il ne permet pas, dans les faits, une amélioration directe de leur prise en charge.</p> <p>La psychiatrie de liaison, rattachée au RFSM, permet d'obtenir des supervisions pour le personnel et de suivre des cas problématiques du point de vue addictions.</p>
<p>Interventions : réalisées, obstacles, envisagées</p>	<p>Réalisées</p> <p>Le mode de prise en charge dominant actuellement est celui d'une gestion au cas par cas. Certaines situations sont étayées par la psychiatrie de liaison, et des cadres thérapeutiques <i>ad hoc</i> sont formulés par résident-e.</p> <p>Pour les objectifs thérapeutiques, ils visent soit l'abstinence soit la consommation contrôlée. L'abstinence est généralement visée, reposant, d'un point de vue éthique, sur une expression exacerbée du devoir de protection par les soignant-e-s. Dans les faits, on constate un désarroi chez les soignant-e-s, qui rapportent un sentiment d'impuissance face à des résident-e-s qui</p>

	<p>maintiennent des conduites de consommation chronique à risque qui feraient l'objet d'un déni par ces derniers.</p> <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les expert-e-s rapportent qu'il est très difficile d'initier un travail thérapeutique autour de la problématique addiction, qui n'est pas forcément reconnue comme un problème par les usagers-ères (« déni »). Ceci rend toute tentative de sevrage ou consommation contrôlée (pour l'alcool), ou de déprescription (pour les médicaments) relativement compliquée. – La mise en place concrète de mesures touchant le collectif tenant de problématiques addictions (par exemple, absence d'alcool lors des repas) est particulièrement complexe. – Il semble y avoir une stigmatisation psychiatrique des institutions et une possible normalisation des problématiques addiction. <p>Envisagées</p> <p>Ce groupe d'expert-e-s a suggéré que des entretiens réseaux soient menés lors de chaque admission de résident-e-s dont une problématique addiction (en particulier à l'alcool) serait connue au préalable. Les limites temporelles et de coordination sont cependant assez vite soulignées.</p>
<p>Besoins : usagers-ères, institutions</p>	<p>Usagers-ères</p> <p>Les besoins des personnes âgées souffrant d'addictions, tels que rapportés par ce groupe d'expert-e-s, ont traités à un accompagnement intense et soutenu, ainsi qu'à une prise en charge spécialisée addiction/psychiatrie, que le personnel ne peut pas toujours fournir.</p> <p>Institutions</p> <p>A un niveau institutionnel, on retrouve 4 besoins centraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Compétences et formation : il est mis en avant un besoin crucial de formation du personnel pour l'évaluation et la prise en charge de la problématique addiction chez les personnes âgées. Ceci implique un savoir-faire de base, ainsi que la gestion émotionnelle et relationnelle en lien. A l'interne, les compétences requises ne sont pas systématiquement représentées, et dépendent fortuitement du bagage de chacun. En règle générale, 30 à 40% du personnel global est constitué de personnel infirmier, plus à même à gérer des situations problématiques liées aux addictions ou à la psychiatrie. Ceci équivaut à une personne du personnel infirmier par jour, en moyenne. – Outils et procédures : il est fait part d'un besoin d'avoir à disposition des outils de dépistage et d'évaluation des situations à risque, ainsi que de procédures permettant des actions balisées et systématisées. – Admissions : il est fait part d'une nécessité de répartir davantage les cas addictions sur différents EMS du canton, afin d'alléger certaines institutions qui hébergent beaucoup de résident-e-s concerné-e-s. – Collaborations et échanges d'informations réseau : une fluidité dans les échanges d'information entre différents types d'institutions est capitale, mais dépend fortement des collaborations déjà en place, et ces échanges ne sont pas systématisés autant qu'ils pourraient. Il est suggéré que des contrats interinstitutionnels, parfois mis en place, permettraient des prises en charge plus cohérentes (par exemple, entre le CSH de Marsens et l'EMS lors de la sortie de l'hôpital). Une centralisation des informations patient-e-s serait perçue comme bénéfique, lors des admissions et lors des suivis. Les institutions perçues comme centrales par ces expert-e-s sont : les institutions spécialisées - psychiatriques et addictions (en l'occurrence, le RFSM, Le Tremplin) -, les services d'aide et soins à domicile, le service des curatelles, les médecins traitants.

	Toutefois, le détail des interactions effectives entre les institutions consultées et ces acteurs-trice-s n'est pas disponible, mis à part le rapport avec les institutions psychiatriques (pour l'hospitalier et la liaison). Les médecins traitants semblent jouer un rôle central et de lien entre institutions.
Observations générales	En comparaison à la majorité des résident-e-s des EMS du canton de Fribourg, le groupe d'âge souffrant d'addiction le plus représenté (65-74 ans) est particulièrement jeune. Ceci rend compte de la particularité des institutions des expert-e-s consulté-e-s, c'est-à-dire prenant en charge des cas plus lourds.

ASD et curatelles

Groupes d'âge	Le groupe d'âge principalement rencontrés par les expert-e-s de ce groupe est les 65+ ans. Il existe de fortes disparités dans les groupes d'âge concernés, selon les expert-e-s interrogé-e-s. Au sein des services d'aide et de soins à domicile, dépendant du district en question, les groupes suivants peuvent être prédominants en termes de problèmes d'addictions : 55-64 ans, 65+ ans, 75-84 ans. Pour le service des curatelles, le groupe des 65-74 ans est surtout rencontré.
Problèmes : types, prévalence, intensité	<p>Types</p> <ul style="list-style-type: none"> Types d'addictions : trois types de problèmes addictions sont relevés, par ordre décroissant d'importance : alcool, médicaments, tabac. Il est observé par les aides et soins à domicile qu'un problème majeur avec l'alcool est la difficulté pour le personnel infirmier d'avoir un contrôle sur sa consommation. Sont relevés des problèmes comportementaux (p. ex., désinhibition, agressivité), troubles cognitifs (p. ex., perte de mémoire) ainsi qu'un manque d'hygiène. <p>Les médicaments paraissent poser moins de problèmes : moins de difficultés comportementales pour le personnel soignant, et un meilleur contrôle des consommations (étant donné la nécessité de prescriptions médicales). Il est apparu toutefois nécessaire par le passé de revoir entièrement des semaines de médication. Les médicaments qui posent le plus problème sont les : anxiolytiques, hypnotiques et antalgiques. Une spécificité liée à la prise de ces médicaments est que dans la plupart des cas ceux-ci sont ingérés lors du passage d'un membre du personnel infirmier. Certains usages dérivés sont constatés par le service des curatelles, comme par exemple la prise de Ritaline en sniff – mais ces situations semblent exceptionnelles.</p> <p>La consommation de tabac est notée pour son impact négatif sur la santé somatique. Ensuite, des conséquences indirectes peuvent inclure les risques de feu/d'incendie lorsque concomitants à une consommation massive de médicaments (p. ex., cas d'une personne bénéficiaire dont le canapé avait brûlé sur son lieu de domicile). Le tabagisme n'est généralement pas identifié comme une priorité par ces expert-e-s. Par ailleurs, une certaine « permissivité » à ce niveau est présentée par ces expert-e-s comme une forme de contrebalancement aux demandes de changement exprimées face à d'autres addictions – à l'alcool ou aux médicaments, par exemple.</p> <p>Hormis les cas de figure impliquant des mises en danger liées à la consommation de tabac en étant sous l'influence de médicaments, la question de la polyconsommation n'apparaît pas comme centrale ici. Il y a très peu de cas concernés par une dépendance</p>

	<p>à des drogues telles que l'héroïne ou le cannabis, et le jeu excessif n'est relevé par aucun-e expert-e interrogé-e.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Problèmes conséquents aux conduites addictives : les problèmes rapportés touchent principalement à la mise en danger de soi (p. ex. chutes, isolement, complications somatiques), et à une autonomie et un fonctionnement général diminués. – Début des conduites addictives : pour la grande majorité, il s'agit de problèmes d'addictions préexistant à l'âge de la retraite (<i>early onset</i>), à l'exception d'un service d'aide et de soins à domicile. – Tableaux cliniques : il existe de nombreuses comorbidités (somatiques, psychiatriques, démences et troubles cognitifs). Il est souligné que chaque cas est plus ou moins unique et complexe, se situant au milieu d'une importante diversité. La difficulté à poser et maintenir un cadre thérapeutique apparaît liée aux limitations cognitives et de discernement des personnes âgées concernées. – Phases de vie : il est souligné qu'un problème majeur tient à la transition des soins à domicile vers des soins en milieu résidentiel. Il existe, selon ces expert-e-s, trop peu de places en institutions résidentielles, et il arrive que des bénéficiaires soient maintenus à domicile alors que la situation nécessiterait un placement en EMS. Il est suggéré que lorsqu'un tel relais est possible, il peut alors se poser le problème d'adhésion à un règlement institutionnel qui contraint à l'abstinence, ne permettant pas une consommation contrôlée, avec des bénéficiaires n'ayant pas été préparés à un tel changement dans leur style de consommation – en particulier d'alcool. <p>Prévalence</p> <p>Bien que tous les groupes d'âge soient représentés (à l'exception des 85+ ans), des problèmes d'addiction spécifiques semblent caractériser certains groupes. A ce titre, on relève pour un service d'aide et de soins à domicile que l'addiction à l'alcool concerne déjà les 65+ ans, alors que celle aux médicaments touche plutôt les 70+ ans.</p> <p>Intensité</p> <p>La présence de problèmes d'addiction, en particulier à l'alcool, pose des difficultés au personnel soignant, à cause de besoins accrus de prise en charge, créant potentiellement une surcharge du personnel.</p>
Evaluations	<p>Outils et acteur-trice-s</p> <p>Le RAI (<i>Resident Assessment Instrument</i>) sous sa forme <i>RAI-Home Care (RAI-HC)</i> est administré par le service d'aide et de soins à domicile. Il évalue les besoins, les ressources individuelles, et propose un plan de prise en charge adapté. Il n'est ni spécifique ni adapté à l'évaluation de problèmes d'addiction. Si certaines conséquences sur la santé peuvent être évaluées, la problématique addictions n'y est pas clairement considérée. Sous sa forme santé mentale, le RAI-Mental Health (RAI-MH) est davantage adapté à tenir compte de problèmes d'addiction, mais requiert un temps de passation plus élevé, et devrait dans ce contexte être complété par l'interRAI Addictions Supplement (AS), ce qui n'est pas systématique.</p>
Interventions : réalisées, obstacles, envisagées	<p>Réalisées</p> <p>Au niveau de l'aide et des soins à domicile, une sensibilisation est réalisée par le personnel infirmier, autant que possible, auprès des bénéficiaires à propos des risques que peuvent comporter des conduites addictives (en particulier la consommation chronique à risque d'alcool). Les client-e-s auprès desquels une telle sensibilisation est effectuée sont</p>

habituellement des personnes qui présentent certaines vulnérabilités psychologiques (p. ex. dépression).

Les collaborateurs rapportés comme étant privilégiés, dans l'ensemble, sont les suivants : Le Torry, RFSM, la Fondation Le Tremplin, l'Association la Traversée, l'Accueil de jour Banc Public, ateliers Horizon Sud, médecins traitants, service des curatelles, justice de Paix. Il faut noter que pour le district de la Singine, aucune collaboration spécifique n'est mentionnée.

Pour les objectifs thérapeutiques, ils visent soit l'abstinence soit la consommation contrôlée. L'abstinence est généralement visée.

Obstacles

- Les expert-e-s rapportent qu'il est souvent très difficile de mener un travail thérapeutique pour cause de **non-compliance** au traitement, de manque de coopération et de **déni** ou anosognosie. Une mauvaise compréhension de la problématique addictions chez la personne âgée de la part de bénéficiaires rend difficile la motivation au changement et la prévention des risques. Pour le service des curatelles, il est souligné qu'il lui est possible de constater un certain nombre de problèmes, mais qu'il n'a pas les compétences pour intervenir directement.
- Il y a une priorisation du **somatique**. Bien souvent, les raisons ayant mené à une demande de soins relèvent de la sphère somatique (notamment pour les soins corporels ou la prise de médicaments), et les addictions ne sont détectées qu'en cours de route, sans constituer une demande de prise en charge de la part des bénéficiaires.
- Les mises en danger amènent parfois à des PAFA, permettant une certaine limitation des risques, mais ne constituant pas une solution sur le long cours, et n'aidant pas nécessairement l'engagement des bénéficiaires dans un processus thérapeutique.
- Dans la plupart des cas, peu de ressources sont disponibles dans l'**entourage social** de la personne bénéficiaire de soins (épuisé, démuné, résigné).
- Dans certains cas, les personnes concernées n'ont pas accès aux soins car elles n'ouvrent pas la porte lors de la venue du personnel des aides et soins à domicile.
- Pour les aides et soins à domicile, un sentiment de solitude et d'impuissance est souvent présent, face à un réseau de collaboration assez restreint dans les faits.
- Il y a pour les aides et soins à domicile des **efforts administratifs et du temps de prestations de soins qui sont non-calculables** par le RAI (nécessaire identification de prestations précises), et donc ne sont pas rémunérés. Ceux-ci, bien que bénéficiant aux client-e-s, doivent donc être réduits au minimum. Les aspects liés aux addictions et leur impact sur la qualité de vie des client-e-s sont donc en partie laissés de côté. Il est également souligné que de telles prestations centrées sur les addictions ne sont pas forcément prises en charge par la caisse maladie, laissant les moins nantis en situation de vulnérabilité. De plus, des interventions précoces, avant le développement d'un problème chronique d'addiction, ne sont pas favorisées par les caisses maladies.
- Manque de **collaboration réseau** : maintien à domicile parfois inapproprié ; ou à l'inverse, tendance à institutionnaliser précocement en EMS.
- Peu de mise en relation avec des institutions hospitalières et difficultés de coordination. On retrouve notamment une non-information ou information tardive de la part du HFR auprès des responsables des aides et soins à domicile lors de fins d'hospitalisations, alors qu'il est prévu que ces derniers soient invités à des colloques interinstitutionnels à mi-hospitalisation, et informés de la situation de leurs client-e-s à en fin d'hospitalisation. Une double hypothèse est émise : pression temporelle sur le personnel hospitalier et pression vers une sortie de la part des client-e-s (sorties précoces).

	<ul style="list-style-type: none"> – Contraintes géographiques : la distance avec une structure telle que le Centre cantonal d’addictologie CCA en ville de Fribourg peut être un obstacle pour certains districts. Elle pourrait amener à mobiliser davantage le personnel infirmier ASD psychiatrique, et maintenir la personne dans une forme de dépendance. – Manque de référence de la part de médecins traitants, et péjoration de situations avant de mettre les bénéficiaires en lien avec des institutions spécialisées (p. ex., en addictologie ou en psychogériatrie). Les médecins traitants généralistes sont identifié-e-s comme les acteur-trice-s qui sont le plus en contact avec les client-e-s des ASD. De bonnes collaborations à ce niveau permettent une prise en charge plus complète et à intensifier la communication plus large au sein du réseau de soins. – Manque de clarté quant aux modes de centralisation de l’information client-e-s et quant aux acteur-e-s de référence (responsabilité, coordination). Il semble exister une attente implicite du réseau quant à une centralisation venant du personnel infirmier des ASD. <p>Envisagées</p> <p>(ceci concerne les ASD exclusivement)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Collaboration plus intense avec des psychogéiatres, qui sont identifié-e-s comme des acteur-trice-s-clés. – Meilleure inclusion des proches des client-e-s dans le processus de prise en charge.
<p>Besoins : usagers-ères, institutions</p>	<p>Usagers-ères</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisation aux spécificités de la problématique addictions chez les personnes âgées. – En termes structurels, la présence d’une institution ambulatoire telle que le CCA serait bénéfique à des client-e-s résidant dans des districts plus éloignés, comme par exemple dans le sud du canton. – Une personne de référence assurant la liaison entre l’ensemble des soins. <p>Institutions</p> <p>(ceci concerne exclusivement les aides et soins à domicile) A un niveau institutionnel, on retrouve les besoins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Meilleure collaboration au niveau du réseau de soins sur le canton <ul style="list-style-type: none"> ○ Synergie avec les institutions hospitalières et les médecins traitants, notamment pour ce qui est de la pertinence d’un maintien ou non à domicile, et une meilleure inclusion des proches des client-e-s. ○ Participer à des entretiens réseaux (notamment lors de séjours en institutions spécialisées, participer aux colloques de mi-hospitalisation à l’HFR, avoir accès aux rapports d’hospitalisation) et participer à des bilans de situation réguliers afin d’anticiper des dégradations possibles. ○ Accès à l’information concernant les client-e-s (notamment lors d’hospitalisations et de sorties d’hospitalisations), invitation aux colloques de mi-hospitalisation, et clarification des modes de centralisation de l’information client-e-s et des acteur-trice-s de référence. ○ Etablir des contrats entre les institutions, visant une meilleure synergie quant aux objectifs thérapeutiques, avec une priorisation claire quant aux dimensions et problématiques traitées (p. ex., somatique, psychique, etc.). Dans un tel cadre, désigner une personne de référence qui assurerait la liaison entre les acteur-trice-s et aiderait la prise de décision.

	<ul style="list-style-type: none"> – Avoir davantage de temps à disposition pour prendre en charge les situations complexes de client-e-s présentant des problèmes d'addiction, et effectuer un travail de motivation au changement. Ce temps est actuellement non-calculable dans les prestations, et doit donc être soit réduit au minimum soit reconnu. – Avoir à disposition des instruments spécifiques : outil de détection de dépendance, liste de priorités dans le cadre de la collaboration entre expert-e-s et objectifs communs, listing avec les adresses d'acteur-trice-s-ressource (p. ex., groupes, spécialistes, ressources générales). Il est suggéré que de tels instruments ainsi qu'une formation spécifique à cette problématique très précise pourrait bénéficier aux médecins traitants, et par un effet en amont, au réseau tout entier.
Observations générales	<p>Il est remarqué que les expert-e-s de ce groupe se sentent compétents et à même d'aborder les questions d'addictions avec les bénéficiaires.</p> <p>Un paradoxe est relevé : d'une part, certaines situations se détériorent par manque de place dans des institutions résidentielles (EMS), forçant un maintien à domicile non-approprié aux besoins de bénéficiaires ; d'autre part, il semble que des institutions/services spécialisés sollicitent des placements vers des institutions résidentielles (EMS) dans des cas où un maintien à domicile aurait pu être effectué de manière appropriée.</p>

Associations faïtières et administration

Groupes d'âge	<p>Selon ces expert-e-s, l'âge en tant que tel n'est pas un indicateur fiable quant à la nécessité d'intervention. A âges égaux, les difficultés peuvent être radicalement différentes selon l'état de santé (physique ou psychique), l'environnement social ou physique (p. ex. logement). L'âge est perçu comme pertinent principalement en termes de tournants de vie, tel le passage à la retraite.</p>
Problèmes : types, prévalence, intensité	<p>Types</p> <ul style="list-style-type: none"> – Addictions : les addictions relevées comme étant principales étaient l'addiction à l'alcool et aux médicaments (somnifères et tranquillisants principalement). – Différences entre addictions : il est suggéré que l'addiction aux médicaments passe plus inaperçue que celle à l'alcool, pour les raisons suivantes : manifestations comportementales plus franches de la consommation d'alcool chronique à risque (p. ex. impulsivité, impatience, agressivité, violence) en comparaison à celle de médicaments tranquillisants (p. ex. somnolence, désorientation confusion). De plus, les manifestations comportementales associées aux médicaments semblent se confondre davantage avec des signes gériatriques (effet confondant). – Terminologie : ces expert-e-s proposent d'employer la notion de consommation chronique à risque, telle qu'utilisée par des organismes suisses réalisant des monitorages, et d'éviter la notion de dépendance, qui bien qu'ayant une réalité clinique apporte beaucoup de flou dans le dialogue entre professionnel-le-s. – Phases de vie : si de grandes tendances devaient être soulignées, il semble que la tranche d'âge 55-64 ans soit davantage concernée par la consommation d'alcool, et les tranches d'âge supérieures par les médicaments. – Il est proposé que le concept de <i>early/late onset</i> est pertinent pour la pratique clinique, mais ne constitue pas une réalité solide à un niveau plus macro : par exemple, chez les personnes plus âgées (75-84 et au-delà) rencontrées en EMS, même si une addiction s'est développée au tournant de la retraite, elle est alors déjà bien ancrée (donc en quelque sorte « early »). La notion de <i>early</i> est utile pour rendre compte de l'augmentation d'addictions liées au passage à la retraite. Toutefois, cet impact est nettement différent pour des

	<p>personnes en situation de précarité, qui avaient par exemple déjà décroché du circuit « standard » depuis longtemps.</p> <p>Prévalence et intensité</p> <p>Ce point n'était pas pertinent pour ce groupe d'expert-e-s étant donné une plus grande distance d'avec le terrain.</p>
<p>Evaluations</p>	<p>Outils et acteur-trice-s</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Setting</i> : il pourrait également y avoir un effet différentiel du contexte de prise en soins sur le degré de détection de conduites addictives. Par exemple, l'abus de médicaments est sans doute moins facilement détectable dans le cadre des soins à domicile qu'en EMS. La prise en compte du <i>setting</i> importe donc. C'est également le cas des tranches d'âge, avec des degrés variés de capacité à tolérer la substance et gérer ses effets sur les comportements. – Pertinence d'un repérage dit précoce : il s'agit d'opérationnaliser autant que possible ce que l'on entend par repérage « précoce », et concrétiser le public, les <i>settings</i>, et les problématiques précises. Par exemple, il peut arriver qu'une problématique addictions soit présente de longue date (chronique) mais ne soit détectée/détectable qu'une fois passé un certain niveau, quand elle est plus franche (en phase plus aiguë). <ul style="list-style-type: none"> ○ En conséquence, au vu d'une possible chronicité discrète, une détection précoce ne peut pas être spécifique aux personnes âgées, mais concerne toutes les tranches d'âge. ○ Si on le prend par le bout de la vieillesse (plutôt que l'addiction elle-même), alors « précoce » peut vouloir dire d'effectuer un repérage systématique dans la phase pré-retraite. ○ Afin de pouvoir la qualifier de précoce, cette évaluation doit être régulière et systématique. <p>Selon la mission des services concernés, il apparaît peu adéquat de transmettre des informations à ce sujet, par exemple lorsque la visée est spécifiquement sociale, d'autant qu'aucun relevé systématique ou officiel n'est effectué pour les addictions. L'observation de problèmes d'addictions est donc parfois fortuite.</p>
<p>Interventions : réalisées, obstacles, recommandées</p>	<p>Réalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le PIA (Plan Intercantonal Alcool) a été mis en place par les cantons latins avec la coordination du GREA et la Commission prévention et promotion de la santé (CPPS) du Groupement romand des services de santé publique (GRSP). Plus spécifiquement relatif au canton de Fribourg, un <i>focus group</i> et un groupe de travail ont été mis en place, visant à déterminer des axes d'action. Sur un ensemble de trois axes identifiés, c'est un travail de prévention qui a été privilégié jusqu'ici, ainsi qu'une offre de formation. – Instrument d'évaluation et d'orientation Senior+. Cet instrument est présenté avec plus de détails plus bas dans cette même section. <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une difficulté majeure est de parvenir à formuler des recommandations suffisamment précises pour rencontrer la réalité du terrain et suffisamment générales pour ne pas se situer uniquement dans des considérations au cas par cas. – La possibilité d'apporter de l'aide et des soins dépend directement de plusieurs aspects (multidimensionnalité) : état psychologique de la personne (capacité de tenir l'agenda, connaissances pratiques, etc.), ressources financières (accès à un nombre plus ou moins

	<p>restreint de prestations), domaines de prestations prévus par l'organisme considéré (social, médical/sanitaire, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il est difficile d'envisager une amélioration structurelle dans l'immédiat sans avoir une connaissance claire du terrain, des besoins et de la problématique addiction au sein de la population âgée du canton. Ceci pourrait <i>in fine</i> se traduire par le développement d'une structure spécialisée sur cette problématique personnes âgées et addictions au sein d'une institution du RIFA. La mise en place d'un partenaire unique poserait toutefois la question de la barrière linguistique. – La question du partage des données reste un élément délicat au vu de ce qui est prévu par la loi fédérale, bien que présentant un potentiel certain en vue d'une amélioration des soins et de la coordination du réseau. <p>Recommandées</p> <ul style="list-style-type: none"> – Favoriser l'emploi d'un vocabulaire commun entre professionnel-le-s. – Tenir compte de la réalité bio-psycho-sociale et physique de la personne intéressée, ainsi du contexte de l'aide (p. ex., aide et soins à domicile, conseil social, etc.) et de la demande effective (p. ex., aide au ménage, déclaration d'impôts, etc.). – Analyser les besoins et les nécessités d'intervention sur la base de plusieurs facettes-clés qui auront un impact relatif sur la dépendance fonctionnelle et la vulnérabilité de la personne âgée : autonomie, capacité de discernement (aspects cognitifs, démences, etc.), l'autodétermination (la personne est-elle capable de prendre des décisions pour elle-même ou dépend-elle d'une curatelle), la vulnérabilité socio-économique (la précarité sera relative, ainsi que l'accès à certains soins – ce qui rejoint ce qui a été mis en évidence par le Service des curatelles dans le groupe 2), l'encadrement médical (les risques de polyprescription sont-ils tenus à l'œil dans un cas spécifique ou non), polymédication-polyaddiction.
<p>Besoins : usagers-ères, institutions</p>	<p>Usagers-ères</p> <p>Il s'agit de tenir compte de la réalité complexe (bio-psycho-sociale et physique) des personnes intéressées afin de rencontrer aux mieux leurs besoins.</p> <p>Institutions</p> <ul style="list-style-type: none"> – Obtenir un retour de la part d'institutions de soins, comme les EMS, quant aux difficultés qui sont rencontrées sur le terrain en lien avec des personnes présentant une problématique addiction. – Partenaires avec qui être en contact (sensiblement différents selon les expert-e-s concernés) : RFSM, Le Torry, Service de liaison de l'HFR, médecins généralistes, pharmacienne cantonale, partenaires du projet PIA, COPIL du PCAA (le SPS a fait antérieurement partie du COPIL, permettant de représenter la partie « senior », et il serait bénéfique de les inclure à nouveau, est-il suggéré), AFIPA, AFAS, RIFA, SPS, SMC.
<p>Observations générales</p>	<p>De manière générale, les expert-e-s de ce groupe orientent vers des échanges fréquents et réguliers au sein du réseau et des améliorations d'ordre structurel. Ils suggèrent également le développement et la mise à disposition d'instruments d'évaluations et d'orientation. Les obstacles perçus sont à la fois politiques, économiques, ainsi que pragmatiques avec les intéressés.</p> <p>En termes de détection, un accent particulier est également mis sur la prise en compte rigoureuse des settings de prise en soin et des tranches d'âge concernées.</p>

<p>Groupes d'âge</p>	<p>Le groupe d'âge 55-64 ans est le plus représenté dans les institutions spécialisées en addictologie. Ceci résulte directement de leur définition des bénéficiaires de soins, c'est-à-dire des personnes adultes entre 18 et 64 ans ; bien que des exceptions existent. En psychogériatrie, les groupes d'âge les plus représentés sont les 65-74 ans et 75-84 ans.</p>
<p>Problèmes : types, prévalence, intensité</p>	<p>Types</p> <ul style="list-style-type: none"> – Types d'addictions : l'addiction à l'alcool et au tabac ressort pour l'ensemble des expert-e-s consulté-e-s ; même si le tabac est rarement identifié comme un problème majeur à traiter, étant donné la gravité des situations complexes prises en charge et l'effet d'autres consommations. L'addiction aux benzodiazépines et les problèmes de poly-médication sont présents en psychogériatrie. Le jeu excessif est observé au sein d'institutions spécialisées en addictologie, bien que rarement, ainsi que d'autres substances. Le jeu excessif est généralement identifié de manière fortuite, lors du passage de bénéficiaires de soins en institutions spécialisées pour d'autres problématiques (p. ex., dépression, dépendance à l'alcool) ou par l'entourage. – Divers types de problèmes sont identifiés en lien avec les conduites addictives (et non simplement comme consécutifs). Ils ont trait à la polymorbidité : somatique, cognitive (démences et autres atteintes cérébrales), psychiatrique (anxiété, dépression, trouble bipolaire, etc.). De nombreuses difficultés socio-économiques sont observées (p. ex., l'isolement social, difficultés à trouver des sources de financement, AI, réinsertion socio-professionnelle, trouver un lieu de vie). – Il est observé dans certains cas une aggravation d'une problématique initialement cognitive (démence ou autre) : risque de recevoir une médication inappropriée (p. ex., benzodiazépines), risque d'automédication (dont consommation d'alcool) pour faire face aux pertes cognitives constatées et leur impact émotionnel (p. ex., anxiété, détresse), et risque conséquent d'un ralentissement dans le traitement de l'information et des capacités attentionnelles. Il s'agit donc là de scénarios de médication inappropriée en présence de signes cliniques mal identifiés, dont : états dépressifs, anxiété, insomnie, désorientation. De tels signes peuvent apparaître au début d'une démence et peuvent en être le signe qu'il faudrait repérer afin de prescrire les médicaments adéquats correspondant à un diagnostic clair. – Deux exemples parlants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un premier exemple rend bien compte de l'immense complexité des situations prises en charge. Il s'agit d'un monsieur d'une cinquantaine d'années, présentant une problématique d'alcool avec de nombreuses rechutes, ayant reçu un diagnostic de bipolarité, en acceptation de la maladie, présentant également de nombreuses complications au niveau somatique. Systématiquement, lors du retour à domicile, il s'alcoolisait massivement. Il a épuisé les services de nombreuses institutions spécialisées, a un casier judiciaire, et, lors de la précédente prise en charge, était en sursis. Il a changé de canton et est actuellement à nouveau hospitalisé en unité addictions. Les professionnel-le-s se posent la question des possibilités actuelles de prise en soins et d'évolution. ○ Un autre exemple est celui d'un patient qui est en déni total de sa problématique OH, avec des mises en danger de soi fréquentes et un non-souhait de changer. Une douzaine de professionnel-le-s se sont réunis pour faire un bilan de situation. Il s'agissait d'un n^{ème} passage en institution spécialisée, avec le but d'aller dans une institution de psychiatrie générale ensuite. Dans ce cas, il manquait clairement, selon les professionnel-le-s

impliqué-e-s, d'un lieu de vie spécialisé dans la prise en charge addictions-psychogéatrie, fournissant un cadre protecteur. Il est fait l'hypothèse par les expert-e-s qu'un cadre protecteur offert par un tel lieu de vie permettrait une diminution des risques et des consommations (faisant alors un parallèle avec les séjours hospitaliers, durant lesquels une telle observation peut être faite, bien que les hôpitaux ne constituent pas des lieux de vie, et donc pas de solution à long terme). La situation était tellement complexe que dans le cadre d'une expertise, le processus a été stoppé à cause d'une plainte de sa part vis-à-vis d'un-e acteur-trice du réseau de soins.

- Début des conduites addictives : pour la grande majorité, il s'agit de problèmes d'addictions préexistant à l'âge de la retraite (*early onset*). Les expert-e-s soulignent toutefois que les cas de *late onset* sont sans doute trop peu détectés.
- Quatre grands groupes se dégagent :
 - Cas très lourds et complexes.
 - Groupe « intermédiaire » avec augmentation modérée de la consommation d'alcool - nécessité de rechercher les causes sous-jacentes : dépression, troubles cognitifs, autres problèmes.
 - Personnes mises à la retraite : effondrement et consommations subséquentes.
 - Retours à domicile après hospitalisation – avec la question de comment éviter les rechutes et la péjoration de la situation de vie.
- Tableaux cliniques : il est relevé que pour la plupart des cas addictions, il s'agit de tableaux cliniques très complexes, impliquant des troubles psychiatriques (p. ex. dépression, troubles de la personnalité, troubles psychotiques, etc.) ou neurologiques (p. ex. démences et confusion associée, syndrome de Korsakoff, etc.). A ces tableaux cliniques s'ajoutent généralement des difficultés socio-économiques.
- Polymédication : il est relevé que dans bien des cas, des bénéficiaires de soins reçoivent plusieurs fois une médication donnée ou encore un ensemble de médicaments dont la combinaison n'est pas appropriée. Ce problème tend à diminuer par le contrôle du/de la pharmacien-ne cantonal-e.

Prévalence

Il est difficile pour les expert-e-s de ce groupe de fournir des résultats chiffrés. Ceux-ci seront présentés dans la partie quantitative de cet état des lieux.

Intensité

Les professionnel-le-s des soins peuvent être mis en difficultés dans plusieurs scénarios. Premièrement, il s'agit de cas très complexes où de multiples dimensions de la personne sont touchées (bio-psycho-sociale et économique) de manière chronique, et que le réseau de soins est « usé ». Deuxièmement, il s'agit de cas où l'âge biologique est nettement supérieur à l'âge réel, avec des complications somatiques potentiellement graves, et où les personnes n'ont pas forcément accès aux services psychogériatriques qui leur seraient appropriés. Troisièmement, il peut arriver qu'une institution pour adultes soit démunie face à la complexité psychogériatrique de certains bénéficiaires (en particulier dans le cas de démences). Quatrièmement, en psychogériatrie, la gestion de la problématique addiction n'est pas forcément bien maîtrisée par tou-t-e-s les professionnel-le-s. Le groupe identifié comme le plus problématique en psychogériatrie est celui des 65-74 ans.

Il apparaît que les institutions spécialisées soient confrontées à des cas principalement très lourds, alors que l'expérience des médecins traitants reflète la gestion de cas légers à moyens où

	la qualité de vie n'est pas nettement impactée (du moins en apparence) par la problématique addiction.
Evaluations	<p>Outils et acteur-trice-s</p> <p>Une distinction claire est faite entre la patientèle institutionnalisée et la patientèle communautaire. Pour ce qui est de la patientèle institutionnalisée, les expert-e-s se font peu de soucis, étant donné le bon entourage professionnel, que ceci soit en unité hospitalière spécialisée, ou en EMS, la psychiatrie de liaison pouvant alors intervenir et superviser. De plus, la présence d'un contrôle pour la médication met davantage à l'abri les personnes âgées face aux risques de polymédication. Pour ce qui est de la patientèle dite communautaire, ceci semble davantage problématique, étant donné qu'il n'y a pas systématiquement un entourage – qu'il soit professionnel ou familial – aidant et éclairé quant à la problématique complexe des addictions chez les personnes âgées. Il s'agit alors du manque de « porte d'entrée » pour les personnes des 3^e et 4^e âges.</p> <p>Un profil de personnes particulièrement à risque semble être celui des personnes en pré-retraite, étant donné les obstacles socio-économiques spécifiques qui se présentent à elles.</p>
Interventions : réalisées, obstacles, envisagées	<p>Réalisées</p> <p>On constate pour les expert-e-s des institutions spécialisées une approche globale de la personne, avec une forte pondération de la problématique addictions face aux autres difficultés bio-psycho-sociales et économiques. Une posture éthique ressort : il s'agit de tenir compte des capacités de discernement des bénéficiaires de soins pour ce qui concerne une problématique donnée, en l'occurrence la problématique addictions, et de respecter la volonté ou non de recevoir des soins spécifiques dans le cas d'une capacité de discernement avérée. La posture des expert-e-s de ces institutions se situe donc entre respect de l'autodétermination et le devoir de protection.</p> <p>Pour les médecins traitants, il semble y avoir une tentative de gestion « en interne » et une sensibilisation aux problèmes d'addictions (en particulier en lien avec l'alcool) au cas par cas, de manière non-systématique. Les références vers les institutions spécialisées ne sont pas une priorité.</p> <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les situations très complexes et poly-morbides rendent parfois difficile la coordination des différents spécialistes et la formulation de solutions structurées, en particulier pour la phase pré-retraite ; avec la volonté mais en même temps la difficulté d'une prise en charge globale qui soit suffisamment exhaustive, et le peu de garantie d'un retour à domicile sans mise en danger de soi. – L'accès à des soins spécialisés addictions est limité pour les personnes 65+ ans, pour cause, l'absence d'une structure spécialisée addictions et psychogériatrie. A ce niveau, il est compliqué de trouver un lieu de vie adapté en termes de soins. – Un relais de prise en charge en phase post-hospitalière : par les médecins traitants (mais n'est pas toujours garanti), ou par un EMS (mais l'accès est souvent refusé, pour cause la surcharge occasionnée – notamment par le peu de dotations – et le manque de compétences perçues au sein du personnel pour prendre en charge des cas addictions). – Dans le contexte des soins de santé communautaires, il n'y a pas de « porte d'entrée » comme à l'hôpital. Par conséquent, le repérage devrait s'effectuer principalement par les médecins traitants et l'entourage. Cependant, ceux-ci sont trop peu sensibilisés à la présente problématique.

	<ul style="list-style-type: none"> – Pour les médecins traitants, il semble difficile de référer des patient-e-s à des institutions spécialisées à cause principalement du stigmatisme social associé à la maladie mentale ainsi qu’au déni de problèmes addictions par les bénéficiaires de soins, menant les bénéficiaires de soins à ne pas souhaiter de prise en charge de la problématique addictions. La problématique addictions est très taboue chez les personnes âgées actuellement, ce qui diminue les chances de détection et de demande d’aide. – En unité hospitalière au RFSM, l’introduction du TARPSY a fait passer la durée du séjour de 60 à 30 jours, laissant par conséquent moins de temps pour traiter les problèmes liés à la médication pendant le séjour hospitalier. – Faible reconnaissance financière du travail psycho-addictologique. <p>Envisagées</p> <p>Ce groupe d’expert-e-s a suggéré de renforcer les synergies de collaboration au sein du réseau, de renforcer les moyens de détection de cette problématique chez les médecins traitants. Il s’agirait également de clarifier les entrées en EMS et de donner les moyens de prendre en charge des personnes âgées présentant une problématique addiction (avec généralement un tableau psychiatrique et organique complexe). Pour les médecins traitants, il serait utile aussi de clarifier le réseau de soins pertinent qui existe sur le canton et la familiarité avec la présente problématique. Il est observé que probablement tout un pan de la population concernée par cette problématique passe inaperçue et bénéficierait à la fois d’un meilleur dépistage et d’une collaboration réseau resserrée.</p>
<p>Besoins : usagers-ères, institutions</p>	<p>Usagers-ères</p> <p>Il est souligné par les expert-e-s de ce groupe qu’il est tout à fait primordial d’informer les bénéficiaires de soins et leurs familles de cette problématique spécifique des addictions chez les personnes âgées, de sa détection ainsi que de sa prise en charge. Il serait perçue comme utile d’inclure les familles et proches-aidants dans le processus de soins.</p> <p>Institutions</p> <p>A un niveau institutionnel, on retrouve les besoins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les institutions spécialisées soulignent la nécessité d’une forte réactivité de la part des médecins traitants, par une détection efficace des problèmes d’addiction, et de distinguer les problématiques psychiatriques d’avec des démences/atteintes cérébrales (diagnostic différentiel) afin d’éviter une (sur-)médication inappropriée (p. ex., benzodiazépines face à une augmentation de l’anxiété dans le cadre d’une démence), ainsi qu’un suivi encadré en phase post-hospitalière. Une collaboration plus rapprochée est souhaitée. Celle-ci semble facilitée lorsque les médecins traitants sont nouvellement installés et familiarisés au fonctionnement interdisciplinaire, d’une part, et d’autre part, lorsqu’ils ont une spécialisation en addictologie. – Acceptation d’entrée en EMS suite à une hospitalisation en institution spécialisée lorsqu’évalué comme nécessaire par cette dernière. – Création d’une structure spécialisée en addictions et psychogériatrie au sein d’une institution du RIFA (comme le rapport de planification des prestations résidentielles, semi-résidentielles et ateliers 2016-2020 l’indique, p. 15, l’évaluation d’une telle possibilité sera réalisée) qui fonctionnerait comme lieu de vie. – Création de structures intermédiaires. <ul style="list-style-type: none"> ○ Premièrement, la mise en place d’équipes mobiles de psychiatrie RFSM est proposée comme une garantie de réduction des risques et de maintien de soins adaptés suite à une hospitalisation psychiatrique. Il est suggéré qu’une phase pilote pourrait impliquer la constitution d’équipes médico-infirmières, qui

	<p>viendraient ensuite s'étoffer avec d'autres professionnel-le-s, tels que des psychologues, des éducateur-trice-s, assistant-e-s sociaux/socials, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Développement d'une clinique de jour pour personnes âgées qui permettrait la prise en charge de problèmes d'addictions et de problèmes psychogériatriques. – Les médecins traitants semblent nécessiter la mise à disposition d'outils clairs et rapides pour le dépistage de problématiques addiction, leur clarification face à d'autres problèmes de vieillesse (p. ex., démence) et une explicitation des acteur-trice-s-clés du réseau qui devraient être contactés par types de situations. Des séances brèves d'information et de sensibilisation seraient également perçues comme bénéfiques.
<p>Observations générales</p>	<p>Dans l'ensemble, les expert-e-s de ce groupe soulignent la présence assez conséquente de comorbidités psychiatriques chez les personnes souffrant d'addictions qu'ils prennent en charge, ainsi que la grande complexité de diverses situations, tant sur le plan psychique que social et familial, économique (notamment les assurances) et professionnel (p. ex., la réinsertion), et somatique. En lien avec la gériatrie (notamment les démences), la présence de symptômes confondants rend très difficile une prise en charge appropriée. On relève qu'en dehors des institutions spécialisées, la focale est mise sur les aspects somatiques (par les médecins traitants) avec une perception de la problématique addictions comme entravant surtout la santé physique.</p> <p>Contrairement aux institutions spécialisées, qui rendent compte d'un besoin de traiter des cas qui peuvent parfois surcharger le personnel soignant, le point de vue médecins traitants fait plutôt état d'un besoin d'être connecté et d'avoir les bons réflexes (particulièrement en termes de sensibilisation et de références au sein du réseau) sans rapporter nécessairement une surcharge.</p> <p>Il ressort également qu'un type de partenaire commun important est les infirmières ASD.</p>

Consultations d'expert-e-s supplémentaires I : pharmacienne cantonale

<p>Problèmes : types, prévalence, intensité</p>	<p>Il existe des problèmes liés aux prescriptions médicamenteuses (en particulier psychotropes) inappropriées (dont la polyprescription) pour lesquels les pharmacies ont un rôle de repérage, sous la surveillance de la pharmacienne cantonale, qui vise à limiter les consommations abusives de médicaments.</p> <p>Les causes se retrouvent à plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gestion effectuée par les médecins traitants, qui soit ne tiennent pas compte de l'addition inappropriée de médicaments (forme de polyprescription), soit médiquent avec des hypnotiques/sédatifs (p. ex., zopiclone, zolpidem) de manière « légère » sans investiguer plus loin les problèmes sous-jacents (p. ex., démence), ou encore augmentent des doses (p. ex., morphine) suite à une accoutumance. – Abus volontaire de la part des personnes intéressées (recherche de polyprescription pour un même type de médicament, copie de prescriptions et « tourisme » dans diverses pharmacies notamment extra-cantonaux) – Utilisation de la personne intéressée par son entourage (bénéficiaires indirects), etc. <p>Les médicaments qui semblent poser le plus de problème sont les hypnotiques – à un degré qui est plus élevé que pour les benzodiazépines.</p>
--	---

	<p>Il n'y a pas plus de 10-15 cas par année issus du groupe des 65+ ans. Il est difficile de donner une image nuancée des cas recensés car cela nécessiterait une analyse dossier par dossier.</p>
<p>Interventions : réalisées, obstacles, recommandées</p>	<p>Réalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacienne cantonale <ul style="list-style-type: none"> o Rôle de surveillance et de contrôle dans les pharmacies du canton. Il n'y a aucune dénonciation pénale, mais il peut y avoir « blocage » au niveau des pharmacies ou médecins fréquentés – p. ex. telle pharmacie et tel médecin uniquement. Il peut y avoir information sur le canton, ainsi qu'auprès des cantons limitrophes. o Des personnes identifiées comme abusant volontairement de médicaments peuvent être rapportées dans les cantons limitrophes afin de limiter ces abus. - Echanges médecins-pharmaciens <ul style="list-style-type: none"> o Les pharmaciens tiennent un rôle de supervision. o Chaque pharmacie tient à jour des fichiers patient-e-s concernant des problématiques de prescriptions médicamenteuses. Ceux-ci sont tenus confidentiels en interne pour chaque pharmacie. Il est également souligné qu'au niveau du canton, pour des raisons légales de confidentialité, il n'existe pas de centralisation exhaustive des données patient-e-s. o Des médecins spécialisés en psycho-gériatrie effectuent un travail de liaison avec les EMS du canton. o Les cercles de qualité (médecins) autour d'un EMS englobent une prise en charge large, incluant les addictions et bien d'autres aspects (principalement somatiques). <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Détection <ul style="list-style-type: none"> o Chronicité « légère » peu visible et difficilement priorisable. o Il est difficile de pouvoir se reposer, de manière réaliste, sur la seule information des doses médicamenteuses sans inclure des informations complémentaires plus larges, telles que comportementales ou environnementales. Toutefois, la survenue d'hospitalisations suite à des chutes (indicateur possible d'un abus de médicaments chez les personnes âgées) n'est pas rapportée à la pharmacienne cantonale, mais est généralement échangée entre les institutions hospitalières et les aides et soins à domicile. <p>Recommandées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Détection <ul style="list-style-type: none"> o Sensibiliser les pharmaciens quant au fait que ce n'est pas que la quantité de médicaments consommés qui devrait alerter, mais aussi la durée/chronicité. o Sensibiliser les médecins traitants quant aux conséquences lourdes liées à la gestion exclusivement médicamenteuse de problèmes (p. ex., difficultés de sommeil, anxiété, dépression) présentés par leurs patient-e-s. o Critères : il est important d'inclure des aspects comportementaux (sommolence, chutes, etc.), et environnementaux (réactions de l'entourage, de pharmaciens, hospitalisations fréquentes pour chutes et fractures, etc.). - Gestion des prescriptions <ul style="list-style-type: none"> o Amener les médecins traitants à réduire les prescriptions « légères » afin d'éviter le développement d'une chronicité. Il semble toutefois que les

	<p>ressources disponibles soient naturellement allouées aux cas « lourds » ou requérant nettement une intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibiliser les médecins traitants au problème de la polyprescription médicamenteuse. Par exemple, porter attention au caractère particulier d'une demande venant de nouveaux-elles patient-e-s concernant des médicaments tels que des hypnotiques ou des benzodiazépines.
Observation générale	Il existe sur le canton des cercles de qualité pour médecins généralistes, qui sont animés chacun par un pharmacien. Il est suggéré que des échanges visant une sensibilisation (voir plus haut) pourraient y avoir lieu.

Consultations d'expert-e-s supplémentaires II : instrument d'évaluation et d'orientation Senior+

Statut	Projet en phase test.
Buts	<ul style="list-style-type: none"> – Améliorer la concordance entre les besoins et l'offre de prestations en faveur des personnes âgées, notamment de manière anticipatoire et préventive. – Eviter que des situations se péjorent. – Augmenter la coordination du réseau de soins et planifier les soins sur la durée.
Contenu	<p>Evaluation</p> <p>Evaluation multidimensionnelle des besoins de la personne intéressée, et de ceux de ses proches. Un ensemble de 28 dimensions sont évaluées, dont une dimension « addictions ». Cette évaluation peut se faire ou non en présence de la personne intéressée.</p> <p>Orientation</p> <p>Au sein du canton, vers les professionnel-le-s et les structures approprié-e-s. Deux chemins principaux : aide et soins à domicile, et EMS. (Voir à cet égard la section 8 du présent rapport)</p>
Fonctionnement	<p>Centralisation et coordination</p> <p>Les réseaux santé des districts communiquent avec les communes, et assurent l'administration de cet instrument et le suivi avec les professionnel-le-s et institutions de soins. Un-e infirmier/-ère est habituellement prévu-e pour coordonner l'ensemble.</p> <p>Information</p> <p>Pour chaque patient-e, l'information est centralisée au niveau des districts, garantissant un suivi efficace de l'évolution des cas.</p>
Améliorations possibles pour les cas « hybrides » (en l'occurrence, psychogériatrie et addictologie)	<ul style="list-style-type: none"> – Cet instrument ne fait pas forcément un lien direct vers une proposition d'offre, mais permet d'y réfléchir. – Il souligne les discordances entre les besoins, d'une part, et les soins et services actuellement sollicités, d'autre part. – Soutien la prise de décision quant aux offres à mobiliser. – Par exemple, si la situation d'une personne change drastiquement, alors avec cet outil il sera possible d'évaluer la situation et envisager différents scénarios potentiellement valables, comme une augmentation des soins à domicile, l'apport de soutien auprès d'un proche-aidant, etc. Des situations peuvent également s'améliorer : des cas existent d'un retour à domicile après un passage en EMS.

Obstacles	<p>Les addictions représentent une question qui reste très taboue, tant au niveau des professionnel-le-s que des intéressé-e-s.</p> <p>Un autre obstacle dans l’articulation de cet outil à la problématique addictions chez les personnes âgées tient au fait que cet outil - s’il relèvera des discordances existantes entre les besoins et l’offre de prestations - ne permettra pas d’orienter une personne vers tel ou tel EMS sur base de sa problématique addictions.</p>
------------------	--

5.1.3 Synthèse des résultats qualitatifs

En termes de types d’addictions, il ressort clairement que les situations problématiques sont essentiellement liées à la consommation d’alcool et de médicaments, et que des différences de vulnérabilité existent selon les groupes d’âges. Le tabagisme est également très représenté, mais n’est généralement pas identifié comme une priorité face à l’ensemble complexe des difficultés rencontrées par les bénéficiaires. Dans la grande majorité des cas et pour les divers groupes d’expert-e-s du terrain les cas addictions étaient liés à une problématique addictions préexistant à la retraite (*early onset*).

EMS :

Le groupe d’âge avec problématique addictions habituellement rencontré par ces expert-e-s est celui des 65-74 ans. Les points qui nécessiteraient solution et qui étaient rapportés sont au nombre de trois. Premièrement, les professionnel-le-s dans les EMS sont pour la plupart démunis face à la problématique addictions chez les personnes âgées. Ils souhaiteraient bénéficier d’outils d’évaluation ainsi que de prises en charge spécifiques, avec une clarification de la procédure à suivre. Bien qu’un soutien soit apporté par la psychiatrie de liaison du RFSM, il apparaissait un besoin de formation *ad hoc* pour le personnel, ainsi que de la présence de professionnel-le-s spécialement formé-e-s pour traiter cette problématique. Deuxièmement, la gestion de ces cas addictions est difficile pour le personnel surtout par les conséquences comportementales de la consommation de substances (en particulier l’alcool) et des comorbidités psychiatriques. Il s’agissait donc d’une surcharge liée au temps que le personnel consacre à une personne donnée ayant une problématique addictions. A ce niveau, l’accès et l’exposition aux substances s’avéraient directement liés (retour de sorties hors-institution sous l’influence d’alcool, commerces et brasseries à proximité, repas avec alcool pour d’autres résident-e-s). Troisièmement, le processus d’admission de résident-e-s devrait être davantage standardisé (actuellement, refus sur base de la présence d’une problématique addictions), et une meilleure répartition des cas addictions dans les différents EMS du canton devrait être favorisée.

ASD et curatelles :

Les groupes d’âge identifiés comme particulièrement touchés étaient très disparates selon les districts considérés pour les ASD. Au niveau des curatelles, ce sont surtout les 65-74 ans qui sont rencontrés parmi les personnes âgées avec problématique addictions. Toutefois, une tendance identifiée était que les situations de consommation problématique d’alcool apparaissent, parmi les client-e-s ASD, dès 65 ans, alors que pour les médicaments, ceci apparaissait généralement un peu plus tard, à partir de 70 ans. Ceci pourrait dépendre de deux facteurs : une différence *early-late onset* entre alcool et médicaments ; un rapport à une sur-prescription médicamenteuse plus marquée à mesure que les personnes vieillissent, et en particulier dans la phase post-retraite. Le service des curatelles soulignait un bon fonctionnement du réseau. Les obstacles principaux rencontrés par les ASD tenaient à quatre points essentiels. Premièrement, alors même qu’un travail avec le réseau est fonctionnel, il y a une fréquente « mise en échec » des projets de soins par les bénéficiaires (refus de soins, déni, non-compliance). Il était mentionné que d’une manière globale, l’abstinence était principalement visée par les professionnel-le-s de soins. Deuxièmement, il ressortait que davantage de reconnaissance par les organismes de financement serait nécessaire concernant l’ensemble des prestations qui entourent la prise en charge de problématiques addictions, qui ne sont actuellement pas toutes calculables. Troisièmement, l’évaluation de situations addictions au début de leur développement n’est pas toujours facile, et la passation d’outils appropriés est longue. Quatrièmement, il était observé des maintiens à domicile inadaptes dans certains cas, et des passages non-nécessaires vers des EMS dans d’autres cas. Ceci fait écho aux

observations du groupe d'expert-e-s EMS, et souligne la nécessité de mieux évaluer les situations et de répartir les cas par types d'institutions (maintien à domicile avec soins ASD ou résider en EMS), afin d'éviter des soins inadaptés ou de potentiellement surcharger le réseau de soins en certains lieux. A ce niveau, l'instrument d'évaluation et d'orientation Senior+ devrait permettre l'identification de telles discordances.

Associations faïtières et Administration :

Ces expert-e-s proposaient que les différences suivantes étaient observées par groupes d'âge en fonction du type d'addiction : les 55-64 ans seraient davantage concernés par l'alcool, alors que les médicaments concernent plutôt les groupes d'âge supérieurs. Ceci rejoint directement ce qui avait été mis en évidence par les expert-e-s des ASD. Cependant, les expert-e-s de ce groupe soulignaient que ce n'est pas l'âge en tant que tel qui serait déterminant, mais plutôt les tournants de vie, notamment en lien avec la retraite (qui peut varier selon les parcours individuels). Plusieurs autres nuances étaient apportées par ce groupe. La notion d'addiction préexistante à la retraite (*early onset*) ou tardive (*late onset*) n'a du sens qu'autour de la prise de la retraite, car une chronicisation peut avoir lieu durant les nombreuses années de vie suivant la retraite. La notion de détection précoce est appliquée dans ce cas plutôt en lien avec le caractère aigu de la crise vécue par une personne, puisqu'un problème d'addiction se serait étalé sur de nombreuses années et serait passé inaperçu pour les professionnel-le-s et l'entourage. Pour ce qui est des projets concrets en cours de route dans le canton, il y a tout d'abord eu un travail de prévention dans le canton, dans le cadre du PIA (Plan Intercantonal Alcool). Ensuite, l'instrument d'évaluation et d'orientation Senior+ représenterait une réelle avancée en termes de repérage de situations ne bénéficiant pas de soins adéquats, et de travail réseau. En ce qui concerne les obstacles, il était fait mention de : la difficulté à rencontrer la réalité du terrain sans entrer dans du cas par cas ; la complexité de différents types de soins entourant des cas addictions chez les personnes âgées ; la difficulté à créer une structure spécialisée sans avoir une connaissance claire de l'ampleur du phénomène dans le canton (ce que le présent état des lieux vise également à clarifier) ; le partage des données de bénéficiaires à l'échelle du canton se heurte à des limitations légales. Des propositions d'amélioration de la situation, en l'état, visaient : le développement d'un vocabulaire commun entre professionnel-le-s du réseau ; la prise en compte des dimensions qui impactent les degrés de dépendance fonctionnelle et de vulnérabilité des bénéficiaires de soins lors de l'évaluation de la nécessité (et des modes) d'intervention, c'est-à-dire les capacités de discernement, l'autodétermination, la situation socio-économique individuelle, et l'encadrement en soins de santé déjà présent. Globalement, en tenant compte de la situation et des connaissances actuelles sur le canton, ce groupe d'expert-e-s invitait à des interactions régulières au sein du réseau et à considérer les cas addictions au regard de l'encadrement (notamment soignant) déjà effectif.

Médecins et institutions spécialisées, et médecine générale :

Deux groupes d'âge étaient identifiés comme particulièrement vulnérables : les 55-64 ans pour les difficultés de réinsertion socio-professionnelle et d'octroi de financements ; et les 65-74 ans pour la complexité des tableaux cliniques et les freins à un placement en EMS (acceptation à l'entrée). Quatre obstacles majeurs à une prise en charge en charge adéquate. Premièrement, il y a une faible reconnaissance financière du travail plus psychologique sur les addictions chez les personnes âgées (mention du passage de 60 jours à 30 jours pour les hospitalisations psychiatriques). Ceci fait directement écho à un problème soulevé par les ASD, qui est la faible reconnaissance de tout un travail de prise en charge impliqué par la problématique addictions, au-delà des soins somatiques. Deuxièmement, il est compliqué de réunir en un même endroit les compétences nécessaires pour traiter la problématique addictions et des problèmes proprement psychogériatriques. Il était suggéré à ce titre d'offrir des formations spécifiques, ainsi que de travailler à la création d'une structure spécialisée résidentielle (psychogériatrie et addictions) au sein d'une institution du RIFA. Troisièmement, pour le travail de réseau, le rôle essentiel du personnel infirmier des ASD était souligné. Ceci veut dire qu'il serait raisonnable de consolider ce fonctionnement, et donc de le clarifier pour l'ensemble du réseau par la formulation de lignes directrices. Enfin, il est plausible que bien des cas de personnes âgées souffrant d'addictions au sein de la population générale passent inaperçus (peu de connaissances, complexité psychogériatrique, stigmates sociaux). Il s'agirait de viser une sensibilisation des proches de personnes âgées et des médecins traitants. Il était proposé que des outils clairs de dépistage de problèmes d'addictions chez les personnes âgées devraient être mis à disposition des médecins traitants. Ceci aurait sans doute sa place dans le projet PEPra.

6 Intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs

Les groupes d'âge 55-64 ans et 65-74 ans présentaient une représentativité assez semblable pour les différents types d'addictions. Ces groupes étaient aussi, d'une manière générale, davantage concernés par des problématiques addictions que les autres groupes d'âge¹¹⁵. Ceci pourrait souligner, en lien avec la littérature sur le sujet, les particularités associées à la phase située autour de la retraite (pré- ou post-retraite). Cette phase est identifiée dans la littérature comme voyant émerger environ un tiers de nouveaux cas addictions, dits tardifs – du moins, pour ce qui est de l'addiction à l'alcool.

Les données quantitatives indiquaient que la proportion de cas addictions était plus élevée entre 55 et 74 ans. Les données qualitatives issues des expert-e-s suggéraient que la plupart des cas addictions étaient de longue date (early onset). Une première piste d'explication possible tient à l'accès aux produits qui est réduit à un âge plus avancé (moindre indépendance), amenant à moins de cas addictions chez les individus les plus âgés. Une seconde piste tient au fait que même si la plupart des cas observés sont précoces, avec une forte chronicisation, ceci n'exclut pas des cas addictions apparus autour de la phase retraite, même si probablement minoritaires.

En complément, et comme il a été indiqué dans les données qualitatives, la notion d'addictions préexistantes vs tardives est à relativiser au vu de la chronicisation qui peut caractériser des groupes âgés plus éloignés de la phase retraite. Il en est de même pour la notion de détection précoce, étant donné qu'une problématique addictions peut très bien être latente pendant une période plus ou moins longue. Ceci nous amène donc à supposer, en lien avec nos données, les effets suivants pour la transition retraite : exacerbation de problématiques addictions latentes ; augmentation du nombre de cas addictions francs ; concordance entre motivations de consommation, d'une part, et capacités comportementales (indépendance) et accessibilité (domicile) pour le faire, d'autre part.

Concernant l'aide et les soins à domicile, il avait été relevé que la problématique alcool semble concerner des personnes plus jeunes (65+ ans) que la problématique médicaments (70+ ans). Les données quantitatives confirment cette observation pour l'alcool. Cependant, le constat est plus mitigé pour les médicaments, avec une représentativité moyenne près de deux fois plus marquée au sein du groupe des 55-64 ans que des groupes des 65-74 ans et 75-84 ans, respectivement. Cette discordance apparente est plus que probablement liée à des découpages en groupes d'âge différents (65+ ans, 70+ ans, 55-65 ans, etc.). Les observations ne sont donc pas forcément contradictoires.

De manière générale, à un niveau quantitatif, il était apparu que le groupe des 75-84 ans était le plus stablement concerné par la problématique alcool, une fois pris en compte les cas extrêmes propres à certains établissements. Ce point est essentiel, car il indique, par cette prédominance stable entre types d'institutions, que ce groupe est le plus touché par la problématique alcool dans l'ensemble, et que la focale doit être mise sur la gestion de la problématique alcool aussi pour des personnes d'âge plus éloigné de la phase retraite.

Une représentativité élevée de « cas addictions lourds » pour ce groupe d'âge n'était observée que dans les EMS et en hospitalier au RFSM, alors que c'est bien la problématique alcool qui a été généralement relevée comme celle qui pose le plus de difficultés directes à la prise en charge (manifestations comportementales franches et disruptives, moins de contrôle des professionnel-le-s en comparaison à la médication). On peut imaginer que c'est dans les EMS et en hospitalier qu'il y a un contrôle maximal possible sur les conduites addictives. C'est aussi dans ces institutions que les effets de ces problématiques se font particulièrement ressentir (dépendance fonctionnelle accrue, état de crise, interactions très régulières et quotidiennes avec les professionnel-le-s).

La problématique addiction aux médicaments était davantage représentée chez les bénéficiaires qui étaient suivis soit en résidentiel (EMS) soit en hospitalier (RFSM). Il est probable que cette observation ne soit pas uniquement liée à des gravités de situations différentes selon les cadres de soins pris en compte. Sur base des données qualitatives, on peut tout aussi bien formuler l'hypothèse que cette différence soit conséquente au plus faible degré de contrôle et au regard plus sporadique sur ce type d'addiction lorsque les personnes résident à domicile.

¹¹⁵ Nous nous focalisons ici sur la représentativité de problématiques addictions par types, et non pas sur la lourdeur perçue des cas addictions.

Le groupe des 85+ ans était le moins concerné par des problématiques addictions. La présence de telles problématiques s'affaiblissait déjà à partir de 75+ ans, si l'on considère l'ensemble du canton.

Les différences de genres sont à considérer, avec une tendance plus marquée chez les hommes pour l'alcool, et chez les femmes pour les médicaments.

En termes de lourdeur de cas par groupes d'âge, ce sont les 65-74 ans et les 75-84 ans qui apparaissent, à un niveau quantitatif, comme les plus concernés. Les données qualitatives nous amènent à nuancer cette observation par le fait que ceci dépend fortement des dimensions prises en compte chez la personne. Si on tient compte de la précarité socio-économique, le groupe de 55-64 ans peut s'avérer particulièrement difficile à prendre en charge (obstacles à une réinsertion socio-professionnelle, pas encore retraités). Cela renvoie à la complexité multidimensionnelle des cas pris en charge.

Tant les données quantitatives que les données qualitatives indiquaient de grandes différences de proportions de cas addictions entre institutions. Les données qualitatives ont permis de souligner que les modes de prise en charge ne sont pas toujours appropriés – par exemple, entre maintien à domicile inadéquat voire dangereux et pression vers une institution résidentielle.

Si on y regarde par types d'institutions, ce sont les EMS qui rapportaient être les plus démunis face à cette problématique complexe des addictions chez la personne âgée. Il ressort que seraient nécessaires : le maniement d'outils d'évaluation et d'intervention, la présence de personnes spécifiquement formées, ainsi que la clarification de lignes directrices en lien avec le réseau de soins du canton. Il a également été souligné l'aide que représenterait l'existence d'une structure résidentielle spécialisée dans la prise en charge de personnes âgées présentant une problématique addictions.

Il ressort que le réseau existant autour de bénéficiaires identifié-e-s avec cette problématique parvient généralement à s'organiser. Toutefois, il apparaît crucial de pouvoir détecter un maximum de cas concernés pour l'ensemble de la population du canton, ce qui requiert des évaluations spécifiques menées également par des médecins traitants, pour les personnes qui ne seraient pas en contact avec des institutions de soins et risqueraient de passer inaperçues. Plus globalement, une sensibilisation de la population quant à cette problématique est nécessaire.

7 Synthèse générale

Il existe avec l'avancée en âge une vulnérabilité accrue liée à des conduites addictives, notamment pour l'alcool et les médicaments. Le passage à la retraite constitue un tournant de vie majeur au cours duquel s'observent de nombreux ajustements, et ceux-ci peuvent s'exprimer par le développement ou l'aggravation de conduites addictives. Les changements physiologiques (tolérance) et les répercussions multiples d'une telle problématique (bio-psycho-sociale et économiques) peuvent rapidement mettre en danger la santé (physique et mentale) des personnes concernées et entraver leur qualité de vie. La prise en charge de situations d'addictions chez la personne âgée est particulièrement complexe au vu des divers facteurs à prendre en considération (santé somatique, manifestations comportementales, aspects neurologiques, entourage de soins et de proches, entre autres), et peut mettre en difficulté les professionnel·les des soins.

L'évolution démographique suisse, avec une population vieillissante, nous amène inévitablement à nous poser la question de la gestion de telles situations et de la mise en place de prises en charge adaptées.

La « Stratégie nationale Addictions 2017-2024 » met l'accent sur les comportements à risque chez les personnes âgées. La « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 » vise la prévention, pour l'alcool et le tabac. La question de la prise en charge des personnes âgées souffrant d'addiction a été examinée dans le cadre du Plan cantonal d'Action Alcool (Mesure 16) ainsi que dans celui des besoins prioritaires de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction (Besoin 2). Un besoin de connaissance plus fine, tant quantitative que qualitative, est apparu comme prioritaire, afin de cerner l'ampleur du problème d'addiction chez les personnes âgées au bénéfice d'une prestation publique ou para-publique d'aide dans le canton de Fribourg (EMS, aide et soins à domicile, curatelles, institutions spécialisées, hôpital). Ce besoin de connaissance inclut aussi les capacités d'agir et les besoins des différents acteurs·trices concerné·e·s.

Le présent état des lieux a pour ambition d'effectuer une évaluation quantitative et qualitative du besoin de prise en charge addictologique et un examen de l'articulation avec les réponses apportées actuellement dans les EMS, les soins à domicile et en psychogériatrie. Examiner le besoin de créer une unité EMS, à charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS), dans une des institutions RIFA était aussi un objectif de ce rapport. En 2018, le projet romand de « Prévention Intercantonale Alcool » (PIA) avait déjà identifié certains besoins et pistes d'amélioration en matière de prévention des problèmes d'alcool auprès de ces services.

Jusqu'à récemment, nous disposions de peu de données empiriques permettant d'estimer l'ampleur du phénomène dans le canton de Fribourg.

Le présent état des lieux dans le canton de Fribourg s'est basé à la fois sur des données issues (principalement) de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) 2017, analysées par l'Obsan (Roth, 2020), ainsi que, et surtout, sur des données empiriques détaillées par groupes d'âge et sexe, et par types d'institutions, produites pour le présent rapport.

Selon les données analysées par l'OBSAN spécifiquement pour le canton de Fribourg (Roth, 2020), il est apparu que les personnes âgées de 50-64 ans ainsi que les 65 ans et plus, tant hommes que femmes, sont particulièrement touchées par une consommation d'alcool régulière (une fois ou plus par jour) et chronique à risque. Il était montré que, de manière générale mais aussi au sein de ces deux groupes d'âge, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être concernés par une consommation problématique d'alcool. Pour la question des médicaments, les femmes apparaissaient plus vulnérables que les hommes, et les personnes âgées de 65 ans et plus étaient davantage touchées par une consommation problématique de médicaments que les groupes d'âge inférieurs. Concernant la prise de médicaments psychotropes, la présence de problèmes psychiques importants était plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

En arrivant maintenant aux données empiriques produites spécifiquement pour ce rapport, on peut voir que celles-ci sont de deux types. Premièrement, des données quantitatives ont été produites sur la base de l'envoi d'un questionnaire à tous les établissements médico-sociaux et services d'aide et de soins à domicile (publics) dans le canton, le RFSM hospitalier (secteurs adultes et de la personne âgée), le RFSM ambulatoire (psychogériatrie et addictologie), ainsi que les différentes justices de paix. Notre recensement a porté sur un peu plus de 6'000

bénéficiaires de 55+ ans. Deuxièmement, des données qualitatives ont été générées par la consultation de différents groupes d'expert-e-s réunissant, respectivement : des établissements médico-sociaux ; des services d'aide et de soins à domicile et le service des curatelles ; des organisations faïtières et l'administration ; des médecins et institutions spécialisées, et médecine générale. En compléments, certain-e-s expert-e-s ont également été consulté-e-s sur des points très spécifiques. Pour ces deux types de données, les bénéficiaires âgé-e-s étaient répartis en quatre groupes d'âge : 55-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, et 85+ ans.

L'ampleur de la problématique addictions chez la personne âgée dans le canton de Fribourg est estimé à plus de 600 cas lourds (nécessitant un soutien de prise en charge allant de moyen à intense). Des différences marquées sont apparues entre types d'institutions ainsi qu'entre groupes d'âge.

L'addiction à l'alcool, aux médicaments et au tabac sont au premier plan, et ces deux premiers types de produits sont principalement considérés comme nécessitant une intervention prioritaire. Les groupes d'âge les plus concernés sont ceux qui se situent dans la transition retraite, c'est-à-dire les 55-64 ans et les 65-74 ans, qui montrent des tendances assez semblables. Des différences liées au genre des bénéficiaires indiquaient une tendance plus marquée chez hommes à présenter une problématique d'addiction à l'alcool plutôt qu'aux médicaments, et l'inverse chez les femmes. De manière transversale, le groupe d'âge des 75-84 ans est le plus touché par la problématique alcool si on exclut les cas extrêmes (institutions « surchargées »).

A l'échelle des interventions concrètes de prise en charge, il ressort la nécessité de mettre à disposition des outils d'évaluation et d'intervention ainsi que la clarification de lignes directrices en lien avec le réseau de soins du canton. En lien avec ce point pourraient être données des formations ciblant cette problématique. L'apport bénéfique de la création d'une structure résidentielle spécialisée dans la prise en charge de personnes âgées présentant une problématique addictions.

Une détection la plus exhaustive possible de cas concernés est nécessaire, et devrait passer par une sensibilisation tant des médecins traitants que des proches de personnes âgées, ce afin d'éviter que des personnes non prises en charge par une institution de soins ne passent inaperçues.

8 Rôle du canton, des communes et des fournisseurs de prestations : bases légales

Dans son article 3^d, la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) attribue aux cantons le rôle de mettre en place les prises en charge pour les personnes souffrant d'addiction :

¹ *Les cantons pourvoient à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction.*

² *Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence.*

³ *Les cantons favorisent la réinsertion professionnelle et sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction.*

⁴ *Ils créent les institutions nécessaires au traitement et à la réinsertion ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.*

La planification des offres d'aide pour les personnes âgées, l'évaluation des besoins de prestations médico-sociales et la possibilité de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont des compétences réglées dans différentes bases légales. L'application de certaines recommandations formulées dans ce rapport (cf. recommandation 7) et l'implication de partenaires pour la mise en œuvre doit tenir compte de la répartition de ces compétences légales :

>Loi sur les Seniors (LSen)

>Loi sur les prestations médico-sociales (LPMS)

>Loi sur la santé (LSan)

>Loi sur les institutions spécialisées et les familles d'accueil professionnelles (LIFAP)

De manière synthétique, **l'Etat** veille à ce que les dispositions prises pour la collectivité tiennent compte des seniors et précise les domaines d'intervention de l'Etat dans un concept global dans un plan pluriannuel (LSen). L'Etat soutient les communes et les districts dans la mise en œuvre de la législation sur les seniors. Le **Conseil d'Etat** établit périodiquement une planification de l'offre de prestations médico-sociales pour l'ensemble du canton, après consultation des milieux intéressés.

Les **communes, respectivement les associations de communes (p.ex., réseaux de santé)**, veillent à **organiser** les prestations médico-sociales au sein de leur district, coordonnent l'accès aux prestations médico-sociales du district et organisent les prestations indiquées par l'évaluation des besoins de la personne.

Le rapport explicatif RPMS du 29.09.17 (page 8) précise : « *qu'il appartient à l'association de prévoir le personnel et l'organisation nécessaires à coordonner l'accès aux prestations médico-sociales. Cette **coordination** est en particulier importante avec les réseaux **hospitaliers** et implique une collaboration entre les structures de coordination du district et les services de **liaison** hospitaliers. L'association est libre d'exiger que toute demande de prestation soit soumise à un accord préalable d'une instance désignée par elle-même, voire d'exiger que l'évaluation des besoins des personnes domiciliées dans le district soit faite, toute ou en partie, par une telle instance. Celle-ci peut être amenée à organiser la prestation indiquée dans le district ou en dehors, soit de manière systématique soit uniquement sur demande, selon le choix de l'association.* »

Tout fournisseur ou fournisseuse de prestations médico-sociales mandaté-e ou exploité-e par une association de communes au sens de la LPMS est tenu-e de procéder à **l'évaluation des besoins** de la personne âgée de plus de 65 ans (exceptionnellement de moins de 65 ans) à l'aide de l'outil d'évaluation déterminé par le Conseil d'Etat et d'informer cette personne des prestations répondant à ses besoins. Dans certains districts des organes de coordination ont d'ores-et-déjà été mis en place et jouent un rôle essentiel.

Concernant les **addictions, un dispositif cantonal d'indication** pour les personnes adultes de moins de 65 ans (exceptionnellement de plus de 65 ans) a été mis en place par le Service du médecin cantonal en 2014.

Des séances d'indication ont lieu chaque semaine. L'indication est organisée dans un délai de 3 semaines à partir de la pré-indication. Cette séance est menée par un binôme médical – social. La partie médicale est assurée par le RFSM et la partie sociale par Le Tremplin. Il évalue de manière interdisciplinaire la gravité de l'addiction et la situation dans toutes les différentes dimensions de vie (judiciaire, psychique, logement, familiale, financière, emploi, etc.). Cette indication est obligatoire pour toute entrée en institution résidentielle et pour l'obtention du financement du séjour par le SPS. Les compétences entre les fournisseurs et fournisseuses de prestations pour les personnes âgées, respectivement les organes de coordination, devront être clairement définies et/ou **coordonnées** avec ce dispositif d'indication Addictions afin d'éviter le flou et les potentiels doublons.

Point particulier

L'admission à **pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins** est de la compétence du Conseil d'Etat, qui peut inscrire sur la liste des établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les EMS qui répondent aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Ces conditions sont importantes dans l'éventualité de la mise en place d'une structure EMS spécifique pour les personnes âgées souffrant d'addiction, ou d'une unité EMS dans une institution spécialisées dans les addictions existante et reconnue comme telle par le Conseil d'Etat:

- a) être inclus dans la planification cantonale ;
- b) évaluer le niveau de soins des bénéficiaires au moyen de l'outil défini par le Conseil d'Etat ;
- c) disposer de l'effectif en personnel de soins requis, tel qu'il est défini par le Conseil d'Etat pour chaque niveau de soins ;
- d) garantir la présence de personnel de soins qualifié 24 heures sur 24.

9 Projets en promotion de la santé et prévention

Le canton de Fribourg a mis en place plusieurs plans et programmes, dont certaines mesures touchent les plus de 55 ans et les personnes âgées.

Sont à mentionner :

>Le [Plan cantonal d'action alcool \(PCAA\)](#), dont plusieurs mesures s'adressent aux plus de 55 ans comme par exemple:

Renforcer le soutien à la consommation contrôlée pour les jeunes adultes et les personnes âgées de 50 ans et plus ;

Offres de soutien bio-psycho-social transversales aux différents groupes-cibles dont les 50 ans et plus : favorisent le maintien à domicile, les soins et les interventions sociales dans les différents settings de la personne concernée.

Des mesures transversales comme la formation des multiplicateur-trice-s et les restrictions légales touchent aussi le public des 50 ans et plus.

>Le [Programme cantonal de prévention du tabagisme](#), dont certaines mesures s'adressent aux personnes de plus de 55 ans comme l'aide à l'arrêt. Les mesures structurelles, telles que la protection contre la fumée passive, touchent l'ensemble de la population.

>Le [Programme cantonal de promotion de la santé mentale](#), qui vise au renforcement des éléments touchant à la santé mentale comme le bien-être, les compétences et la qualité de vie des seniors afin de les maintenir en bonne santé.

>Le canton de Fribourg participe au [Projet Intercantonal Alcool \(PIA\)](#), portant sur la consommation d'alcool chez les seniors. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ce projet est porté par les cantons latins et coordonné par le GREA et la Commission Prévention et promotion de la santé (CPPS) du Groupement romand des Service de santé publique (GRSP). Les axes principaux sont les suivants :

1. Informer/ former les professionnel-le-s.
2. Participer à l'amélioration des cadres de référence institutionnels.
3. Informer la population (personnes concernées et leurs proches).

La phase actuelle se consacre à former les professionnel-le-s en contact avec les personnes âgées et à avoir ainsi des multiplicateur-trice-s qui peuvent sensibiliser les personnes âgées et leur institution respective aux questions d'alcool. Une première formation pilote a déjà été effectuée dans le canton du Jura en 2020 et pourra être utilisée par chaque canton.

>Le canton de Fribourg participe également, en tant que canton pilote, au projet national intitulé [PEPra](#). Son objectif est de créer, dans les cabinets médicaux et sur la base des programmes et approches développés avec le corps médical déjà existant, un ensemble complet d'offres de prévention coordonnées basées sur les preuves scientifiques et les bonnes pratiques. L'accent est mis sur la prévention des maladies non transmissibles (MNT), les maladies psychiques et les addictions. Ce projet permettra d'atteindre le public cible des personnes âgées tant en matière de prévention primaire que secondaire à travers les médecins traitants.

10 Pistes d'amélioration et recommandations

Nous proposons maintenant une série de pistes d'amélioration et de recommandations. Celles-ci se basent sur les données récoltées dans le cadre de cet état des lieux (aux niveaux quantitatif et qualitatif), sur trois priorités de la [Stratégie nationale et Plan de mesures Addictions 2017-2024](#)¹¹⁶, sur les trois axes ayant émergé du Projet « [Prévention Intercantonale Alcool](#) » (PIA)¹¹⁷, ainsi que sur les études et projets pilotes en Suisse.

Pistes d'amélioration et recommandations

1. Détection et intervention précoce

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Reconnaître le travail de détection précoce qui est déjà effectué. – Traiter une problématique addiction au début de son développement et/ou avant qu'émergent des complications psychogériatriques (somatiques, psychologiques, socio-économiques).
Groupes-cible	<ul style="list-style-type: none"> – 55-64 ans et 65-74 ans.
Moyens	<p>Le dépistage précoce vise la perception précoce des signes et des modes de comportement problématiques ainsi que leur interprétation initiale. Afin de mettre le dépistage précoce en œuvre, les professionnel-le-s chargé-e-s de la prise en charge et de l'accompagnement ont besoin à la fois de sensibilité et de connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Médecins : Stratégies de détection mises en place par les médecins traitants en particulier via le projet de « Prévention basée sur les preuves en cabinet médical (PEPra) ». Ceci viserait spécifiquement les problématiques d'addiction à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes. – Infirmières des aide et soins à domicile : <ul style="list-style-type: none"> > 1) Reconnaissance de la détection précoce des problèmes d'addiction effectuée par le personnel des ASD (p. ex. via l'interRAI CMH Santé mentale) et du temps pour le faire. Intégrer ce rôle de détection des problèmes d'addiction dans son cahier des charges. Mise à disposition d'outils de détection de conduites addictives chez la personne âgée par le Service du médecin cantonal. > 2) Il faut également inclure dans les cahiers des charges respectifs le relais des infirmières en somatique vers des infirmières en psychiatrie lorsqu'il y a suspicion d'une problématique d'addiction sévère. > 3) Intégration de l'outil de Senior+ comme outil pratique standard lors de l'initiation d'un suivi. > 4) Etendre la consultation de liaison du RFSM en particulier à tous les services d'aide et de soins à domicile afin de pouvoir bénéficier dans les situations complexes d'addictions et de comorbidité.
Partenaires	SMC, SSP, FMH, MFÄF, Médecins traitants, Associations de l'aide et soins à domicile (au niveau des districts), AFAS.

2. Information à la population et aux proches des personnes âgées

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibiliser et informer la population (en particulier les personnes âgées et leurs proches) quant à l'existence de la problématique addictions chez les personnes âgées afin
-----------	---

¹¹⁶ Trois priorités sont prévues par les Stratégie nationale et Plan de mesures Addictions 2017-2024 : « intervention précoce », « thérapie, conseil et réduction des risques axés sur les besoins », « coordination des fournisseurs de prestations ».

¹¹⁷ Trois axes ont été identifiés par le Projet PIA en vue d'une amélioration : « Information / formation des professionnels », « Cadre de référence (règlements institutionnels) », « Information à la population ».

	<p>de dé-tabouiser cette problématique. Il s'agirait de sensibiliser la population : aux effets de la consommation chronique d'alcool à risque et à la moindre tolérance à un âge avancé ; la dépendance aux médicaments psychotropes ; aux interactions alcool-médicaments ; à l'impact négatif du tabagisme sur la santé, qui est particulièrement marqué à un âge avancé ; aux conduites liées au jeu excessif (en particulier les jeux en ligne) ; de l'avancée en vieillesse pour des personnes consommatrices chroniques de drogues dures.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre les personnes concernées en lien avec les aides et les professionnel-le-s adéquates. - Pouvoir estimer sa situation ou celle de son proche en termes d'addictions à la lumière des particularités des personnes âgées.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et diffuser de documents informatifs (brochure, flyer, etc.) via des organisations faitières qui s'occupent des personnes âgées. - Le Groupe « Fribourg parle d'alcool » pourrait traiter de ce thème dans leur action annuelle dès 2021. Ce groupe regroupe différentes institutions fribourgeoises actives dans la prévention et la prise en charge liée à l'alcool et coordonnent depuis de nombreuses années des actions de communication pour ouvrir le débat sur la consommation d'alcool. - Les institutions ambulatoires et résidentielles du domaine handicap ou psychiatrique pourraient également diffuser du matériel informatif. - Promouvoir la plateforme : https://www.addictions-et-vieillessement.ch/. Y figurent en particulier des rubriques spécifiques pour l'entourage. Ces informations sont relayées par l'association Proches Aidants Fribourg : https://www.pa-f.ch/fr - Faire interagir jeunes et personnes âgées autour de cette thématique, par le biais de projets intergénérationnels.
Partenaires	<p>AFIPA, AFAS, INFRI, Pro Senectute, Programme AvantAge en entreprise, Curaviva, Groupe « Fribourg parle d'alcool », MFÄF, SSP, PA-F Fribourg, CIPRET, SPS, SEJ</p>

3. Renforcer la synergie au sein du réseau de soins, établir une priorisation des intervenant-e-s-clés et assurer la liaison dans les soins

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Dispenser un traitement de soins cohérent, tenant compte des problèmes addictologiques et psychogériatriques. - Coordonner le réseau de soins autour d'objectifs communs pour le/la patient-e. - Identifier les intervenants-clés pour une période donnée et fournir au/à la patient-e un relais adéquat dans les soins. - Garantir un suivi dans la durée.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - En termes de connaissances réseau : <ul style="list-style-type: none"> -Mettre à disposition des professionnel-le-s de soins une vue d'ensemble du réseau de soins pertinent, avec une liste des contacts. -Etablir des lignes directrices de collaboration au sein du réseau sur la base d'un nombre limité de cas auxquels les professionnel-le-s peuvent être confronté-e-s. - En termes de mobilisation du réseau de soins : <ul style="list-style-type: none"> -Identifier, lorsque cela se justifie par la complexité, un-e ou plusieurs acteur-trice-s-clés, qui prennent la responsabilité de centraliser l'information santé du/de la patient-e et d'assurer un suivi cohérent dans la durée, notamment avec le réseau de soins en contact avec le/la patient-e. Un-e curateur-trice peut jouer ce rôle afin de mobiliser le réseau, le coordonner et organiser la continuité de la communication entre les professionnel-le-s. Par contre, lorsqu'il n'y a pas de

	<p>curateur-trice, une personne doit être identifiée pour chaque cas afin que ce rôle soit assuré.</p> <p>-Etablir des contrats interinstitutionnels (p. ex. entre une institution spécialisée et le service des aide et soins à domicile), qu'ils soient bilatéraux et multilatéraux.</p> <p>-Coordonner les dispositifs permettant l'indication des personnes âgées vers des institutions spécialisées. Tant ceux pour les personnes âgées (>65ans) que celui pour les addictions (<65 ans), car les uns et les autres peuvent apporter de la connaissance pour décider d'une prise en charge et assurer les transitions: https://www.fr.ch/sante/addictions-et-dependances/addictions-pour-les-personnes-concernees-et-leur-entourage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En termes de façonnage du réseau de soins sur le canton : <ul style="list-style-type: none"> - Mener une réflexion sur l'opportunité d'établir un modèle de soins intégrés au niveau cantonal pour les personnes âgées avec une plateforme permettant de centraliser certaines informations pour pouvoir coordonner efficacement le travail des professionnel-le-s. - En termes de renforcement de ce qui existe : <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'implication des médecins traitants dans le réseau de soins et favoriser une collaboration dynamique avec les différents intervenants (p. ex., somatiques, psychiatriques, soins à domicile). - Renforcer le travail sur les transitions et la liaison (notamment entre les hôpitaux, RFSM et HFR) et les partenaires de prise en charge ambulatoires). A ce titre, notamment : - Garantir la communication entre l'HFR et les services d'aide et soins à domicile en début et en fin d'hospitalisation. Ceci est prévu au sein de deux documents de procédure, respectivement, pour les débuts et fins d'hospitalisations à l'HFR de bénéficiaires suivis par les services d'aide et soins à domicile élaboré d'un commun accord entre le service de liaison de l'HFR, la direction des soins de l'HFR et l'Association Fribourgeoise d'Aide et de Soins à Domicile – AFAS. De plus, un document cantonal de transmission de l'AFAS prévoit que : pour chaque client-e de l'AFAS hospitalisé au HFR, la nécessité d'un colloque de réseau en fin d'hospitalisation peut être indiquée comme condition indispensable pour un retour à domicile. La prise en charge qui devra être mise en place doit pour chaque cas doit être expliquée, discuté et transmise à chaque professionnel-le impliqué-e dans la mise en œuvre, puis suivie. - Lors de la prise en charge en institution spécialisée (RFSM), réaliser des entretiens réseau avec les aide et soins à domicile et les curatelles (lorsque le/la patient-e bénéficie de telles prestations) et définir qui assure le suivi.
Partenaires	SMC, SPS, Médecins traitants, RFSM, RIFA, AFIPA, AFAS, MFÄF, EMS, ASD, HFR (Service de liaison et de gériatrie), Curatelles, médecin à domicile MedHome, Service de soins psychiatriques à domicile PSYDOM, Association des Communes Fribourgeoises.

4. Formation et sensibilisation des professionnel-le-s

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibiliser les professionnel-le-s de soins à l'importance de tenir compte de la problématique addictions chez les seniors. – Améliorer les connaissances du réseau de soins auprès des professionnel-le-s (p. ex., acteur-trice-s-clés, institutions spécialisées, points d'interface, liaison entre étapes des soins, suivis, partage d'information, etc.).
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> – Recenser les offres de formation existantes sur la problématique personnes âgées et addictions (Haute école de santé ou Haute école de travail social, PIA, GREA, CAS donné par la FORDD, etc.) et solliciter l'un ou l'autre de ces partenaires pour organiser une formation. – Participation à des formations et séances d'information par les professionnel-le-s de soins, en particulier concernant la consommation d'alcool et de médicaments (psychotropes) chez la personne âgée, les manifestations neuro-psychiatriques confondantes, ainsi que le conseil arrêt-tabac. – Mise à disposition d'outils de détection de conduites addictives chez la personne âgée par le Service du médecin cantonal. – Les établissements hospitaliers, les soins ambulatoires et les institutions pour personnes âgées sensibilisent leurs collaborateur-trice-s aux questions d'addiction et sur les spécificités entre hommes et femmes pour savoir comment les gérer. – Les institutions spécialisées addictions offrent de la formation et/ou du coaching aux établissements hospitaliers, les soins ambulatoires et les institutions pour personnes âgées quant aux thèmes propres aux addictions et par rapport à certaines situations concrètes de personnes âgées qui connaissent un problème d'addiction. Un exemple serait la formation proposée par le Torry (RIFA) concernant la consommation contrôlée, qui pourrait être donnée sur place, dans les institutions qui en auraient fait la demande. – Créer des rencontres sur le thème « Addiction et vieillissement », qui réuniraient des médecins, le personnel des EMS, des aide et soins à domicile et des institutions spécialisées addictions. Cela dans le but de connaître les différentes offres d'aide, les méthodes de travail, les instruments utilisés par les uns et les autres et de pouvoir ensuite plus aisément collaborer sur des situations concrètes. – Traiter cette problématique dans le cadre du <i>Forum Addiction Fribourg</i>. – Promouvoir la plateforme : https://www.addictions-et-vieillissement.ch/. Y figurent en particulier des rubriques spécifiques pour les professionnel-le-s et les médecins. – Journées annuelles de l'AFIPA portant sur le thème des addictions chez les personnes âgées.
Partenaires	SMC, SPS, SSP, Haute école de santé et/ou haute école de travail social, Médecins traitants, RFSM, RIFA, AFIPA, AFAS, AMÄF, EMS, ASD, HFR (Service de liaison et de gériatrie), CIPRET.

5. Intégration de la problématique addictions dans la politique de santé du canton

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Les prises de décision socio-sanitaires au niveau des réseaux de santé tiennent compte de la problématique addictions chez les personnes âgées. – Les cas hybrides addictions-psychogériatrie entrant en EMS sont orientés vers des établissements qui ont à disposition les compétences les plus adaptées à la gravité et à la complexité de leur situation.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> – Via la politique cantonale Senior+ et les réseaux de santé, intégrer la problématique addictions dans les concepts que les communes et associations de communes doivent élaborer (art. 4 LPMS et art. 4 LSen), qui évaluent chaque situation de personne âgée (55+ ans) en considérant les potentiels problèmes addictologiques et psychogériatriques,

	<p>et leurs possibles interactions. Pour les évaluations des problèmes d'addictions des personnes de moins de 65 ans, le dispositif cantonal d'indication Addictions doit être utilisé et pour les personnes de plus de 65 l'outil d'évaluation et d'orientation Senior+ doit être utilisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Approche préventive par la mise en place d'une offre visant à intégrer les personnes âgées dans la vie communautaire (p. ex., lieux de rencontres, activités bénévoles, projets communautaires, etc.). Les communes sont appelées, dans le cadre de la LSen, à prendre des mesures au niveau local pour favoriser cette intégration.
Partenaires	SPS, SSP, Réseaux de santé, Organes de coordination (concernant les évaluations des personnes).

6. Réduction des risques axée sur les besoins

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> – Accompagner la personne dans ses choix en termes de conduites addictives. – Se situer en tant que professionnel à un juste milieu entre droit à l'autodétermination du/de la patient-e et devoir professionnel de protection, ainsi qu'entre qualité de vie et longévité. Ceci a également trait au fait de pouvoir orienter les objectifs thérapeutiques plutôt vers l'abstinence ou vers une consommation contrôlée selon des critères réfléchis, clairs et explicites. – En tant que proche, être sensibilisé à ces questions éthiques afin de comprendre la logique d'une prise en charge mise en place et de sa nécessité.
Groupes-cible	– 55-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> – Aux niveaux institutionnels et interinstitutionnels, clarifier ces aspects éthiques et de positionnement dans sa pratique professionnelle et leur traduction en termes sanitaires. Inclure ces aspects dans la formation continue du personnel des institutions travaillant avec les personnes âgées et au moyen de journées (inter)institutionnelles. Chaque service ou institution devrait fixer avec quelle optique elle va traiter les questions d'addiction. Va-t-il/elle par exemple accepter certaines consommations d'alcool au profit d'une gestion contrôlée ou va-t-il/elle vouloir viser l'abstinence dans toutes les situations ? Va-t-il/elle vouloir améliorer la qualité de vie des personnes dont elle a la charge ou fixer des objectifs partiels en fonction d'un bilan de vie individuel ? – En tant que professionnel-le référent-e, informer les proches des bénéficiaires sur les fondements éthiques de la prise en charge des addictions. – Bénéficier de conseils des institutions du RIFA en termes de gestion de la consommation (ex : consommation contrôlée).
Partenaires	SMC, SSP, EMS, ASD, AFIPA (par ex : via son groupe « Ethique en EMS »), AFAS, INFRI, Curaviva, RIFA

7. Proposer un lieu de vie spécialisé en addictologie avec un dispositif de soins et/ou créer des unités spécialisées addictions dans des EMS existants

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> – Offrir un <u>lieu de vie spécialisé</u> en addictologie et psychogériatrie pour les situations, parmi les 256 situations dans le canton, qui ont potentiellement besoin d'un soutien intensif et/ou qui ont actuellement des difficultés à accéder aux EMS existants à cause de leur problématique d'addiction (incluant l'addiction à des drogues illégales). Ces situations seraient identifiées par un tri, notamment avec les critères en gras de la liste ci-dessous.
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> – Les situations pour lesquelles un placement résidentiel ne se justifie pas, mais qui sont néanmoins complexes, nécessitant une prise en charge intense : proposer une aide ambulatoire coordonnée > cf. Recommandation 3 ci-dessus. – Type de prise en charge : développer une prise en charge qui ne soit pas uniquement basée sur l’abstinence, mais aussi sur une consommation contrôlée ou une réduction des risques. Cette structure doit pouvoir fournir le traitement des différents aspects (somatiques, psychiatriques, relationnels, etc.) afin de permettre une évolution positive de l’addiction et la qualité de vie. Cette approche tiendra compte des ressources, des objectifs et des capacités de la personne souffrant d’addiction. – Donner accès aux personnes estimées âgées, à partir de 55 ans.
Groupes-cible	<ul style="list-style-type: none"> – Dès 55 ans.
Moyen	<p>Il s’agirait de fournir une structure appropriée pour les situations de personnes âgées souffrant d’addiction remplissant les conditions de complexité indiquant qu’elles ne peuvent pas être prises en charge dans une structure régulière destinée aux personnes âgées.</p> <p>Les critères d’admission comprendraient une addiction sévère et/ou chronique accompagnée de facteurs (ou combinaisons) tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Troubles cognitifs – Comorbidité psychiatrique – Hospitalisations psychiatriques à répétition – Problèmes somatiques importants – Problèmes professionnels ou ayant perdu l’emploi, en démarche vis-à-vis de l’AI (pour les moins de 65 ans) – Problèmes de liens sociaux (familiaux, de couple, de solitude) – Incapacité à vivre de manière autonome et/ou à gérer sa vie quotidienne et ses ressources financières – Cumul de problématiques nécessitant différentes disciplines – Cumul d’intervenants et/ou fréquence des interventions de ceux-ci <p>> voir coordination de la prise en charge des personnes souffrant d’addiction (Besoin 2).</p> <p>Sur cette base, deux scénarios de prise en charge sont alors proposés :</p> <p>1) Créer une unité EMS au sein d’une institution RIFA, avec des prestations à charge de l’Assurance obligatoire des soins (AOS). Les bénéficiaires présentent une nécessité d’encadrement spécialisé constant (ou presque) au vu des points suivants : faible autonomie, surveillance, disponibilité, réactivité dans la dispense spécialisée de soins forte chronicité et épuisement des solutions formulées au sein du réseau (p. ex., hospitalisations très fréquentes, temps en hôpital psychiatrique excédant ou presque le temps en dehors).</p> <p>2) Créer une unité spécialisée dans les addictions (ou, plus largement, psychiatrique) dans un EMS existant. Il existe deux unités de psychiatrie de l’âge avancé (25 lits) une à Marsens (Les Camélias) et une à Gletterens (Les Grèves du Lac). Il existe en outre 142 lits pour les démences (USD) dans 8 EMS (Les Grèves du Lac à Gletterens, Home du Gibloux à Farvagny, Les Martinets à Villars-sur-Glâne, Résidences des Chênes à Fribourg, le Foyer de Bouleyres à Bulle, Gesundheitsnetz Sense – Pflegeheim Maggenberg, Le Châtelet à Attalens et EMS de Vuisternens-devant-Romont).</p> <p>La question des lits AOS pourra être inscrite dans la planification Senior+ en 2022.</p>
Partenaires	SMC, SPS, RIFA, EMS.

11 Plan d'action

1. Détection et intervention précoce par les infirmiers/-ères : outil et mise en pratique	
Action	<p><u>Outils de détection</u>: Intégration systématique de l'outil d'évaluation et d'orientation du canton de Fribourg élaboré dans le cadre de Senior+ (après la phase de test encore en cours).</p> <p>L'outil interRAI CMH Santé mentale doit également être intégré partout il fait du sens car il y a un volet sur les addictions.</p> <p>Au besoin, le SMC élabore un outil de détection approprié permettant de mieux détecter les problèmes d'addiction.</p>
Public-cible	Toute personne de > 55 ans qui bénéficie d'un soutien des soins à domicile
Partenaires	SPS, Associations de l'ASD, AFAS et SMC selon besoin.
Moyens/ Financements	Avec ressources existantes

Remarque : la détection et intervention précoce par les médecins et assistants/-es médicaux/-les est déjà couvert par le projet [PEPra](#), mesure figurant dans le Plan canton d'action Alcool (PCAA). C'est pourquoi elle ne figure pas dans ce Plan d'action.

2. Information à la population, aux personnes âgées et aux proches des personnes âgées et auto-gestion	
Action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborer des supports informatifs pour sensibiliser la population concernée aux questions en lien avec les addictions et 2) Développer un outil digital pour favoriser l'auto-gestion et mettre à disposition des ressources en matière d'addiction pour les personnes âgées et leurs proches.
Public-cible	Les personnes > 55 ans et leurs proches
Partenaires	SMC, SPS, SSP, Médecins traitants, MFÄF, RFSM AFIPA, AFAS, INFRI, Pro Senectute, Programme AvantAge en entreprise, Curaviva, Groupe Fribourg parle d'alcool, Fribourg pour tous, Proches-aidant Fribourg Proches-Aidants Fribourg PA-F, CIPRET, Infodrog, AddictionSuisse
Moyens/ Financements	Une demande de soutien financier peut être déposée au Fonds de lutte contre la toxicomanie et/ou une demande de financement sera adressée à Promotion Santé Suisse « Prévention dans les soins »

3. Synergie réseau fribourgeois et interfaces: cohérence et continuité des soins (voir système de soins intégrés, plateforme commune, etc))	
Action	<p>-Travailler les interfaces pour renforcer la continuité des soins (ex. sorties de l'hôpital).</p> <p>-Elaboration co-construite de conventions de collaboration entre les services où cela peut améliorer la continuité des soins et suivi de leur application.</p>
Public-cible	Médecins traitants, RFSM, RIFA, EMS, ASD, HFR (Service de liaison et de gériatrie), AMÄF, Curatelles, médecin à domicile MedHome, Service de soins psychiatriques à domicile PSYDOM, Associations des Communes Fribourgeoises.
Partenaires	SMC, SPS, SSP, Médecins traitants, MFÄF, RFSM AFIPA, AFAS, INFRI, EMS, ASD, HFR (liaison et gériatrie), curatelles, MedHome, PSYDOM

Moyens/ Financements	Une demande de financement sera adressée à Promotion Santé Suisse « Prévention dans les soins »
----------------------	---

4. Former les professionnels/-les des EMS et des ASD et coacher des professionnels/-les par rapport à des situations concrètes par des consultations de liaison

Action	<p>Former les professionnels des EMS et des ASD :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliser les professionnel-le-s de soins à l'importance de tenir compte de la problématique addictions chez les seniors. -Former les professionnel-le-s aux différentes dimensions des addictions auprès des personnes âgées -Améliorer les connaissances des ressources disponibles dans le canton et du réseau de soins auprès des professionnel-le-s (p. ex., acteur-trice-s-clés, institutions spécialisées, points d'interface, liaison entre étapes des soins, suivis, partage d'information, etc.). -Etendre la consultation de liaison du RFSM en particulier à tous les services d'aide et de soins à domicile afin de pouvoir bénéficier dans les situations complexes d'addictions et de comorbidité. <p>Coacher les professionnels des EMS et des ASD travaillant avec les personnes âgées dans leur pratique sur leur lieu de travail.</p>
Public-cible	Les professionnels/-les des EMS et des ASD
Partenaires	SMC, SPS, SSP, Médecins traitants, MFÄF, RFSM, RIFA, AFIPA, AFAS, INFRI, EMS, ASD, HFR (liaison et gériatrie), GREA (PIA)
Moyens/ Financements	<p>1) Ressources existantes :</p> <p>Former :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La Journée annuelle de l'AFIPA (en octobre) peut contribuer à former le personnel non-spécialisé dans les addictions. -Par le SPS et SSP: des formations continues sont déjà financées via les montants du SPS pour le personnel des EMS. Dans le cadre de ces formations continues, la thématique des addictions pourrait être renforcée, par exemple par la formation PIA ou par des modules élaborés en collaboration avec une Haute école. <p>Coacher :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La consultation de liaison de RFSM est financée selon mandat DSAS. De tels mandats existent déjà aujourd'hui et des mandats supplémentaires pourraient être élaborés. <p>2) Nouvelles ressources :</p> <p>Mise en place de modules de formation continue sur les questions d'addictions avec les partenaires. Une demande de financement supplémentaire sera adressée à Promotion Santé Suisse « Prévention dans les soins ».</p>

5. Intégration de la problématique addictions dans la politique Senior du canton	
Action	Via les six autres mesures de ce plan et via l'intégration de cette thématique dans Senior+, notamment dans la campagne Senior+.
Public-cible	Les instances politiques en particulier les communes
Partenaires	SPS, Associations des Communes Fribourgeoises, réseau de soins
Moyens/ Financements	Plan de mesures Senior+ (via le SPS). Ressources existantes.

6. Réduction des risques en lien avec la consommation d'alcool axée sur les besoins en institutions et avec les proches : éthique et posture des professionnels-les travaillant en EMS	
Action	Coach les directions et le personnel des EMS pour développer une posture professionnelle et un concept institutionnel qui intègre les questions d'addictions chez les personnes âgées dans les EMS.
Public-cible	Les Directions et le personnel des EMS.
Partenaires	RIFA, EMS, AFIPA, possible collaboration avec Curaviva.
Moyens/ Financements	CHF 15'000 du Fonds de l'action sociale et/ou une demande de financement sera adressée à Promotion Santé Suisse « Prévention dans les soins ».

7. Proposer un lieu de vie avec un dispositif de soins complet	
Action	Création 1 unité (12-15 personnes). Dans le cadre de la planification des besoins Addictions 2022-2026, le SMC sollicite le RIFA afin de pouvoir définir le fournisseur de prestation.
Public-cible	Bénéficiaires de plus de 55 ans avec addictions et des situations complexes ne pouvant pas être traitées ambulatoirement.
Partenaires	SPS, SMC, RIFA ou EMS
Moyens/ Financements	Inscrire des places supplémentaires spécifiques <i>Addictions</i> dans la planification des besoins handicap du SPS pour la période 2022-2026. La prise en charge des frais maladie est assurée par l'assureur (outil d'évaluation prévu par AOS). Le reste relève de la prise en charge des institutions par le SPS.

Abréviations

AFAS Association fribourgeoise d'aide et de soins à domicile
AFIPA Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées
AOS Assurance obligatoire des soins
ASD Aide et soins à domicile
CCA Centre cantonal d'addictologie
COPIL Comité de pilotage
CPPS Commission de Prévention et de Promotion de la Santé du GRSP
DP/IP détection précoce et intervention précoce
DSAS Direction de la santé et des affaires sociales
EMS Etablissement médico-social
GREA Groupement romand pour l'étude des addictions
HFR hôpital fribourgeois
interRAI-CMH *interResident Assessment Instrument Community Mental Health*
INFRI Association fribourgeoise des institutions spécialisées
LIFAP Loi sur les institutions spécialisées et les familles d'accueil professionnelles
LPMS Loi cantonale sur les prestations médico-sociales
LSan Loi cantonale sur la santé
LSen Loi cantonale sur les seniors
LStup Loi fédérale sur les stupéfiants
PA-F Proches Aidants Fribourg
PIA Projet de Prévention Intercantonale Alcool
PCAA Plan cantonal d'Action Alcool
RAI *Resident Assessment Instrument*
RAI-HC *Resident Assessment Instrument-Home Care*
RAI-MH *Resident Assessment Instrument-Mental Health*
RAI-NH *Resident Assessment Instrument-Nursing Home*
RFSM Réseau fribourgeois de santé mentale
RIFA Réseau des institutions fribourgeoises pour les personnes souffrant d'addiction
RPMS Règlement sur les prestations médico-sociales
SEJ Service de l'Enfance et de la Jeunesse
SMC Service du médecin cantonal
MFÄF Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg
SPS Service de la prévoyance sociale
SSP Service de la santé publique

Remerciements

Remerciements au Service de la prévoyance sociale pour son soutien et ses relectures éclairées.

Aux membres du COFIL de la Coordination de la prise en charge de personnes souffrant d'addictions

Thomas Plattner	Chef du Service médecin cantonal, Président
Aebischer Maryse	Cheffe du Service de la prévoyance sociale (jusqu'au 31.5.2021)
Kolly Christine	Cheffe du Service de la prévoyance sociale (dès le 01.06.2021)
Mathieu Thiébaud Claudine	Chef du Service de la santé publique (dès le 01.04.2021)
Quéru Stéphane	Chef du service de l'enfance et de la jeunesse
Simonet Jean-Claude	Chef du Service de l'action sociale
Zurich Patrice	Chef du Service de la santé publique (jusqu'au 31.3.2021)

Aux expert-e-s qui ont permis l'avancement de cet état de lieux (par ordre alphabétique)

Archimi, Aurélie	Collaboratrice scientifique universitaire, Service de la santé publique
Beyeler Zahno, Doris	Infirmière, Spitex Sense, Tafers
Blum, Michel	Conseiller scientifique, chef de projet, Service de la prévoyance sociale
Boscacci, Rémy	Spécialiste en infectiologie et en médecine interne générale
Jörger Anna	Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Stv. Leiterin Fachbereich Menschen im Alter, Curaviva
Camenzind, Judith	Conseillère scientifique, Déléguée aux questions des personnes âgées, Service de la prévoyance sociale
Gendre, Christophe	Infirmier-chef, Villa Beausite, Fribourg
Grosso, Jean-Marc	Directeur de Pro Senectute Fribourg
Kaeslin, Nicole	Infirmière spécialiste en psychiatrie et responsable de l'équipe de psychiatrie en Gruyère
Kuntz, André	Médecin-chef, responsable du Centre cantonal d'addictologie (RFSM)
Laszlo André	Médecin-chef de service, Gériatrie du HFR
Maillard, Sophie	Pharmacienne cantonale, Fribourg
Mourgine, Cyril	Directeur, Foyer les Grèves du Lac, Gletterens
Plancherel, Fabienne	Déléguée à la prévention et promotion de la santé, Service de la santé publique
Pirson, Adeline	Infirmière spécialiste en psychiatrie au Service d'aide et de soins à domicile de la Sarine
Radermecker, Thierry	Directeur de la fondation Le Torry (RIFA)
Renz, Christian	Curateur, Service des curatelles de Fribourg
Thiébard, David	Chef du Service des curatelles de Fribourg
Vieitez, Begogna	Responsable des soins, Home de la Gruyère
Zumbach, Serge	Directeur médical, secteur personnes âgées du Réseau Fribourgeois de santé mentale (RFSM)

Impressum

Auteurs

PhD Grégory Dessart, Collaborateur scientifique, Service du médecin cantonal.

Nicolas Dietrich, Délégué aux questions liées aux addictions, Service du médecin cantonal.

Internet : <https://www.fr.ch/sante/addictions-et-dependances/les-addictions-dans-le-canton-de-fribourg>

Suggestion de citation :

Dessart G., Dietrich. N, *Etat des lieux : Problèmes d'addiction chez les personnes âgées dans le canton de Fribourg*, Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg, Fribourg, Fribourg, 2021.



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et les affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales DGS

—
Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **DGS**