

Vieillissement des personnes toxico- dépendantes

Expérience du Soleil Levant
depuis 2 ans et demi

Marina Hansford
Dr Juan Lopez

12 novembre 2015

Historique du Soleil Levant

- Ouverture en 1989
- Contexte et mission initiale:
 - Épidémie du VIH
 - Soins palliatifs
- Évolution :
 - Évolution des traitements (mono-bi puis trithérapies)
 - Séjours de convalescence, d'introduction ou de réintroduction de thérapies HIV, ...
- 2012 - Constats :
 - Diminution progressive des demandes spécifiquement liées au HIV
 - Réorientation à la demande du médecin cantonal



Mission depuis janvier 2013

- Le Soleil Levant héberge et prend en charge de personnes adultes, ayant besoin de soins pour :
 - Des atteintes infectieuses (HIV, hépatites)
 - Et/ou d'autres maladies chroniquesAssociées ou non à:
 - des troubles psycho-sociaux
 - des problèmes d'addiction.

Epidémiologie

- Nb Hommes : 6 Nb Femmes : 6
- Âge :
 - Le plus jeune : 38 ans
 - Le plus âgé : 65 ans
 - Moyenne d'âge : 52 ans
- Diagnostics somatiques, psychiatriques, addicto:
 - Simple : 0
 - Double : 5
 - Triple : 7

Vignette

Monsieur P. 50 ans.

- Né à Zürich. Divorcé. A un fils de 27 ans avec qui il n'a plus de contact. 1 frère en Allemagne, 2 sœurs en région zurichoise, dont 1 toxicodépendante, avec qui il n'a plus de contact. Sa mère, qui habite à Zürich vient le voir régulièrement. Père décédé. Formation de graphiste. AI depuis 1996.
- **Addictologie** : Syndrome de dépendance à des substances multiples. Consomme depuis l'âge de 14 ans. Bien connu du réseau (toxico-dépendance, alcoologie, psychiatrie). A eu plusieurs cures de Méthadone, a eu plusieurs hospitalisations à Cery (Tamaris, Calypso), a fait plusieurs séjours en résidentiels dont 2 séjours au SL en 1997 et 2009.

Vignette (suite)

Sur la plan addictologique, actuellement :

- Substitution : Méthadone.
- Cocaïne : 2 à 3 x /semaine, (injection et/ou snif)
- OH : 4 à 5 x /semaine.

Les consommations ont souvent lieu à l'intérieur de la structure.



Vignette (suite)

- Sur le plan somatique:
 - HIV sous trithérapie, Hépatite C chronique génotype 1A.
 - Choc septique sur pneumonie bilatérale, sigmoïdectomie et hémicolectomie droite élargie, iléostomie terminale depuis avril 2015.
 - Maladie thromboembolique veineuse secondaire à longue hospitalisation avec antécédents de TVP du MID en 1998.
 - Neuroréhabilitation suite à une neuromyopathie des soins intensifs avec tétraparésie. Escarres talon gauche et siège pendant l'hospitalisation.



Vignette (suite)

- Sur le plan psychiatrique :
 - Trouble dépressif récurrent
 - Trouble mixte de la personnalité
 - Syndrome de dépendance à des substances multiples depuis âge 14 ans :
 - Opiacés : abstinent sous traitement de substitution
Méthadone
 - Alcool : consommations régulières à bas bruit, réduction des quantités / passé
 - Dépendance associée à la cocaïne

Vignette (suite)

- Colloques cliniques – Analyses de pratique :
 - Donner du sens
 - Fixer des objectifs réalistes
 - Mettre un cadre
 - Coordonner les interventions
- Projet de soins – interventions :
 - Education à la gestion de la stomie
 - Réadaptation prothèses dentaires et suivi diététique.
 - Pansement escarre talon
 - Entretiens infirmiers quotidiens : soutien psychologique (reconstruction image de soi, acceptation...), RDR (boite à seringue en chambre, boîtes flash, contrôle des sites d'injections, élaboration de chaque conso.).
 - Travail addictologique psy avec Dr Lopez et infirmière référente
 - Suivi somatique - infectiologique avec Dr Jaccard

Constats

- Situations complexes dues à la grande fragilité des résidents. (Diagnostics multiples, problèmes sociaux et familiaux, isolement).
- Cette grande fragilité et le statut d'EMS limitent les possibilités d'appliquer des mesures éducatives de type période de réflexion à l'extérieur.
- Problèmes somatiques et psychiatriques non aigus = possibilités d'hospitalisation de «décharge» limitées.
- Travail addictologique :
 - Préoccupation des soignants
 - Forte ambivalence voire résistance des résidents en début de séjour (bénéfices >> inconvénients, nb échecs, qualité de vie altérée, pronostic vital diminué)
 - Objectif d'abstinence le plus souvent inatteignable

Constats (suite)

- Les résidents ne peuvent vivre seuls à domicile et il n'existe que peu ou pas d'établissements qui concentrent des missions et des compétences suffisamment larges.
 - Trop de problèmes somatiques et/ou addictologiques pour les EMS à mission psychiatrique.
 - Trop de problèmes somatiques et/ ou addictologiques pour des foyers socio-éducatifs.
- Le manque de cadre désécurise et épuise les soignants
- La diversité des problèmes nécessite des compétences très larges et un travail interdisciplinaire.
-

Compétences et interdisciplinarité

- Equipe: CAS santé mentale, CAS addictologie, CAS soins palliatifs, CAS management, CAS praticien formateur, formations courtes à l'interne et à l'externe en lien avec les problématiques spécifiques rencontrées.
- Interdisciplinarité: à l'interne une supervision clinique par Dr Lopez, un médecin référent infectiologue, un médecin référent somaticien, un physiothérapeute (2x/semaine) et une ergothérapeute intervenant sur prescription médicale, des ateliers de peinture et de céramique,...et un réseau externe important: hôpitaux (CHUV, Cery,...), médecins, associations.



Ce qui ne marche pas

- Dire aux résidents à mobilité réduite : consommez et stockez vos produits dehors.
- Période de réflexion dans la rue: aggravation rapide et hospitalisations en urgence.
- Le «pas vu – pas pris» : message ambigu, interprété comme une autorisation de consommer plutôt que comme une tolérance. Dérange les non-consommateurs et les anciens consommateurs qui souhaitent s'éloigner du produit. Cadre trop flou pour les collaborateurs (particulièrement pour les jeunes soignants).



Et ce qui marche

- Objectifs des résidents :
 - Personnalisés
 - Concrets et si possible mesurables
 - Accessibles donc parfois très bas seuil
- Culture commune :
 - Formation externe et interne
 - Cadre théorique clair
 - Réduction des risques : se focaliser sur les conséquences des consommations (comportement altéré par exemple).
 - Supervision clinique et consultations à 3 (médecin-référent-résident)
- Cadre :
 - Cohérent et souple mais avec des limites
 - Si le résident adhère : mesures de contrainte, par exemple limiter l'accès à l'argent.



Et ce qui marche (suite)

- Équipe :
 - Soudée, en confiance
 - Travail interdisciplinaire
 - Évaluation des solutions et remise en question régulière
- Entrées progressives pour les problèmes psychiatriques mais difficultés en lien avec le cloisonnement des financements.
- Collaboration avec les hôpitaux avec des séjours de «décharge» permettant la pérennisation des séjours.



Conclusion

«On doit avant tout , si l'on veut véritablement conduire quelqu'un à un lieu précis, faire attention à le rencontrer là où il se trouve, et commencer là. Ceci est le secret de tout art qui vise à aider son prochain.»

Soren Kierkegaard cité dans l'ouvrage «Soigner les toxicomanies».

Merci pour votre attention!

