



Recommandations pour l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'une addiction

Guide déontologique à l'intention des
médecins d'établissements médico-
sociaux et des médecins de famille



Contenu du guide

Ce guide destiné aux médecins d'établissements médico-sociaux (EMS) et aux médecins de famille répond de manière ciblée aux questions éthiques auxquelles ils/elles sont confronté.e.s lors du suivi médical de personnes âgées souffrant d'une addiction.¹ Il traite en premier lieu de la conduite professionnelle à adopter et formule des recommandations concrètes à partir d'exemples tirés de la pratique. Les questions fondamentales constituent la partie centrale de ce document. Elles suscitent une indispensable réflexion sur soi-même. Vous trouverez à la fin du guide des informations de base sur l'addiction et la consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées.

Cas tirés de la pratique	4
Importance de l'attitude personnelle	5
Recommandations pour la pratique Approche n°1 : les structures	8
Recommandations pour la pratique Approche n°2 : l'individu	10
Questions fondamentales introspectives	12
Informations de base	14

¹ Le Fachverband Sucht a mené en automne 2021 une enquête auprès de médecins d'EMS et de médecins de famille en Suisse allemande pour connaître leurs souhaits en matière d'aide à l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'une addiction.

Cas tirés de la pratique

Les médecins d'EMS et de famille sont régulièrement confronté.e-s dans leur pratique à des situations difficiles d'un point de vue éthique. Les exemples qui suivent illustrent la large palette de défis auxquels le code de déontologie des médecins doit répondre.

- A)** Une personne de 70 ans est hospitalisée à la suite d'une chute. Pendant le séjour à l'hôpital, il apparaît assez clairement que la consommation d'alcool de cette personne est problématique. Après quelques jours, la personne est renvoyée à la maison sans que la question de l'alcool ait été abordée.
- B)** Une personne de 65 ans demande à son/sa médecin généraliste de lui prescrire un médicament contre les troubles du sommeil. Différents somnifères ou une benzodiazépine faiblement dosée entrent en ligne de compte. Or il se trouve que la personne a par le passé déjà pris de la benzodiazépine pendant une longue période.
- C)** Une personne de 83 ans est soignée pour une pneumonie dans un EMS. Elle n'a pas de proches et dépend des médecins et du personnel soignant pour se procurer ce dont elle a besoin. À court de cigarettes, elle demande aux soignant.e-s de lui en acheter.
- D)** Un.e médecin de famille examine une personne de 74 ans atteinte de cirrhose. Lorsqu'il/elle aborde la question de sa consommation d'alcool, en lien avec les résultats des analyses concernant son foie, la personne refuse toute discussion.
- E)** Une personne de 87 ans, atteinte de démence et soignée dans une institution, est traitée depuis longtemps avec une benzodiazépine comme somnifère et comme calmant – divers effets secondaires se font sentir. Pourtant ni la personne en question, ni ses proches ne sont d'accord de changer de médication.

De telles situations peuvent susciter des conflits de valeurs ou des impératifs contradictoires entre le respect de l'autonomie des patient.e-s et le devoir d'intervention, plus ou moins important, du/de la médecin (par ex. tolérance de la consommation vs. principe de ne pas nuire). Chaque cas particulier doit être analysé avec soin. Pour arriver à prendre une décision, il est nécessaire d'explorer les principes éthiques de base, mais aussi sa propre attitude face aux addictions.

Importance de l'attitude personnelle

Lors de leurs consultations en EMS, à l'hôpital ou dans leur cabinet, les médecins d'EMS et les médecins de famille sont quotidiennement confronté·e·s à des situations critiques d'un point de vue éthique (comme dans les exemples décrits ci-dessus). En cas de dilemme moral, il peut s'avérer utile de repartir des principes de base de la déontologie médicale (voir à ce sujet par ex. Beauchamp & Childress² ou CURAVIVA³). Les cas d'addiction chez les personnes âgées font toutefois appel à des aspects particuliers de la déontologie médicale qui peuvent s'avérer déroutants et revêtent donc une importance particulière. Certains de ces domaines sont développés ci-dessous.

Attitude personnelle

L'attitude personnelle dépend de la conviction intime fondamentale. Celle-ci est façonnée par le vécu propre et l'identité, et influence la pensée et les actions de chacun, dans notre cas l'évaluation d'enjeux éthiques (par ex. liberté – protection). Ainsi il est primordial de réfléchir sur sa propre attitude et de bien en connaître l'origine pour mieux comprendre d'autres domaines essentiels de l'éthique. Ce questionnement apporte

une aide supplémentaire pour se prémunir contre le stress moral, peut faciliter les décisions et porte ses fruits sur le long terme. La réflexion devrait aussi tenir compte des valeurs et des milieux de vie des patient·e·s, afin d'éviter un comportement paternaliste de la part des médecins et d'améliorer durablement la relation thérapeutique (voir à ce sujet les « Questions fondamentales introspectives »).

² Beauchamp T. & Childress, J. (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. 9. Auflage, New York: Oxford University Press.

³ CURAVIVA > Informations spécialisées > [Éthique](#) (20.10.2022)

Autonomie

Les patient·e·s ne peuvent jouir de leur liberté de choix que s'ils/elles sont suffisamment informé·e·s. Un dialogue en tête-à-tête entre le/la médecin et le/la patient·e est toujours indiqué. Si celui-ci/celle-ci n'est plus capable de s'autodéterminer pleinement, par exemple pour des raisons de santé, il/elle devrait tout de même, autant que possible, pouvoir participer aux processus de décision⁴. Face à l'addiction des personnes âgées, surgit un dilemme entre une prise en compte soit trop importante, soit trop faible de leur autonomie (laisser-faire vs. paternalisme). Il est toutefois judicieux de se demander quelle est l'autonomie décisionnelle de ces personnes dépendantes physiquement (et psychologiquement), étant donné que

l'addiction, en soi, altère la capacité de prendre des décisions librement et de s'autodéterminer (voir à ce sujet par ex. Care Ethics⁵). Les médecins d'EMS et les médecins généralistes ont justement pour devoir, entre autres, de faire en sorte que les personnes se trouvant dans de telles situations puissent prendre leurs décisions de manière autonome. Lorsque, même avec un soutien, la personne ne peut plus jouir de son autonomie, que ce soit globalement ou seulement dans certains domaines, une assistance doit alors être mise en place (autonomie et assistance ne sont pas contradictoires, mais doivent être comprises comme un continuum).

Capacité de discernement

Idéalement le/la patient·e devrait avoir la possibilité de donner son consentement éclairé (informed consent) : approuver librement les mesures ou traitements médicaux qui lui sont prescrits, sur la base d'une information compréhensible, et à condition qu'il/elle soit capable de discernement. Évaluer la capacité de jugement d'une personne âgée souffrant d'addiction relève toutefois du plus grand défi.

L'addiction empêche justement ces personnes de bien faire la différence entre plusieurs schémas de comportements possibles, de les comparer

et d'en choisir un en toute liberté. À cela s'ajoute la connotation négative réservée aux addictions dans notre société, bien que le problème soit très répandu. Cette condamnation sociale risque d'avoir une influence néfaste sur l'évaluation de la capacité de discernement. C'est pourquoi il est opportun de se conformer à des directives ou à d'autres documents utiles lors de l'évaluation de la capacité de discernement de personnes (âgées ou atteintes de démence) souffrant d'une addiction (par ex. ASSM⁶).

Relation

L'aspect relationnel ne doit cependant pas être oublié dans l'accompagnement des personnes âgées en situation d'addiction. L'examen ne se résume pas une évaluation de leur autonomie et de leur capacité de discernement. Le parcours de vie, la prise en compte des valeurs et du mode de vie, la confiance installée dans la relation – tous ces facteurs influencent l'interaction entre patient·e et médecin. Il est primordial que les médecins d'EMS ou de famille gardent à l'esprit et détectent

les signaux pouvant indiquer une addiction (un manque d'appétit ou des chutes à répétition, par exemple). Grâce à ses échanges avec la personne âgée, le/la médecin peut lui montrer qu'elle/il s'intéresse vraiment à elle, se fait du souci pour elle, et s'occupe d'elle avec discrétion et respect. De plus, il est essentiel qu'en tant que médecin, il/elle soit prêt·e à endosser des responsabilités dans ce processus.

⁴ Gerhard, C. (2015): Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. 1. Auflage, New York: Thieme Verlagsgruppe.

⁵ Porz, R. (2016): *Ethische Theorien als gedankliche Tools – die Care Ethics*. Schweizerische Ärztezeitung, 97(7): 262-265.

⁶ ASSM > éthique > Aperçu des thèmes > [Capacité de discernement dans la pratique médicale](#) (11.11.2022)

Équité

En médecine, une prise de décision juste et équitable repose sur le principe de l'égalité des chances (par ex. en ce qui concerne l'accès aux prestations de santé) et implique que des cas identiques soient traités de manière identique. Il en découle que l'accès des personnes âgées (en situation d'addiction) aux thérapies et aux traitements doit aussi être garanti, afin qu'elles bénéficient des mêmes chances de guérison. La réponse

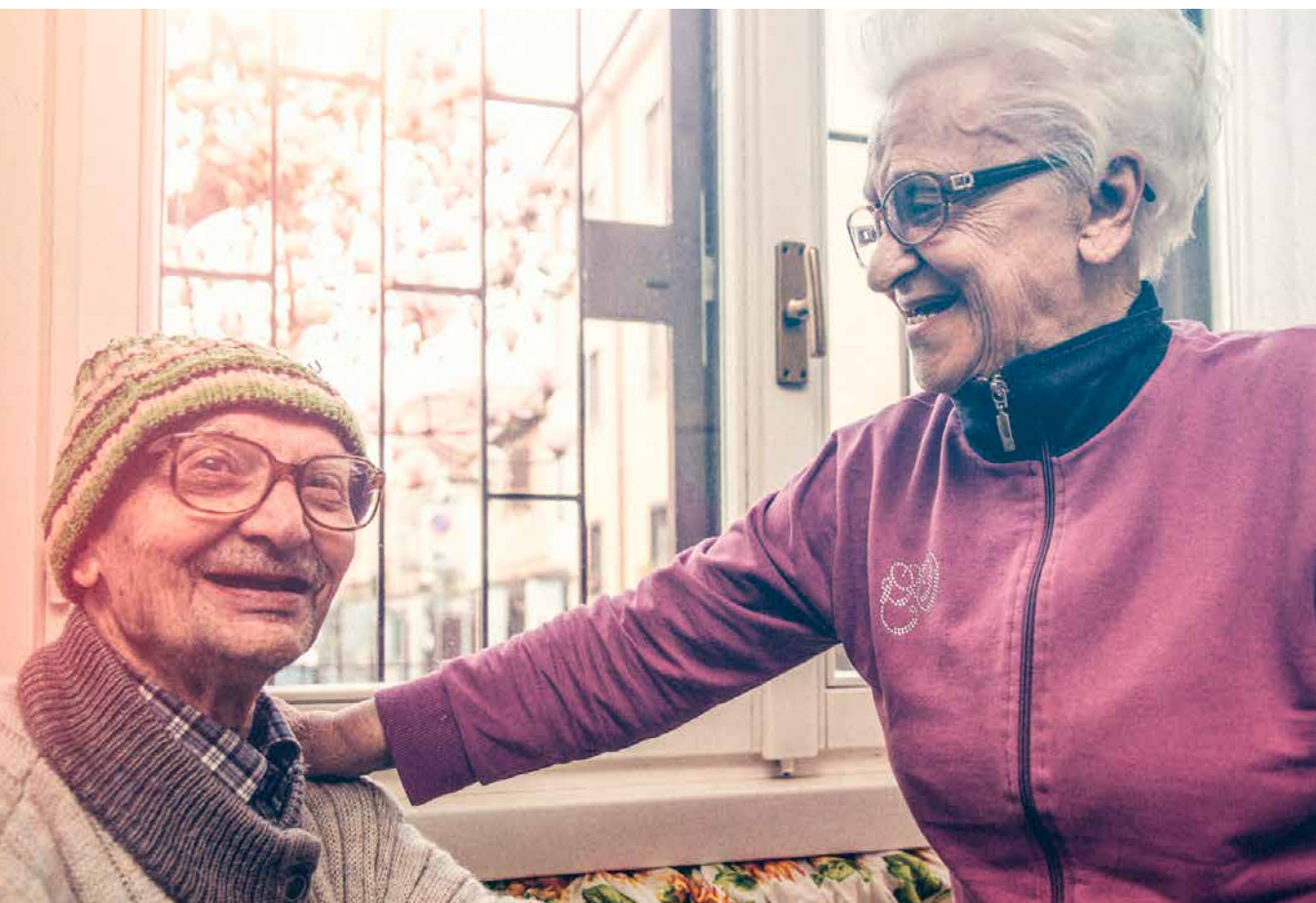
à de nombreuses interventions est d'ailleurs particulièrement bonne chez les personnes âgées⁷. Pourtant, pour diverses raisons, il arrive souvent que plus aucuns conseils ou programmes de thérapie ne soient proposés aux personnes âgées. Ne pas fournir à des personnes âgées souffrant d'addiction les soins requis (par ex. en manquant de le leur proposer) est contraire au principe d'égalité de traitement.

Image de la personne âgée

En lien avec le principe d'équité, il importe de se demander quelle est notre vision de la vieillesse. Quels devoirs, quelle valeur, quelle situation les personnes âgées ont-elles dans notre société ? Considère-t-on qu'elles font partie de la communauté ? La consommation problématique de substances addictives par les seniors est d'ailleurs volontiers considérée comme taboue ou minima-

lisée (« À cet âge, cela ne vaut plus la peine ! » ou « Il faut bien leur laisser un petit plaisir ! »). Tous les êtres humains, même âgés et/ou souffrant de comorbidités, n'ont-ils pas droit à ce que leur comportement dangereux pour leur santé soit reconnu, discuté et traité ? Ils devraient eux aussi recevoir régulièrement des offres de soutien pour gérer leur consommation et leurs habitudes.

⁷ Schnoz, D. et al. (2006): *Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Universität Zürich: ZORA.



Recommandations pour la pratique

Approche n°1 : les structures

Comme les exemples de cas tirés de la pratique et le tour d'horizon des aspects éthiques le montrent, traiter de la question des « personnes âgées souffrant d'une addiction » place inmanquablement devant des conflits de valeurs et des injonctions contradictoires. La mise en place de conditions cadres et de structures favorables aide à mieux répondre à ces défis dans la pratique.

Échanges avec l'extérieur : la collaboration et les discussions entre les différentes institutions et professions sont essentielles. Bénéficier d'un réseau de ce type facilite la tâche lorsque des décisions difficiles doivent être prises (par ex. table ronde).

Échanges à l'intérieur : à l'intérieur des institutions et des cabinets médicaux eux-mêmes, du temps devrait être réservé pour discuter des cas complexes, des conflits de valeurs ou des questions d'attitudes personnelles (par ex. en fixant des rencontres régulières pour aborder ensemble les situations problématiques).

Spécialistes : au besoin, des expert.e-s peuvent intervenir dans les cas complexes – par ex. du domaine de l'aide aux personnes concernées par une addiction.

Concept : l'établissement d'un concept (plus fréquent dans les institutions) pour l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'une addiction protège les patient.e-s contre un traitement arbitraire, les médecins et le personnel soignant contre le stress moral ou la répression, et facilite la prise de décision. Le concept devrait être basé sur des principes déontologiques élaborés de manière participative et respecter l'autonomie ainsi que le parcours de vie des personnes concernées. Il devrait de plus répondre aux questions importantes (par ex. « Qu'est-ce qui est mis en place pour déceler rapidement une éventuelle addiction ?⁸ », « Qui aborde avec les résident.e-s la question d'une possible addiction ? », « Quelles règles s'appliquent à l'intérieur de l'institution (clinique, EMS ou résidence pour personnes âgées) – et également aux médecins généralistes externes ? Quand est-il possible de faire des exceptions ? »).

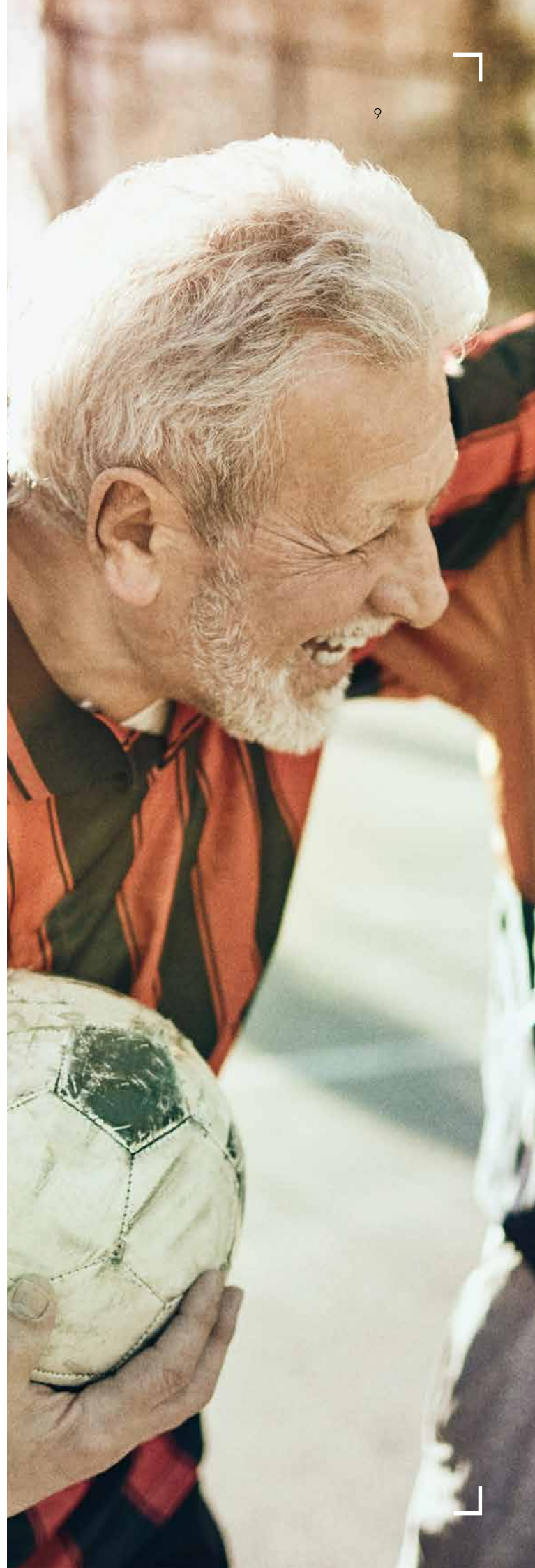
⁸ Voir à ce sujet: interventionprecoce.ch ou GREA > Dossiers > [Intervention précoce](http://interventionprecoce.ch) (21.12.2022)

Transparence : les institutions et les cabinets médicaux devraient faire connaître leur philosophie par rapport à la consommation et à l'addiction et leur manière d'appréhender ces problèmes (par ex. à l'aide d'un concept ou d'une charte) et inviter ainsi au dialogue.

Principe de solidarité : la protection de l'ensemble des patient.e-s de l'institution doit aussi être prise en compte. Une plus grande liberté accordée à une seule personne ne devrait pas nuire à l'ensemble de la communauté.

Flexibilité : la définition des missions d'une institution doit sans cesse être actualisée et discutée au sein de l'établissement. Elle doit également tenir compte des changements qui interviennent dans la société.

Attention aux médicaments : les médecins et le personnel des institutions devraient prêter plus d'attention à la prescription et à la distribution des médicaments. Les risques d'erreurs et d'abus sont grands lors de la prescription du médicament, de l'établissement de l'ordonnance (cabinets de médecins généralistes), de la distribution (pharmacies) et de l'adaptation (par ex. par le service d'aide et de soins à domicile ou par l'hôpital).



Recommandations pour la pratique

Approche n°2 : l'individu

Pour faciliter la résolution des conflits de valeurs et des dilemmes soulevés par l'addiction chez les personnes âgées, il est utile que chacun réfléchisse individuellement à la déontologie et à sa propre attitude.

Autonomie : l'autodétermination et l'intégrité des personnes doivent toujours être respectées, afin de préserver leur dignité. Respecter la liberté et la volonté des patient.e.s leur garantit une bonne qualité de vie et leur permet, en fin de compte, de vivre dignement.

Réflexion sur soi : réfléchir constamment à sa propre attitude est essentiel. C'est une démarche importante pour éviter d'adopter une attitude paternaliste ou moralisatrice, et pour faciliter et étayer ses décisions (voir à ce sujet « Questions fondamentales introspectives »).

Acceptation de la consommation : une attitude tolérante aide efficacement les personnes âgées concernées à faire valoir leur liberté de choix.

Communication claire et compréhensible :

il est primordial que les patient.e.s puissent s'autodéterminer et participer aux décisions qui les concernent, mais cela peut conduire à une surcharge. Les patient.e.s peuvent plus facilement faire leurs choix s'ils/elles sont accompagné.e.s pas à pas et que les options possibles leur sont expliquées de manière simple et compréhensible.

Aide de spécialistes : le/la médecin ne doit pas

tout faire tout seul. Il est parfois nécessaire de faire appel à des spécialistes et d'adresser les patient.e.s à des expert.e.s ou à des institutions offrant l'accompagnement requis.

Proches : les proches devraient être impliqué.e.s,

si cela est possible et utile. Bénéficier du point de vue de toutes les personnes impliquées permet aussi de changer de perspective. Une discussion avec les proches peut par exemple être organisée dans un espace ouvert, libre de tous préjugés.

Concepts : en plus des concepts sur les addictions, consulter d'autres concepts applicables à la situation, comme par ex. Shared Decision Making⁹, Motivational Interviewing¹⁰, peut s'avérer utile.

Consommation problématique – comment l'aborder ? une approche somatique ou par le biais de la relation avec le/la patient·e est souvent judicieuse. Aborder la question en lien avec le parcours de vie est parfois aussi possible, mais la démarche prend beaucoup de temps.

Suivi longitudinal des patient·e·s : lorsque le/la médecin peut accompagner son/sa patient·e sur plusieurs années, la relation de confiance qui s'installe alors permet non seulement des échanges en toute confiance, mais également un suivi de l'évolution de la consommation et de l'état de santé sur le long terme.

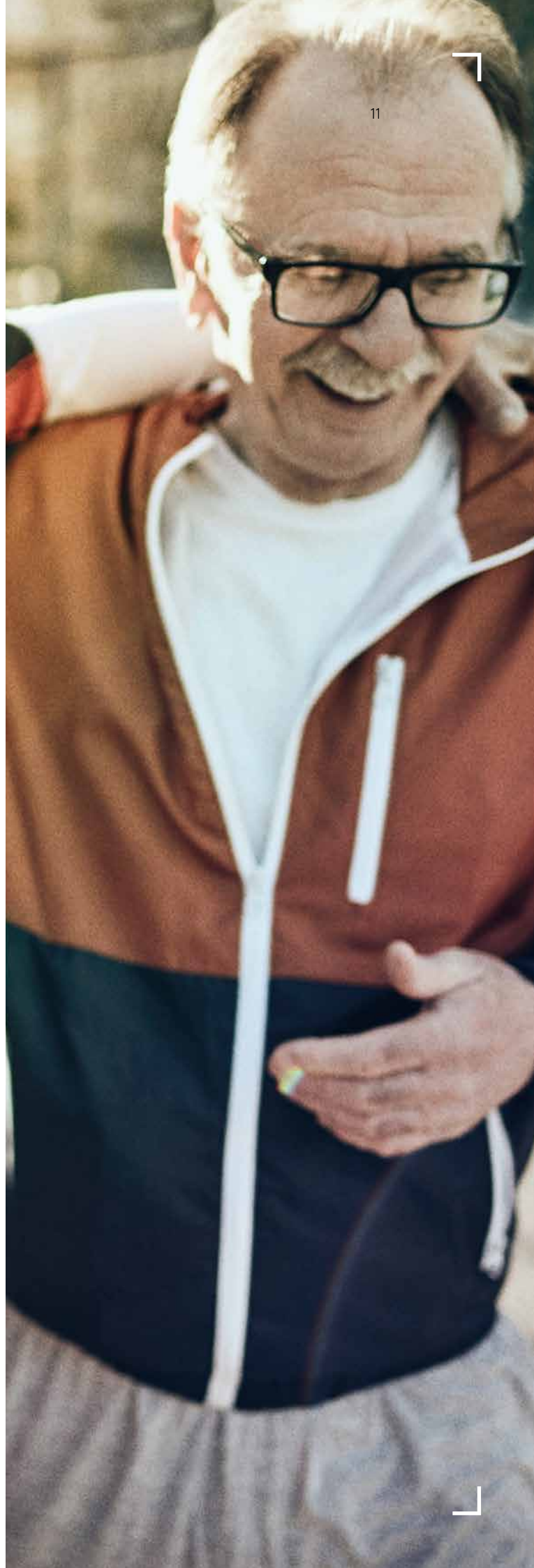
Modération de l'emprise / respect des décisions : souvent la retenue est de mise, sans qu'il faille pour autant développer de l'indifférence, mais la décision de combattre une consommation problématique est finalement toujours du ressort de la personne concernée. C'est d'ailleurs elle aussi qui détermine ce que le mot « progrès » signifie (ce n'est pas forcément une diminution de la consommation, par exemple).

Sollicitation du débat : des espaces de discussion sur les questions éthiques, les dilemmes et le stress moral doivent être revendiqués et créés.

Limitation des dégâts : les éventuels dommages doivent autant que possible être limités – en accord avec la personne soignée (par ex. contrôle des ordonnances, implication des proches, information du service d'aide et de soins à domicile).

⁹ Par ex. Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014) : [Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble](#). Bulletin des médecins suisses, 95(50) : 1883-1891.

¹⁰ Par ex. Praticien Addiction Suisse > [Entretien motivationnel](#) (22.11.2022)



Questions fondamentales introspectives

Procéder à une autocritique en se posant certaines questions incite en premier lieu à réfléchir sur sa propre attitude. Cela permet ensuite d'aborder la question de la dignité des patient·e·s et d'éviter que le respect de celle-ci reste une simple formule toute faite¹¹. Vous trouverez ci-dessous une liste de questions fondamentales susceptibles de déclencher une réflexion sur soi. Cette introspection peut provoquer une prise de conscience et vous aider dans votre travail.

1 Quelle est mon attitude vis-à-vis des addictions, que ce soit avec ou sans substances ? Quelles sont mes propres liens avec les addictions (par ex. ma propre consommation ou celle de mon entourage) ?

2 Pour moi, quel est le tableau clinique de l'addiction et quels aspects sociaux en font partie¹² ?

3 Comment est-ce que je parle des questions d'addiction et de substances psychoactives ? Comment est-ce que j'arrive à aborder la question avec respect lorsque je remarque qu'une personne a un comportement problématique ?

4 Comment puis-je veiller à ne pas imposer trop fortement ma propre opinion à mes patient·e·s, à ne pas lui attribuer plus de poids ni à la placer en dessus de la leur ? Comment est-ce que je m'assure de n'être ni condescendant, ni paternaliste, ni moralisateur ?

5 Comment est-ce que j'interviens pour éviter la stigmatisation de mes patient·e·s (à cause de leurs addictions) ? Qu'est-ce que l'institution ou le cabinet médical dans laquelle/lequel je travaille fait contre la stigmatisation ? Ou alors, dans quelle mesure les structures en place favorisent-elles la stigmatisation ?

6 Comment est-ce que je fais face au stress moral ?

7 Est-ce que je recours à l'aide d'expert-e-s lorsque c'est nécessaire ? Et si oui, à qui est-ce que je m'adresse ?

8 Dans quelle mesure est-ce que je me réfère à des principes de base ou à des concepts de la déontologie lorsque des questionnements éthiques surviennent au travail ?

9 Dans quelle mesure est-ce que je défends le respect des patient-e-s et leur autonomie ?

10 Est-ce que j'essaie toujours d'exploiter toutes les solutions possibles pour améliorer la situation des patient-e-s ?

11 Est-ce que je fais en sorte que les personnes âgées souffrant d'addiction ou ayant des habitudes problématiques aient aussi accès à une thérapie ou à un traitement ?

12 Dans quelle mesure est-ce que j'implique les membres du réseau professionnel à la prise de décision (collaboration interprofessionnelle) ?

13 Dans quelle mesure est-ce que j'associe les patient-e-s et leurs proches à la prise de décision ?

14 Est-ce que je vérifie si mes patient-e-s sont suffisamment informé-e-s pour pouvoir prendre leurs décisions ?

15 Est-ce que j'encourage les patient-e-s à exprimer leurs souhaits ?

16 Est-ce que je prends les patient-e-s ainsi que leurs décisions au sérieux ?

17 Est-ce que j'accepte que les patient-e-s prennent une décision différente de celle que j'aurais moi-même prise ?

18 Est-ce que j'accepte que les patient-e-s aient une autre conception de ce qu'une amélioration ou un progrès signifie ?

19 Quelle est ma réaction personnelle face aux rechutes des patient-e-s ?

20 Est-ce que je m'offre à moi-même l'opportunité et le temps nécessaire pour me poser ce genre de questions et envisager des améliorations ?

¹¹ Voir aussi CURAVIVA Schweiz (2021): Themenheft: *Würde und Autonomie im Alter*. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter; CURAVIVA Suisse (2010) : *Charte de la société civile pour des relations dignes avec les personnes âgées*, Domaine spécialisé personnes âgées.

¹² Voir la Classification Internationale des Maladies (CIM-11/ICD-11) et ICF pour les conséquences bio-psycho-sociales des maladies.

Définitions

De nombreuses personnes consomment des substances psychoactives ou des médicaments, surfent sur internet, jouent à des jeux vidéo ou à des jeux d'argent. Cependant quelques-unes perdent le contrôle de leur consommation ou de leurs habitudes, ce qui peut causer des dégâts. Les différentes conduites addictives sont classées en fonction des risques encourus par la personne elle-même, par l'entourage et par la société¹³. Les frontières entre les trois paliers ci-dessous restent toutefois floues.

Comportement à faible risque : consommation de substances ou comportements addictifs ne nuisant ni à la personne en question, ni à l'entourage.

Comportement à risque : consommation de substances ou comportements addictifs pouvant causer des problèmes ou des dégâts physiques, psychiques ou sociaux à la personne en question et à son entourage. Ces conduites potentiellement nocives sont elles-mêmes séparées en trois groupes, en fonction de leurs caractéristiques : excessives, chroniques ou inadaptées à la situation.

L'addiction : est une maladie. Il s'agit d'un phénomène bio-psycho-social qui perdure, bien qu'il ait de lourdes conséquences négatives sur la santé et sur la situation sociale de la personne en question et de son entourage. Selon la CIM/ICF-11¹⁴, la maladie se caractérise par les symptômes suivants : 1) diminution de la capacité de contrôler la consommation ou le comportement ; 2) priorité croissante donnée à la consommation ou au comportement addictif sur d'autres intérêts et activités de la vie quotidienne et poursuite, voire aggravation de ces habitudes malgré les dégâts causés et les conséquences négatives ; 3) caractéristiques physiologiques telles que syndrome de manque, développement d'une tolérance, augmentation de la consommation pour faire disparaître les symptômes de manque ou de sevrage. Le schéma comportemental peut être continu ou se répéter de manière épisodique.

¹³ Office fédéral de la santé publique OFSP (2015) : [Stratégie nationale Addictions](#).

¹⁴ ICD-11 > [Disorders due to addictive behaviours](#) (13.07.2022)

L'addiction chez les personnes âgées

L'espérance de vie de la population suisse augmente continuellement. Certains scénarios démographiques prévoient qu'en 2050 un quart de la population aura plus de 65 ans, et que le pourcentage de personnes âgées de plus de 80 ans pourrait quant à lui avoir doublé par rapport à aujourd'hui (de 5,3 à 10,6)¹⁵. Il se trouve de surcroît que la part de personnes consommant de l'alcool de manière chronique et risquée ou prenant quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants est plus élevée chez les personnes âgées que dans les autres tranches d'âges¹⁶. À cela s'ajoute encore que

l'âge moyen des personnes suivant un traitement par agoniste opioïde (TAO) est de plus en plus élevé¹⁷. De plus, les personnes âgées avec une addiction présentent plus tôt des troubles ou des maladies physiques liées à l'âge, souvent aussi des troubles psychiques, ce qui les oblige à prendre des médicaments. Les comorbidités et les multimorbidités¹⁸ sont donc plus fréquentes chez elles et, par voie de conséquence, la polymédication aussi¹⁹. Le diagnostic d'une addiction devient alors encore plus difficile²⁰. À l'évidence, l'accompagnement des personnes âgées souffrant d'une addiction gagne en importance^{21,22}.

¹⁵ Office fédéral de la statistique > [Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse et des cantons 2020-2050](#) (01.12.2022)

¹⁶ [Monitoring suisse des addictions > Alcool > Prévalence](#) (01.12.2022)

¹⁷ [Vieillesse et addictions > Traitements agonistes opioïdes](#) (21.12.2022)

¹⁸ [Infodrog > Ressources > Lexique de la prévention > Comorbidités](#) (21.12.2022)

¹⁹ [mediX > Wissen > Guidelines > Polypharmazie](#) (18.07.2022)

²⁰ Satre, D. (2015): Alcohol and drug use problems among older adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 22(3): 238-54.

²¹ Al Kurdi, C. & Rosselet, F. (2022) : Troubles de l'usage de substances - dans les contextes de démence, troubles psychiatriques et soins palliatifs. Lausanne : Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA).

²² Voir aussi : GREA > [Publications](#) (21.12.2022)

Davantage d'informations

Vous trouverez ci-dessous quelques sites internet qui fournissent davantage d'informations, de concepts et d'aides au sujet de l'addiction chez les personnes âgées et/ou des questions éthiques inhérentes à ces situations. La liste n'est ni exhaustive ni définitive.

GREA: Groupement Romand d'Études des Addictions – association interprofessionnelle citoyenne de référence sur les addictions, qui s'engage pour le bien-vivre ensemble et les droits humains.

Vieillesse-et-addictions.ch:

Plateforme d'aide et de conseils pour les personnes âgées, leur entourage et les professionnel-le-s accompagnant au quotidien des personnes âgées.

Praticien Addiction Suisse: Plateforme d'information sur la médecine des addictions destinée aux professionnel-le-s de la médecine de premier recours, en particulier aux médecins de famille.

ASSM: Académie Suisse des Sciences Médicales.

PEPra: plateforme d'information pour la prévention au quotidien dans le cabinet médical.

SBK/ASI: Association Suisse des Infirmières et Infirmiers.

CURAVIVA: Association de branche des prestataires de service pour les personnes âgées.

Collaboration

Ces recommandations ont été rédigées en allemand par le Fachverband Sucht dans le cadre du projet « Ältere Menschen mit Abhängigkeit – Fachgerechte Betreuung und Behandlung », sur mandat de l'OFSP. Son contenu est le fruit d'une collaboration entre spécialistes de la médecine des addictions, de la médecine de famille, de la gériatrie et des soins.

Groupe de travail :

Sohaila S. Bastami, Dr méd. Dr sc. méd., médecin-chef (service ambulatoire et clinique de jour pour personnes âgées, Glattbrugg), psychiatrie intégrée (Winterthur – Zürcher Unterland)

Yves Brandenberger, infirmière diplômée ES (GFA Entlisberg, Zürich)

Rolf Goldbach, Dr méd., médecin spécialisé en neurologie et en psychiatrie avec spécialisation en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (médecin chef du service de gériatrie de la ville de Zürich)

Roger Mäder, travailleur social ES (FOSUMOS & Praticien Addiction Suisse)

Henny Messerli, infirmière experte en soins, MScN (home médicalisé Seegarten, Hünibach)

Christian Studer, Dr méd., co-directeur du Center for Family Medicine and Community Care (Universität Luzern)

Julia Wolf, Dr sc. nat., chargée de cours en éthique biomédicale dans différents établissements de formation, membre de la CFANT, offre des formations continues en éthique (Ethik_Mensch_Gesundheit)

Direction du projet & rédaction :

Olayemi Omodunbi, directrice de projet, Fachverband Sucht

Autres contributions :

Klaus Bally, PD Dr méd. (centre universitaire pour la médecine de famille des deux Bâles), membre de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Gabriela Bieri-Brüning, Dr méd., médecin-chef (service de gériatrie de la ville de Zürich), directrice médicale (Gesundheitszentren für das Alter, Zürich)

Eve Hassemer, Dr méd., médecin spécialisée en médecine générale (D) et anciennement médecin d'établissement médico-social & ACP (Emeda)

Bianca Schaffert-Witvliet, APN, experte en médecine et en soins d'urgence (Spital Limmat, Schlieren), présidente de la commission d'éthique de l'ASI, vice-présidente de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Traduction :

Martine Verdon, ASSM

Relecture :

Camille Robert, GREA

GREA, Groupement Romand d'Études des Addictions

Rue St Pierre 3
1002 Lausanne
info@grea.ch
www.grea.ch

Fachverband Sucht

Weberstrasse 10
8004 Zürich
info@fachverbandsucht.ch
www.fachverbandsucht.ch

Comment avez-vous trouvé ces recommandations ? Quels éléments vous aident dans votre travail ? Quels aspects importants vous manquent-ils ? Faites-nous part de vos remarques à l'adresse : info@fachverbandsucht.ch.