

Alcool et Vieillesse

Introduction

Vieillir ne protège pas des effets, des risques, ni des dommages de l'alcool : bien au contraire quand la vieillesse est associée à une vulnérabilité accrue à ses conséquences négatives ainsi qu'à une propension à développer des addictions (Menecier & Gonnet, 2010).

Alors que le vieillissement des populations occidentales et des générations du baby-boom est d'actualité, pour qui l'alcool est la première substance psychoactive consommée, à des niveaux toujours croissants (Briggs & Peacock, 2022; Butt et al., 2020; Han & Moore, 2018; Kuerbis et al., 2014), les spécificités de l'usage et du mésusage d'alcool dans la vieillesse méritent d'être envisagées (Fenollal-Maldonado et al., 2022).

Même si l'alcool est la substance psychoactive la plus dangereuse pour soi-même ou pour autrui (Choi & DiNitto, 2021), y compris chez les plus âgés (Briggs & Peacock, 2022), la recherche clinique et la santé publique n'ont que peu considéré les spécificités gérontologiques des troubles de l'usage d'alcool, jusque très récemment (Butt et al., 2020; Paille et al., 2014a; Vermette et al., 2001).

Boire de l'alcool et vieillir

Les conséquences physiologiques du vieillissement augmentent la vulnérabilité aux effets de l'alcool de différentes manières [Tableau], pour une population âgée qui n'est pas un groupe homogène (Livingston, 2021). En l'absence de définition simple de la vieillesse, l'âge n'est qu'un indicateur à côté de modes de vieillissement physiologique, accéléré (par des facteurs extérieurs) ou pathologique (lors de maladies chroniques)(Menecier, 2010; Menecier & Ploton, 2020).

Différents facteurs renforcent la vulnérabilité des aînés face à l'alcool, dans tous les modes d'usages : à moindre risque, à risque ou lors de troubles de l'usage l'alcool (TUAL)(Paille et al., 2014a), plus encore chez les femmes âgées (El Hayek et al., 2022; Milic et al., 2018), majorant notamment de 20 à 50 % le niveau d'alcoolémie pour une ingestion donnée d'éthanol (Caputo et al., 2012).

Raison augmentant la biodisponibilité et les effets de l'éthanol dans la vieillesse

(Butt et al., 2020; Caputo et al., 2012; El Hayek et al., 2022; Kuerbis et al., 2014; Livingston, 2021; Milic et al., 2018; Rodin, 2022; Yarnell et al., 2020)

- **réduction du rapport masse maigre/masse grasse (majoré chez les femmes)**
- **diminution du volume de distribution de l'alcool**
- **diminution d'activité de l'alcool déshydrogénase (gastrique et hépatique)**
- **baisse du catabolisme de l'alcool par baisse de capacité enzymatique du foie**
- **augmentation de perméabilité de la barrière hématoencéphalique**
- **augmentation de sensibilité des récepteurs neuronaux centraux à l'alcool**
- **déclin de la tolérance à l'alcool**
- **baisse des réserves fonctionnelles du corps pour retrouver une homéostasie**
- **fréquentes comorbidités ou polymédications associées**

Épidémiologie

Les troubles de l'usage de substances (TUS ; et d'alcool : TUAL) font partie des premiers problèmes de santé croissants chez les aînés, augmentant plus vite dans ces tranches d'âges (El Hayek et al., 2022). Leur développement dépasse le seul effet mécanique du vieillissement des populations issu de l'augmentation de l'espérance de vie (Yarnell et al., 2020), pour des aînés qui proportionnellement consomment plus d'alcool que par le passé, alors que les plus jeunes adultes ont des tendances de consommations inverses en quantité et en fréquence (Livingston, 2021). Un facteur supplémentaire a voulu être attribué à la centration sur soi des baby-boomers majorant la recherche de récompense, y compris par des consommations de substances (Yarnell et al., 2020).

Cet essor des TUS et TUAL a été désigné comme un tsunami gris ou argenté, une épidémie silencieuse, invisible ou cachée par leur méconnaissance (Livingston, 2021; Menecier & Maisondieu, 2019; Royal college of psychiatrists, 2018), alors que les décès prématuré ou l'usure avec le temps du processus addictif ne fait pas disparaître les TUAL de sujets âgés.

S'il n'y a pas de classification des TUAL spécifique aux aînés, une distinction entre formes à début précoce (vieillissant avec les patients) est classiquement faite avec des formes à débuts tardifs (apparaissant au-delà du milieu de la vie ou dans la vieillesse), pour au moins un tiers des cas. Une troisième option plus adaptative apparaît au fil de la vie, entre périodes de troubles addictifs actifs ou rémittents pour se réactiver dans la vieillesse (Livingston, 2021; Menecier & Maisondieu, 2019).

Avec l'âge plusieurs tendances coexistent autour des consommations d'alcool, avec selon les sous-groupes, diminution globale des quantités bues, augmentation de régularité des prises (devenant quotidiennes) et accroissement de la part des non-consommateurs (dépassant moitié après 75 ans) (Paille et al., 2014b). Aux États-Unis, les consommateurs d'alcool représentent 50 % après 65 ans et 25 % après 85 ans (Caputo et al., 2012).

Au fil du vieillissement des populations, les consommations moyennes par français de plus de 15 ans ont constamment décliné depuis les années 1960, faisant que les aînés actuels ont eu des habitudes de consommations bien supérieures aux mêmes âges (au moins doubles), que les adultes d'âge moyen actuels (Paille et al., 2014c).

Les études de prévalences d'usage à risque d'alcool ou de TUAL de sujets âgés sont rares, sporadiques, relevant d'enquêtes s'arrêtant le plus souvent à 75 ou 85 ans. L'hypothèse de déclin et d'extinction avec l'âge des TUAL est unanimement récusée. Le manque de données probantes issues d'études robustes prévaut, quand les référentiels et terminologies se mélangent (entre trouble de l'usage, mésusage, abus, dépendance...) (Yarnell et al., 2020).

- L'usage à risque concernerait 11 % des femmes et 16 % des hommes après 65 ans aux USA (Kuerbis et al., 2014), 10 à 20 % plus généralement des aînés (Livingston, 2021).
- Des alcoolisations paroxystiques demeurent, avec des ivresses associées à des conduites de *binge-drinking* en proportion importante après 65 ans, retrouvées chez plus de 15 % des hommes et de 7 % des femmes (Al-Rousan et al., 2022).
- La prévalence du mésusage d'alcool (TUAL et usage à risque) a été estimée entre 1 % et 22 % après 65 ans (Butt et al., 2020; Kuerbis et al., 2014; Milic et al., 2018), avec une fréquence des TUAL souvent située autour de 10 % des aînés en France (Menecier et al., 2020; Paille et al., 2014b), et de l'alcoolodépendance autour de 7 % (Livingston, 2021).
- La prévalence des TUAL apparaît varier selon le lieu d'observation : à domicile (1 à 3 % en reconnaissant une sous-estimation), en Ehpad (20 à 40 %), aux urgences (14 %) ou à l'Hôpital (jusque 30 % en service médical et 50 % en gériopsychiatrie) (Caputo et al., 2012; Menecier, 2010; Paille et al., 2014c).

❖ **Freins à l'abord des TUAL de sujets âgés**

Les TUAL de sujets âgés sont méconnus, sous-estimés, sous-diagnostiqués, pour finalement être sous-traités (Butt et al., 2020; Caputo et al., 2012; Yarnell et al., 2020).

Les repérer, les identifier et les caractériser deviennent autant de challenges, mais rarement des priorités de santé publique. Leur méconnaissance, invisibilité ou négligence est soulignée dans différents pays (Royal college of psychiatrists, 2018; Vermette et al., 2001).

Plusieurs barrières ont été identifiées à la reconnaissance puis à l'abord (diagnostique et thérapeutique) de TUS de sujets âgés, au premier rang desquels se situent les TUAL (Han & Moore, 2018). Elles ont pu être distinguées entre celles attribuées aux soignants (stéréotypes négatifs sur la vieillesse ou les addictions, manque de temps ou de connaissance...), aux patients (honte, culpabilisation des troubles, stigmatisation, défenses entre minimisation et négation...) et aux difficultés diagnostiques (méconnaissance des signes de TUAL abâtardis ou recouverts par d'autres maladies, perte de validité de critères diagnostics...) (Briggs & Peacock, 2022; El Hayek et al., 2022).

Freins et obstacles pour aborder les TUAL de sujets âgés

(Briggs & Peacock, 2022; Butt et al., 2020; Fenollal-Maldonado et al., 2022; Han & Moore, 2018; Livingston, 2021; Menecier & Gonnet, 2010; Milic et al., 2018; Paille et al., 2014a, 2014b; Salles et al., 2020; Yarnell et al., 2020)

- ❖ **Variabilité des référentiels et appellations empêchant toute méta-analyse**
- ❖ **Manque de données épidémiologiques ou repères thérapeutiques spécifiques**
- ❖ **Malaise partagé des patients et soignants à aborder le sujet, entretenant honte et culpabilité**
- ❖ **Crainte de blesser en devançant une demande explicite et d'altérer la relation**
- ❖ **Indifférenciation des signes de TUAL avec des maladies gériatriques**
- ❖ **Perte de validité des critères diagnostics (DSM5 ou autres)**
- ❖ **Réassurance inadéquate par de modestes quantités consommées**
- ❖ **Stigmatisation sociale accrue des TUAL des femmes dont la part augmente**
- ❖ **Fausse croyances mêlant alcoolisations tardives et dernier plaisir de la vie**
- ❖ **Manque d'intérêt pour le sujet par négligence âgiste**
- ❖ **Centration des campagnes de prévention sur de plus jeunes tranches d'âges.**
- ❖ **Allégation de manque de temps ou de connaissances par les professionnels**

❖ **Repérage du mésusage d'alcool de SA**

Oser parler d'alcool avec des personnes âgées, comme de tout usage de substance psychoactive, sans réserve d'âge, est une première étape indispensable et efficace (Briggs & Peacock, 2022). Il n'est jamais trop tard (ni dans la vie, ni dans les dommages induits) pour parler d'alcool.

Devant les difficultés de repérage et d'identification du mésusage d'alcool chez des aînés, une évaluation annuelle systématique des consommations a été proposée chez tous les patients (même âgés), ainsi que lors de toute situation de soin (Butt et al., 2020).

Le repérage devrait être le plus large possible, c'est-à-dire dès les soins primaires (Paille et al., 2014e). La place de la consommation déclarée est encore plus incertaine qu'à de plus jeunes âges, d'autant que les quantités bues peuvent être modestes, faussement rassurantes, lors de TUAL à débuts tardifs. La biologie perd encore de sensibilité et spécificité avec l'âge (volume globulaire moyen et gamma-glutamyl-transpeptidase) (Briggs & Peacock, 2022; Paille et al., 2014e).

Seuls les questionnaires semblent pouvoir dépasser les barrières à aborder le mésusage d'alcool de sujets âgés (Paille et al., 2014e), notamment certaines échelles (Fenollal-Maldonado et al., 2022; Han & Moore, 2018; Paille et al., 2014e).

- ⦿ MAST-G : version gériatrique du *Michigan alcohol screening test*
- ⦿ ARPS : *alcohol related problem survey*
- ⦿ CAGE/DETA : (*cut down, annoyed, guilty, eye opener/diminuer, entourage, trop, alcool*)
- ⦿ AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test*

Des signes aspécifiques peuvent attirer l'attention (détails ci-dessous), parfois résumés comme des motifs pour mettre la puce à l'oreille, justifiant comme tout mode de repérage précoce, d'évaluer ensuite la relation à l'alcool (Menecier & Maisondieu, 2019).

Indicateurs potentiels de TUAL du sujet âgé

(Kuerbis et al., 2014; Livingston, 2021; Menecier & Maisondieu, 2019; Vermette et al., 2001)

- ⦿ **Signes physiques**
 - Chutes, contusions, malaises (ou vertiges) inexpliqués
 - Céphalées, douleurs chroniques
 - Troubles digestifs inexpliqués
 - Déséquilibre alimentaire et troubles nutritionnels
 - Tolérance accrue à l'alcool
 - Réponse inhabituelle aux médicaments
 - Défaut d'hygiène de soi, incontinence
- ⦿ **Signes psychocognitifs**
 - Désorientation temporo-spatiale
 - Troubles mnésiques ou d'autres fonctions cognitives, dysarthrie transitoire
 - Troubles du sommeil, somnolence diurne
 - Troubles anxiodépressifs
 - Variations de l'humeur, troubles caractériels ou du comportement
- ⦿ **Signes sociaux**
 - Difficultés familiales, financières ou légales
 - Isolement social ou repli à domicile
 - Difficultés de gestion des médicaments
 - Difficulté de prendre soin de son domicile (insalubrité...)
 - Négligence d'obligations administratives

⦿ **Mésusage d'alcool de sujets âgés**

Malgré ses limites dans la vieillesse, le DSM5 demeure la base du diagnostic des TUAL de sujets âgés, se concentrant éventuellement sur une partie des 11 critères diagnostics (Salles et al., 2020).

La notion d'usage à risque concerne des aînés ayant des consommations ne remplissant pas les critères de TUAL du DSM5 (Rodin, 2022), mais qui sont potentiellement préjudiciables à leur santé physique et mentale (El Hayek et al., 2022). Elle est variablement définie au-delà de seuils de consommations adaptés aux aînés, dès le dépassement d'un verre (unité standard) par jour, 7 par semaines ou 3 en une occasion aux États-Unis comme en France (Paille et al., 2014a; Rodin, 2022). Aucune politique de santé publique ne concerne actuellement les aînés à propos de leurs consommations d'alcool, notamment en France, où ils sont les grands oubliés des politiques de prévention en alcoologie (Parry et al., 2022).

L'origine des TUAL ou leur association à différents troubles psychiques pose la question d'une éventuelle causalité réciproque, ou de la part originelle de chaque trouble en référence au paradoxe de la poule et de l'œuf. Cette interrogation est le plus souvent insoluble, quand la consommation d'alcool peut aussi bien jouer le rôle de stratégie de coping face à une détresse mentale, qu'inversement la provoquer (Fenollal-Maldonado et al., 2022), ouvrant vers la notion de pathologie duelle (Livingston, 2021).

Conséquences des TUAL sur les sujets âgés

Les dommages dus à l'alcool et alcoolopathies n'ont que peu de spécificités chez les aînés, hormis des présentations paucisymptomatiques ou atypiques, comme souvent en gériatrie. Différentes interactions entre alcool et médicaments doivent être soulignées, en potentialisation d'effets (Paille et al., 2014d), ou en compétition d'élimination.

De multiples effets neurocognitifs ou cardiovasculaires défavorables de l'alcool doivent être rappelés plutôt que de possibles associations entre meilleur état de santé et consommations modérées d'alcool (Adamson et al., 2017), sans causalité prouvée ni observation après 65 ans (Menecier, 2010; Paille et al., 2014d). La surconsommation d'alcool chez les adultes âgés est associée à surrisque de déclin cognitif ou de démence, de cardiomyopathies et défaillance cardiaque, arythmies et accidents vasculaires cérébraux (Butt et al., 2020; Fenollal-Maldonado et al., 2022).

Les conséquences psychopathologiques de toutes formes d'usage d'alcool, et surtout de mésusage sont surtout négatives malgré de possibles ressentis de soulagement immédiats. Lors de troubles dépressifs de sujets âgés, des formes atypiques peuvent apparaître sous forme de TUAL à débuts tardifs (Fenollal-Maldonado et al., 2022). Des troubles dépressifs secondaires au TUAL sont fréquents tandis qu'un cinquième des plus de 65 ans avec trouble dépressif présente un TUAL concomitant. Plus encore la consommation associée d'alcool est un facteur précipitant, aggravant et limitant l'accès aux soins des aînés au décours de crises suicidaires (Menecier & Sagne, 2020; Paille et al., 2014d).

Autour de pathologies plus gériatriques, des syndromes confusionnels peuvent autant être signes d'intoxication aiguë que de sevrage alcoolique. D'autres situations aspécifiques peuvent aussi émailler ou révéler un TUAL, comme des malaises, des chutes... (Paille et al., 2014d), pour lesquels la consommation d'alcool représente un facteur de risque modifiable (Fenollal-Maldonado et al., 2022). L'alcool est impliqué dans différents accidents et traumatismes de sujets âgés : domestiques, de la voie publique, voire du travail ou par armes à faux en Amérique du Nord (Rodin, 2022).

Le mésusage d'alcool chez les personnes âgées favorise des incapacités fonctionnelles à la marche ainsi que diverses baisses d'habiletés motrices (motricité fine, équilibre, schéma corporel...) associées à des conséquences négatives sur la qualité de vie (Carvalho et al., 2021). Les dommages sociaux ne sont pas à minimiser, aussi bien dans leurs conséquences que dans les besoins de soins et de soutien qu'ils génèrent (Livingston, 2021).

Alcool, cognition et vieillissement

Les liens entre consommations (modérées ou excessives) d'alcool et cognition dans la vieillesse dépassent la question d'effets protecteurs ou délétères prédominants, même en intégrant des alcoolisations échappant aux critères d'addiction dans le cadre d'hyperoréalité et de troubles frontaux de maladies d'Alzheimer ou apparentées. Une approche complexe, plurifactorielle des troubles neurocognitifs majeurs tente de dépasser leur attribution à une seule cause, au profit de facteurs délétères ou de protection qui peuvent s'accumuler (Harwood et al., 2010; Menecier, 2017). Si le TUAL multiplie par 5 le risque de syndrome

démontiel, et le quart des sujets avec maladie d'Alzheimer ou apparentée aurait aussi un TUAL (Caputo et al., 2012).

Le mésusage d'alcool, à partir de faibles niveaux de consommation (devenant à risque), aggrave les troubles cognitifs et leur évolution dès le stade de trouble cognitif léger (MCI), dans un spectre continu de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA), dépassant les anciennes notions de syndromes de Korsakov ou Wernicke-Korsakov (Harwood et al., 2010; Vabret et al., 2016).

5. Offres de soins

Comme à tout âge, les objectifs de soins se distinguent d'objectifs de consommation, positionnant la réduction ou l'arrêt des prises d'alcool parmi les moyens d'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Parmi les critères de choix des modalités de soins, l'existence d'une dépendance alcoolique est soulignée (Paille et al., 2014f). L'abstinence alcoolique n'est pas nécessairement le but de tous les programmes de soins (Rodin, 2022).

L'écart entre soins requis et réalisés (*treatment gap*) est majoré chez les aînés (Menecier & Maisondieu, 2019), avec moins de 10 % de personnes âgées avec TUAL bénéficiant de soins (Choi & DiNitto, 2021), et encore moins pour les femmes âgées (Milic et al., 2018). Dans le même temps, le pronostic de soin des TUAL de sujet âgé est aussi bon ou meilleur que chez de plus jeunes adultes (Caputo et al., 2012; Livingston, 2021; Menecier et al., 2020).

La part croissante de femmes âgées, en nombre et proportion, parmi les sujets âgés avec TUAL, renforce l'intérêt de considérations de genre non discriminantes mais intégrant des spécificités ne découlant pas seulement du masculin, et intégrant les particularités des conséquences de la ménopause, du vieillissement des femmes et des spécificités physiologiques renforçant leur vulnérabilité à l'alcool (Milic et al., 2018).

La rareté des études validant des stratégies de soins propres aux aînés, fait rappeler que les recommandations thérapeutiques des adultes (d'âges moyens) demeurent applicables dans la vieillesse (Butt et al., 2020), avec certaines adaptations (Livingston, 2021).

Une particularité des aînés avec TUAL est de peu recourir à des services spécialisés en addictologie, qui ne sont que rarement adaptés pour les accueillir, pour inversement solliciter des structures de soins primaires ou des intervenants sociaux (Livingston, 2021).

5. Conduite des soins

L'accompagnement psychosocial demeure essentiel, avec peu d'évaluation des programmes de soins en groupes d'âge spécifiques, entre pairs ou avec des professionnels, qui ont autant pu être recommandés (mais rarement offerts) qu'évités par crainte de discrimination âgiste supplémentaire (Menecier & Maisondieu, 2019; Paille et al., 2014f).

Lors d'une alcoolisation aiguë, les manifestations cliniques de l'ivresse alcoolique apparaissent pour de plus faibles niveaux d'alcoolémie, avant les seuils de *binge-drinking*, dont la transposition dans la vieillesse relève d'une approche purement quantitative de la question (Menecier & Maisondieu, 2019). Les soins dans ces circonstances reposent sur des soins de base et de protection le temps de récupération somato-psychique de l'intoxication éthylique aiguë. Un temps d'échange clinique au lendemain de l'ivresse, évaluant la relation à l'alcool et ses conséquences, a toujours son intérêt, notamment pour aider à l'accès aux soins lors de TUAL (Menecier et al., 2012).

Lorsqu'un sevrage alcoolique (thérapeutique) est retenu, certains auteurs ont recommandé un plus fréquent recours hospitalier du fait de fragilités et comorbidités

(Paille et al., 2014f). Les benzodiazépines restent un traitement de choix, en couverture des signes du sevrage et prévention de ses complications (convulsives notamment) ; favorisant le choix de molécules à demi-vies courtes (oxazépam, lorazépam), monitoré par une échelle d'évaluation : *clinical institute withdrawal assessment for alcohol* (CIWA-Ar) ou indice de Cushman (Fenollal-Maldonado et al., 2022; Paille et al., 2014f). La place de vitamine B1 (thiamine) est soulignée en prévention de dommages cognitifs (Butt et al., 2020; Paille et al., 2014f).

Les médicaments d'aide à l'abstinence ou réducteurs d'appétence alcoolique n'ont essentiellement jamais été étudiés dans la vieillesse (Fenollal-Maldonado et al., 2022). Sans indications retenues en France par défaut d'études, hormis pour le disulfirame au rapport bénéfice-risque encore moins favorable après 65 ans, qui est le plus souvent déconseillé ou contreindiqué (Fenollal-Maldonado et al., 2022; Paille et al., 2014f; Rodin, 2022). L'acamprosate, sans autorisation d'emploi au-delà de 60 ans est recommandé par certains auteurs, mais ce sont surtout les antagonistes des récepteurs aux opiacés qui apparaissent prioritaires dans la littérature nord-américaine : naltrexone ou nalméfène (Butt et al., 2020; Fenollal-Maldonado et al., 2022; Paille et al., 2014f). Le baclofène a une place non étayée et des risques majorés de mauvaise tolérance dans la vieillesse (Paille et al., 2014f; Rodin, 2022).

6. Prévenir le mésusage d'alcool de sujets âgés

La prévention en addictologie n'a que très rarement envisagé les personnes âgées comme des publics prioritaires (Paille et al., 2014g; Parry et al., 2022), pas plus souvent que la prévention en gériatrie n'envisage les risques de TUS en dehors de la iatrogénie médicamenteuse.

A propos d'alcool, la prévention gériatrique semble plus cibler des TUAL à débuts tardifs, moins ancrés et supposés plus réactionnels à des événements environnementaux (Menecier et al., 2006; Milic et al., 2018). Ensuite, plutôt que sur-spécialiser les approches, il semble opportun d'intégrer la dimension addictologique à une démarche globale de préservation de la santé, de prévention gériatrique et de stratégies pour bien vieillir, incluant les consommations d'alcool.

Il a été recommandé de considérer les facteurs de risques et les facteurs de protection de TUAL de sujets âgés (El Hayek et al., 2022). Les principaux facteurs de risque de TUAL dans la vieillesse étant : le genre masculin, ne pas être marié ou être divorcé, l'isolement social, la mise à la retraite subite ou contrainte, être en deuil, avoir une maladie chronique (somatique ou psychiatrique), avoir des douleurs chroniques, avoir des antécédents ou une comorbidité addictive, présenter des incapacités physiques, être aidant d'un proche, l'absence de religiosité ou de spiritualité, avoir un réseau de soutien inadéquat, avoir une approbation sociale de ses consommations (Kuerbis et al., 2014; Vermette et al., 2001; Yarnell et al., 2020)... Inversement les facteurs de protection identifiés sont le plus souvent inverses.

Recommandations

- Le mésusage d'alcool (usage à risque et TUAL) ne disparaît pas avec la vieillesse
- Vieillir augmente la vulnérabilité à l'alcool, majorant les situations d'usage à risque
- La clinique des TUAL du sujet âgé est souvent atypique ou appauvrie
- Le repérage précoce est recommandé, surtout avec des échelles (MAST-G, ARPS, CAGE/DETA, AUDIT).
- Les offres de soins reprennent l'essentiel des recommandations des adultes d'âges moyens, avec certaines spécificités pharmacologiques.
- Il n'est jamais trop tard pour aborder des TUAL de sujets âgés, qui ont un pronostic de soin inchangé ou amélioré avec l'âge.
- La prévention du mésusage d'alcool de sujets âgés est utile à tout âge.

Références

- Adamson, S. S., Brace, L. E., & Kennedy, B. K. (2017). Alcohol and aging : From epidemiology to mechanism. *Translational Medicine of Aging, 1*, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.tma.2017.09.001>
- Al-Rousan, T., Moore, A. A., Han, B. H., Ko, R., & Palamar, J. (2022). Trends in binge drinking prevalence among older U.S. men and women, 2015 to 2019. *J Am Geriatr Soc, 70*(3), 812-819. <https://doi.org/10.1111/jgs.17573>
- Briggs, M., & Peacock, A. (2022). Screening Older Adults for Alcohol Use. *The Journal for Nurse Practitioners, S1555415522002896*. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.08.015>
- Butt, P. R., White-Campbell, M., Canham, S., Johnston, A. D., Indome, E. O., Purcell, B., Tung, J., & Van Bussel, L. (2020). Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ, 23*(1), 143-148. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.425>
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology, 47*(6), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2012.03.019>
- Carvalho, J. K. F. de, Pereira-Rufino, L. da S., Panfilio, C. E., Silva, R. D. A., & Céspedes, I. C. (2021). Effect of chronic alcohol intake on motor functions on the elderly. *Neuroscience Letters, 745*, 135630. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2021.135630>
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2021). Alcohol use disorder and treatment receipt among individuals aged 50 years and older : Other substance use and psychiatric correlates. *Journal of Substance Abuse Treatment, 131*, 108445. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108445>
- El Hayek, S., Geagea, L., El Bourji, H., Kadi, T., & Talih, F. (2022). Prevention Strategies of Alcohol and Substance Use Disorders in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 38*(1), 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.07.011>
- Fenollal-Maldonado, G., Brown, D., Hoffman, H., Kahlon, C., & Grossberg, G. (2022). Alcohol Use Disorder in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 38*(1), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.07.006>
- Han, B. H., & Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 34*(1), 117-129. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.005>
- Harwood, D. G., Kalechstein, A., Barker, W. W., Strauman, S., St. George-Hyslop, P., Iglesias, C., Loewenstein, D., & Duara, R. (2010). The effect of alcohol and tobacco consumption, and apolipoprotein E genotype, on the age of onset in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(5), 511-518. <https://doi.org/10.1002/gps.2372>
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G., & Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine, 30*(3), 629-654. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.008>
- Livingston, W. (2021). *Ageing well. Alcohol and other drug use in later life*.
- Menecier, P. (2010). *Boire et vieillir : Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool*. Érès éd.

- Menecier, P. (2017). Alcool, vieillesse et cognition. *Médecine*, 13(10), 450-453. <https://doi.org/10.1684/med.2017.265>
- Menecier, P., Badila, P., Plattier, S., & Ploton, L. (2012). L'ivresse alcoolique après 60 ans. Une occurrence non exceptionnelle à l'hôpital. *La Revue de Gériatrie*, 37, 111-118.
- Menecier, P., Collovray, C., & Menecier-Ossia, L. (2006). Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé. *Soins. Gerontologie*, 62, 12-14.
- Menecier, P., & Gonnet, F. (2010). *Les aînés et l'alcool*. Érès.
- Menecier, P., & Maisondieu, J. (2019). *Soins, alcool et personnes âgées : Se positionner pour coconstruire*.
- Menecier, P., Menecier-Ossia, L., Fernandez, L., & Rolland, B. (2020). Conduites addictives du sujet âgé. *Rev Gériatr*, 45(10), 589-602.
- Menecier, P., & Ploton, L. (2020). *Psychogérontologie fondamentale et théorique*.
- Menecier, P., & Sagne, A. (2020). Alcool et crise suicidaire du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(120), 369-373. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.05.003>
- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L. P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., Troup, J., Kiefte-de Jong, J. C., van Beeck, E., Muka, T., & Franco, O. H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*, 111, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006>
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014a). Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 36(1), 61-72.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014b). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Définition générale de la population âgée—Spécificité du risque alcool chez les plus âgés—Problèmes d'application des recommandations à la population âgée. *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 225-231.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014c). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Question 1 Comment définir la population des personnes âgées. *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 232-238.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014d). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Question 2 Complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé. *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 239-246.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014e). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Question 3 Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ? *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 247-251.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014f). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Question 4 Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées ? Quels sont les moyens pertinents d'intervention ? Quels en sont les résultats ? *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 252-261.
- Paille, F., SFA, & SFGG. (2014g). Personnes âgées et consommation d'alcool: Introduction, usage et mésusage—Question 5 Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ? *Alcoologie et Addictologie*, 36(3), 262-268.
- Parry, A., Minoc, F., Cabé, N., Vabret, F., Branger, P., Chételat, G., Rauchs, G., & Pitel, A.-L. (2022). Consommation d'alcool à risque : Les séniors, grands oubliés des politiques de prévention: *Santé Publique*, Vol. 34(2), 203-206. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0203>
- Rodin, M. B. (2022). Applying Geriatric Principles to Hazardous Drinking in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(1), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.08.001>
- Royal college of psychiatrists. (2018). *Our invisible addicts* (2nd edition). <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2018-college-reports/our-invisible-addicts-2nd-edition-cr211-mar-2018>
- Salles, J., Mariaux, N., Franchitto, N., Sourdet, S., & Arbus, C. (2020). Tous les critères DSM-5 du trouble lié à l'usage de substance se valent-ils chez les sujets âgés ? *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 18(2), 197-204. <https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0858>
- Vabret, F., Lannuzel, C., Cabe, N., Ritz, L., Boudehent, C., Eustache, F., Pitel, A. L., & Beaunieux, H. (2016). Troubles cognitifs liés à l'alcool : Nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*, 45(12, Part 1), 1124-1132. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.01.030>

Vermette, G., Boucher, G., Forget, J., CPLT, & FQPRCPAT. (2001). *La toxicomanie chez les aînés reconnaître, comprendre et agir guide d'intervention.* CPLT - FQCRPAT.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2008964>

Yarnell, S., Li, L., MacGrory, B., Trevisan, L., & Kirwin, P. (2020). Substance Use Disorders in Later Life : A Review and Synthesis of the Literature of an Emerging Public Health Concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 226-236. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.06.005>

Pascal Menecier

Pascal Menecier, Addictologue, Praticien Hospitalier, Unité d'Addictologie CH les Chanaux, Bd Louis Escande, 71018 Mâcon cedex. & Docteur en psychologie, Université Lyon 2, Équipe de recherche DIPHE. pamenecier@ch-macon.fr