

Alcool et Vieillesse

Introduction

Vieillir ne protège pas des effets, des risques, ni des dommages de l'alcool, quand la vieillesse est associée à une vulnérabilité accrue aux dommages et addictions alcooliques.

Avec le vieillissement des populations occidentales et des baby-boomers, l'alcool est la première substance psychoactive consommée, à des niveaux toujours croissants.

Boire de l'alcool et vieillir

Les conséquences du vieillissement augmentent la vulnérabilité à l'alcool, surtout chez les femmes, en lien avec une diminution du rapport masse maigre/masse grasse, une baisse du volume de distribution et de l'activité catabolique du foie, une augmentation de perméabilité de la barrière hématoencéphalique et de sensibilité des récepteurs cérébraux, ainsi qu'une fréquente association à des comorbidités ou polymédications.

Épidémiologie

Les troubles de l'usage d'alcool (TUAL) font partie des premiers problèmes de santé croissants chez les aînés, dépassant l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie.

L'usage d'alcool varie selon les sous-groupes d'aînés, entre 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).

L'usage à risque concerne de 10 à 20 % des aînés, avec des prises paroxystiques (*binge-drinking*) retrouvées chez plus de 15 % des hommes et 7 % des femmes après 65 ans.

La prévalence des TUAL est située autour de 10 %, variable selon les lieux d'observation : de 1 à 3 % à domicile, à 14 % aux urgences, de 20 à 40 % en Ehpad ou à l'Hôpital.

Freins à l'abord des TUAL de sujets âgés

Les TUAL d'aînés sont méconnus, sous-estimés, sous-diagnostiqués, pour être sous-traités.

Des barrières ont été identifiées à leur reconnaissance puis leur abord. Elles ont été réparties entre celles attribuées aux soignants (stéréotypes négatifs sur la vieillesse ou les addictions, manque de temps ou de connaissance...), aux patients (honte, culpabilisation, dénégation...) et aux difficultés diagnostiques (méconnaissance des signes de TUAL, perte de validité de critères diagnostics...).

Diagnostic et repérage du mésusage d'alcool de SA

Malgré ses limites dans la vieillesse, le DSM5 est la base du diagnostic. L'usage à risque est défini au-delà d'un verre (unité standard) par jour, 7 par semaines ou 3 par occasion.

Oser parler d'alcool avec des personnes âgées est une première étape : avec évaluation systématique des consommations dans toute situation de soin. La consommation déclarée ou la biologie perdent encore en sensibilité et spécificité. Seuls les questionnaires standardisés semblent dépasser les barrières énoncées : MAST-G, ARPS, CAGE/DETA ou AUDIT.

6. Conséquences des TUAL sur les sujets âgés

Les dommages dus à l'alcool apparaissent paucisymptomatiques, de présentation souvent intriquée à d'autres comorbidités, majorée par une fréquente polymédication des aînés.

Des syndromes confusionnels, malaises ou chutes sont symptomatiques d'intoxication aiguë ou de sevrage. Des troubles dépressifs peuvent apparaître sous forme de TUAL à débuts tardifs, ou consécutifs au TUAL. La consommation d'alcool est un facteur précipitant, aggravant et limitant l'accès aux soins des aînés lors de crises suicidaires.

Les effets neurocognitifs (ou cardiovasculaires) défavorables de l'alcool doivent être rappelés plutôt que de possibles effets préventifs sur la santé. Le mésusage d'alcool 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).

6. Offres et conduite de soins

L'écart entre soins requis et réalisés (*treatment gap*) est majoré, avec moins de 10 % de patients âgés avec TUAL bénéficiant de soins alors que leur pronostic est aussi bon ou meilleur que chez de plus jeunes adultes.

Comme à tous les âges, la réduction ou l'arrêt des prises d'alcool est un moyen d'amélioration de la santé, mais pas un objectif de soin. L'accompagnement psychosocial est essentiel, avec peu de programmes en groupes d'âge spécifiques.

Lorsqu'un sevrage alcoolique est retenu, un recours hospitalier a pu être recommandé. Les benzodiazépines à demi-vies courtes (oxazépam, lorazépam) sont favorisées, monitorées par une échelle (CIWA-Ar ou indice de Cushman), ainsi que la vitamine B1 (thiamine) en prévention de dommages cognitifs.

Les médicaments d'aide à l'abstinence ou réducteurs d'appétence alcoolique n'ont pas été étudiés dans la vieillesse, sauf le disulfirame qui est déconseillé ou contrindiqué. Le baclofène a des risques majorés de mauvaise tolérance. L'acamprosate est recommandé par certains auteurs, mais ce sont surtout les antagonistes des récepteurs aux opiacés qui sont priorisés dans la littérature nord-américaine : naltrexone ou nalméfène.

La prévention cible plutôt des TUAL à débuts tardifs, moins ancrés et supposés plus réactionnels à des événements environnementaux, entre facteurs de risques et facteurs de protection de TUAL de sujets âgés. Considérer déjà les consommations à risque avant les TUAL apparaît aussi essentiel.

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 relève d'échelles (MAST-G, ARPS, CAGE/DETA, AUDIT).
- Les recommandations de soin générales demeurent, avec des spécificités pharmacologiques.
- Les TUAL de sujets âgés, 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.