

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG

Personnes âgées et consommation d'alcool

Texte court

Avec l'âge, la fréquence de la consommation régulière, quotidienne, augmente. Les consommations moyennes d'alcool par individu décroissent, le nombre de non-consommateurs augmente, passant de 10 % pour la population adulte à 40 % après 65 ans, du fait de l'augmentation de la proportion de femmes, mais aussi du décès fréquent des consommateurs excessifs à l'âge adulte.

Selon le Baromètre santé 2010, le risque ponctuel, lié aux alcoolisations aiguës, est plus faible chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. En revanche, le risque chronique ou de dépendance (défini à partir de l'AUDIT-C), très majoritairement masculin, concerne également les plus âgés : 19 % parmi les 65-74 ans et 15 % parmi les 75-85 ans.

Il n'y a pas de données solides de prévalence spécifique de sujets en difficulté avec l'alcool dans la population âgée. Les rares données disponibles en France constituent malgré tout quelques repères utiles. Dans une étude, les hospitalisations motivées par des troubles liés à l'alcool concernaient 11 % des malades après 65 ans et 6 % après 75 ans. Dans les hôpitaux français, 6 à 9 % des aînés sont identifiés comme alcoolo-dépendants. Ce taux peut aller jusqu'à 14 % en services d'urgence. En établissements d'hébergement (EHPAD), les chiffres varient encore plus : de 0 à 70 % selon les études, avec une concentration des données entre 20 à 40 %. Chez les personnes âgées qui consomment de l'alcool de façon excessive, dans deux tiers des cas environ, le mésusage est ancien et s'est poursuivi. Dans un tiers des cas, ce mésusage a débuté tardivement, après 60 ans.

La consommation d'alcool dans la population âgée apparaît donc comme une réalité avec des interférences possibles et nombreuses avec l'état de santé de ces personnes. Ce texte constitue une mise au point résultant d'un travail poursuivi par des représentants de la Société française d'alcoologie (SFA) et de la Société française de gérontologie et gériatrie (SFGG). Après une délimitation du sujet, il envisage les complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé, en distinguant effets aigus et chroniques, ainsi que les liens potentiels avec les grands syndromes gériatriques, puis les moyens de repérage des consommations à risque chez les personnes âgées avec des questions autour de qui, où et quand repérer. Tout cela n'aurait pas de sens en l'absence d'une discussion sur les objectifs et les moyens d'intervention et la revue des quelques résultats disponibles.

L'essentiel

Chez les personnes âgées qui consomment de l'alcool de façon excessive, dans deux tiers des cas environ, le mésusage est ancien et s'est poursuivi. Dans un tiers des cas, ce mésusage a débuté tardivement, après 60 ans.

Les spécificités de la population des personnes âgées

La définition des personnes âgées est difficile tant cette population est hétérogène : elle constitue un continuum depuis les jeunes retraités, en bonne santé, parfaitement

autonomes, posant peu de problèmes et dont la prise en charge en cas de maladie est superposable à celle de l'adulte, jusqu'aux personnes très âgées, souvent atteintes de pathologies chroniques plus ou moins invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et d'une perte d'autonomie, polymédicamentées, nécessitant au moins ponctuellement l'aide de tiers et qui caractérisent la population âgée, fragile, au sens gériatrique du terme, avec ses problématiques spécifiques.

Ainsi, la définition des personnes âgées doit tenir compte de l'âge – et la borne de 65 ans est habituellement retenue – mais aussi des pathologies et du degré d'autonomie.

Les spécificités du risque alcool chez les plus âgés

Le vieillissement amène des modifications physiologiques, aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool. La diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse réduit le volume de diffusion de l'alcool, tout en augmentant le relargage secondaire, aboutissant à un taux d'alcoolémie maximal plus élevé pour la même quantité d'alcool ingérée et une décroissance plus lente du taux sanguin.

La polypathologie et son corollaire, la polymédication fréquente chez le sujet âgé, amplifient ces conséquences et le rendent particulièrement sensible aux effets toxiques de l'alcool, tant sur le plan somatique que psychique. Ces effets sont majorés par la coexistence de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés). Enfin, l'alcool interagit avec de nombreux médicaments confusogènes, dont les psychotropes...

Les problèmes d'application à la population âgée des recommandations en matière de consommation d'alcool

Du fait des points soulignés précédemment, de la vulnérabilité particulière des personnes âgées aux effets de l'alcool et aux situations dangereuses auxquelles elles sont confrontées, les recommandations proposées chez l'adulte doivent être révisées pour les personnes âgées. Des recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque ont été adaptées aux sujets âgés aux États-Unis : après 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour (sept par semaine) et trois verres en une seule occasion.

Les complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé

Les effets délétères de l'alcool sont assez peu documentés chez les seniors. Le diagnostic de mésusage d'alcool dans cette population est souvent méconnu, et le lien de cause à effet avec les pathologies induites n'est pas toujours établi.

Mortalité

Dans l'ensemble de la population, l'alcool est la troisième cause de mortalité et la deuxième cause de mortalité prématurée, évitable, après le tabac. Chez les personnes de 65 ans et plus, près de 30 000 décès par an seraient dus à l'alcool.

Les complications aiguës

Comparativement aux sujets plus jeunes et pour des raisons pharmacodynamiques, les sujets âgés ont un risque accru d'ivresse pour des consommations moindres. Il existe cependant de grandes disparités selon les sujets. De nombreux facteurs interviennent, notamment l'âge, l'état nutritionnel, les comorbidités, les traitements médicamenteux...

Les complications les plus fréquentes induites par des consommations excessives d'alcool sont les chutes et les complications traumatiques associées, les états confusionnels et les troubles comportementaux. Mais le lien de cause à effet n'est pas toujours évoqué du fait d'un sous-diagnostic de ces consommations quel que soit le lieu de vie. Cela est d'autant plus vrai que l'on peut attribuer la chute ou la confusion à d'autres facteurs déclenchants sur fond de pathologies favorisantes. Par ailleurs, quand on aura pensé à s'enquérir d'une éventuelle consommation d'alcool, la dose absorbée peut parfois apparaître comme modeste bien qu'interférant clairement si l'on tient compte des pathologies associées et de certains traitements, comme les benzodiazépines par exemple.

Il faut aussi souligner les risques de décès par troubles du rythme ventriculaire lors d'une consommation importante et rapide d'alcool (*binge drinking*) et les risques d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (ACFA) survenant dans le cadre de consommations chroniques excessives mais favorisées par la consommation aiguë.

Le retentissement chronique

État de santé global

Globalement, l'état de santé du sujet âgé présentant un mésusage d'alcool est peu connu, mais celui-ci semble conduire à une altération de la santé physique. Une analyse menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à partir du Baromètre santé montre que *“le score de santé physique est inférieur de sept à huit points pour les 60-75 ans qui présentent des signes de dépendance à l'alcool ou au tabac”*.

Mésusage d'alcool et grands syndromes gériatriques

Bien qu'il existe peu d'études sur le sujet, on peut clairement faire l'hypothèse d'un lien, au moins d'aggravation, entre ces syndromes et le mésusage d'alcool.

- Risque d'incapacité fonctionnelle

Une étude a montré que, comparées aux personnes consommant sept unités standard ou moins par semaine, celles consommant plus de 14 unités par semaine (hommes et femmes) avaient plus fréquemment une altération des activités instrumentales de la vie courante (IADL) et, à un degré moindre, une altération des activités de la vie courante (ADL). Les résultats étaient plus contrastés pour les consommations entre huit et 14 unités par semaine. Les consommateurs présentant des épisodes aigus (*binge drinkers*, définis comme consommant plus de trois unités par occasion pour les femmes et quatre unités pour les hommes) avaient aussi davantage d'altération des IADL, mais pas des ADL. La consommation d'alcool est donc un facteur de risque pour les activités de la vie courante les plus fines et les plus liées à l'aspect cognitif. On ne peut exclure que la consommation d'alcool, au même titre que les troubles cognitifs, joue un rôle dans l'importance des risques domestiques que les récentes études ont montré comme importants et augmentés dans la population âgée.

- Les chutes

Elles sont fréquentes chez le sujet âgé fragile. Le mésusage d'alcool, qu'il soit aigu ou chronique, en constitue un facteur de risque, à domicile ou en institution, bien qu'il ne soit pas toujours diagnostiqué. Très peu de travaux précisent la quantité d'alcool à partir de laquelle ce risque existe, mais dont on peut prédire qu'elle est vraisemblablement très individuelle.

- Les troubles cognitifs et les syndromes démentiels

Un effet protecteur d'une consommation modérée d'alcool sur l'incidence des démences, toutes étiologies confondues,

a été décrit. La consommation excessive d'alcool peut induire des troubles cognitifs plus ou moins marqués ou aggraver des troubles d'autre origine, notamment dégénérative ou vasculaire, du fait de sa toxicité sur le cerveau, par les carences nutritionnelles et vitaminiques qu'elle induit.

On ne dispose pas de données spécifiques sur les troubles cognitifs d'origine alcoolique chez les personnes âgées. Les complications classiques, sévères, tels les syndromes de Gayet-Wernicke ou de Korsakoff sont relativement rares avec des profils d'atteinte mnésique pouvant mimer une maladie d'Alzheimer, ce qui peut réduire l'identification d'un trouble lié à l'alcool et majorer le risque d'erreur diagnostique. Les troubles cognitifs moins sévères mais ayant cependant un retentissement dans la vie courante concerneraient 50 à 80 % des patients alcoolodépendants adultes. Ils portent essentiellement sur les fonctions exécutives, mais aussi sur la mémoire et les fonctions visuo-spatiales, et sont corrélés à la durée de consommation et à la quantité consommée. Le caractère potentiellement réversible de ces déficits justifie leur repérage et leur prise en soin.

La démence alcoolique s'exprime cliniquement par un tableau de démence sous-corticale avec des atteintes prédominantes sur les fonctions exécutives. Là encore, son caractère partiellement améliorable implique un repérage de la consommation d'alcool afin de proposer une prise en soins adaptée.

- Les syndromes confusionnels

La consommation d'alcool est un facteur favorisant ou précipitant des syndromes confusionnels chez le sujet âgé dans différentes circonstances :

- au cours d'une consommation aiguë (ivresse) ;
- au cours d'une consommation chronique excessive ;
- au cours d'un sevrage : ce diagnostic est souvent non reconnu chez le sujet âgé, y compris lors d'une hospitalisation, et le tableau confusionnel attribué à d'autres hypothèses étiologiques qu'à l'alcool. Le tableau peut s'avérer atypique. Une spécificité gériatrique est la survenue possible d'un état confusionnel, voire d'un delirium tremens plus tardivement que chez l'adulte, plusieurs jours (jusqu'à dix jours) après l'arrêt de la consommation. Là encore, seule la reconnaissance du diagnostic permet de proposer une thérapeutique adaptée.

- Les pathologies psychiatriques

Comme chez l'adulte, les études chez les personnes âgées montrent une association fréquente entre mésusage d'alcool et troubles psychiques (anxiété, dépression, suicide).

Ces personnes ont plus de trois fois plus de risques de présenter une dépression majeure. Elles se négligent plus fréquemment que celles qui n'ont pas de mésusage d'alcool, ont un degré plus élevé d'anxiété, de dysfonctionnement psychosocial. Elles ont également plus de problèmes de santé physique et mentale et sont moins susceptibles d'avoir un réseau social de soutien satisfaisant. Le risque de dépression est plus élevé chez les femmes, en particulier non mariées, ayant une alcoolisation ancienne, des problèmes de santé et conjugaux, confrontées à des événements de vie et utilisant des stratégies d'évitement lorsqu'elles y sont confrontées.

À l'inverse, la dépression joue un rôle central dans le développement d'une alcoolisation chronique chez les personnes âgées. Les nombreuses pertes ou transitions associées au vieillissement, les événements de vie négatifs, un soutien environnemental faible sont de nature à créer l'ennui, la solitude, un sentiment d'inutilité. Ces formes de dépression à début tardif sont plus réactionnelles au mode de vie et aux événements de vie. Le recours tardif à l'alcool survient donc souvent dans un contexte de vie marqué par des traumatismes affectifs dont les conséquences sont aussi des facteurs de risque de comportement suicidaire. Les personnes âgées consommatrices excessives d'alcool auraient neuf à dix fois plus de risque de décéder par suicide par rapport aux personnes de même âge mais abstinentes. Les hommes âgés qui ont développé un mésusage d'alcool suite au décès de leur conjointe seraient particulièrement touchés.

La gravité de ces complications justifie donc un repérage précoce et une prise en charge rapide de ces patients. Enfin, l'alcoolisation aiguë, du fait de son effet désinhibiteur, favorise le passage à l'acte suicidaire.

- Les états de dénutrition

La dénutrition du sujet âgé doit être systématiquement dépistée. La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque de dénutrition, du fait de la gravité des complications somatiques, parce que la consommation d'alcool peut remplacer l'alimentation habituelle, ou encore du fait des problèmes économiques engendrés par l'achat des boissons alcoolisées. Elle entraîne une dénutrition protéino-énergétique et des carences en micronutriments : vitamines B1, B6, B9, C, D, E, magnésium, zinc, sélénium...

Les conséquences psychosociales

Sur le plan social, le mésusage d'alcool est souvent à l'origine d'un état d'adynamisme, de laisser-aller et d'aboulie

avec isolement. Cette désocialisation s'installe insidieusement. Elle peut-être aggravée par un sentiment de honte fréquent chez les femmes. Les complications somatiques favorisent la perte d'autonomie physique et psychique et contribuent au risque de désocialisation et de rupture du maintien à domicile.

Sur le plan familial, la consommation excessive d'alcool génère des conflits conjugaux et/ou familiaux majeurs. Les risques de maltraitance sont importants, physiques et/ou financiers, en particulier du fait d'un entourage épuisé. À l'inverse, la maltraitance du patient envers son entourage est favorisée par la consommation excessive aiguë.

Sur le plan institutionnel, le mésusage de l'alcool reste encore un sujet tabou, trop souvent sans réponse appropriée.

Alcool et médicaments

Il s'agit d'un enjeu essentiel compte tenu de l'importance des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées et du nombre d'interactions potentielles. Ces interactions concernent de nombreuses classes médicamenteuses, en particulier les psychotropes. Le risque essentiel est une potentialisation de leurs effets sédatifs par l'alcool (sédation, confusion...). Certains articles soulignent les risques d'inobservance médicamenteuse liée au mésusage d'alcool, voire d'automédication par les benzodiazépines. Une attention particulière doit également être apportée à l'usage d'alcool comme antalgique et à son association avec les antalgiques prescrits.

L'information des sujets sur les risques d'une consommation d'alcool lors de la délivrance du médicament apparaît nécessaire et implique la participation active des pharmaciens et des autres acteurs de santé. La recherche d'une interaction possible est aussi une façon d'aborder la consommation d'alcool.

Les autres complications

Alcool et foie

Les femmes âgées sont plus sensibles aux complications hépatiques de l'alcool. Mais la cirrhose du foie est peu fréquente chez les seniors. Quand elle survient, le pronostic est plus défavorable en termes de complications et de mortalité. La moitié des patients décèderaient dans l'année suivant le diagnostic de cirrhose.

Alcool et appareil cardiovasculaire

La consommation d'alcool peut induire des troubles cardiovasculaires et/ou aggraver des pathologies préexistantes, fréquentes en gériatrie : hypertension artérielle (HTA), cardiomyopathies dilatées, troubles du rythme, notamment les fibrillations atriales. L'arrêt de l'alcool est de nature à améliorer ces troubles.

Le sevrage d'alcool peut aussi induire transitoirement des complications cardiaques du fait de l'activation du système sympathique qu'il entraîne : accès hypertensifs, troubles du rythme cardiaque, notamment supraventriculaires (ACFA, flutter).

Ces complications méritent d'être soulignées d'autant plus qu'il existe beaucoup de publications sur le caractère protecteur d'une faible consommation régulière d'alcool sur le risque coronarien, qui pourraient faire oublier le caractère nocif de l'excès d'alcool, responsable de plus de 10 000 décès par an par maladies cardiovasculaires chez les plus de 65 ans.

Alcool et cancer

L'augmentation du taux d'incidence des cancers est corrélée à la durée d'exposition aux carcinogènes, et l'âge en est donc le principal facteur de risque. L'alcool est aussi un facteur de risque très important, responsable de plus de 9 000 décès annuels par cancers chez les 65 ans et plus.

La relation est bien établie pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage (globalement, pour les cancers des VADS, l'OR varie de 2,1 à 107 en population générale selon l'importance de la consommation et l'association ou non au tabac), du colon-rectum (OR = 2,1 à 8,6) et à un degré moindre du sein (OR = 1,2). Le cancer du foie est associé à la cirrhose (OR = 1,2 à 7,3). La corrélation entre la quantité d'alcool consommée et le risque de survenue des cancers est plus ou moins marquée selon les localisations.

Troubles neurologiques

Les accidents vasculaires cérébraux : la consommation excessive d'alcool est un facteur de risque "modifiable" des AVC, en particulier hémorragiques, du fait de son effet hypertenseur et sur la coagulation.

Le syndrome cérébelleux et les neuropathies alcooliques sont potentiellement responsables de chutes à répétition. Ces troubles sont importants à relier à la consommation d'alcool puisque potentiellement réversibles à l'arrêt.

L'essentiel

Les complications les plus fréquentes induites par les consommations aiguës d'alcool sont les chutes et les complications traumatiques associées, les états confusionnels et les troubles comportementaux.

Les conséquences de l'alcoolisation chronique des personnes âgées présentent des spécificités : une sévérité de la dépendance à l'alcool moindre, des troubles psychiatriques associés moins fréquents, mais des atteintes somatiques plus nombreuses et plus sévères.

Une consommation de plus de 14 unités par semaine (hommes et femmes) est susceptible d'altérer les activités instrumentales de la vie courante (IADL) et, à un degré moindre, les activités de la vie courante (ADL).

Bien qu'il existe peu d'études sur le sujet, on peut clairement faire l'hypothèse d'un lien, au moins d'aggravation, entre le mésusage d'alcool et les grands syndromes gériatriques : chutes, démences, confusion, troubles anxiodépressifs, dénutrition, troubles psychosociaux, polypathologie et polymédication.

Comme chez l'adulte, les études chez les personnes âgées montrent une association fréquente entre mésusage d'alcool et troubles psychiques (anxiété, dépression, suicide) : les personnes âgées consommatrices excessives d'alcool auraient neuf à dix fois plus de risque de décéder par suicide par rapport aux personnes de même âge mais abstinentes.

Le mésusage d'alcool est un facteur de risque important de nombreuses pathologies neurologiques, du fait de sa toxicité sur le cerveau, par les carences nutritionnelles et vitaminiques ou par les troubles de la coagulation induits.

Quels sont les moyens pertinents de repérage des consommations d'alcool à risque chez les personnes âgées ?

Les enjeux

Les sujets âgés, comme les soignants qu'ils rencontrent, perçoivent peu leur usage d'alcool comme problématique. Dans cette population, les bénéfiques sont davantage en termes de qualité de vie et de maintien à domicile que de mortalité. D'après les chiffres de l'INSEE en 2006, l'espérance de vie en France est respectivement chez les femmes et chez les hommes de 22,4 et 17,9 ans à 65 ans, de 13,9 et 11 ans à 75 ans et de 10,3 et 8,1 ans à 80 ans.

Le bénéfice attendu d'une amélioration de la qualité de vie à ces âges est donc certain, surtout si on prend en compte l'espérance de vie en bonne santé (respectivement de 9,9 et 9,4 années pour les femmes et les hommes âgés de 65 ans). La question du rapport coût/efficacité d'une telle stratégie est aussi au cœur des débats.

Que repérer ?

Soulignons d'abord que l'utilisation chez les personnes âgées des critères standard de mésusage et de dépendance utilisés chez l'adulte (DSM-IV, CIM-10) sont parfois difficiles à appliquer dans cette population (conduite motorisée, problèmes au travail, avec la loi, avec le conjoint...). La dépendance alcoolique, mode minoritaire de mésusage dans cette classe d'âge, se présente souvent sous forme de tableaux mal connus.

Concernant le mésusage sans dépendance, les questions soulevées sont celles des critères de quantité/fréquence difficiles à prendre en compte chez les sujets âgés du fait de leur moindre tolérance physiologique, de la coexistence de maladies chroniques, de prises médicamenteuses, de troubles fonctionnels. Ces facteurs spécifiques à l'âge conduisent à redéfinir les critères de consommation à risque et de mésusage chez les 65 ans et plus.

Même si ce n'est pas le mode d'alcoolisation le plus habituel dans cette tranche d'âge, le *binge drinking* (consommations massives d'alcool en un temps court à visée de "défonce") ne doit pas être sous-estimé chez les plus âgés. Dans une population nord-américaine de plus de 4 000 sujets de 65 ans et plus, 14 % d'hommes et 3 % de femmes rapportent au moins un épisode de *binge drinking* dans le dernier mois. Nous ne disposons d'aucun chiffre sur ce mode d'alcoolisation dans la population française dont on peut supposer qu'elle est moins fréquente. Il faut néanmoins y penser.

Où repérer et qui repère ?

Les soins primaires sont le lieu logique du repérage. La diffusion auprès des médecins généralistes des méthodes de repérage précoce et d'intervention brève du risque alcool chez les personnes âgées est un enjeu important. Aux urgences, la place des équipes d'addictologie et de gériatrie de liaison doit être renforcée. En milieu gériatrique, l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), qui intègre des outils standardisés et validés et permet de repérer les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux

et environnementaux pouvant affecter la santé du sujet âgé, pourrait être un moment privilégié de ce repérage. Certaines équipes françaises ont pris le parti d'intégrer des questions sur la consommation d'alcool dans leur EGS. D'autres lieux peuvent être l'occasion du repérage : les foyers-logements, le domicile, les EHPAD, voire les pharmacies du fait de la consommation médicamenteuse importante des personnes âgées.

Ce repérage systématique ou opportuniste passe par une sensibilisation des acteurs de soins primaires en contact régulier ou ponctuel avec les sujets âgés et plus largement des personnes qui ont une responsabilité auprès des personnes âgées. Elle implique une modification de leurs représentations (penser risque plutôt que dépendance, modification du mode de consommation plutôt qu'abstinence, qualité des années de vie restantes plutôt que "dernier plaisir à ne pas supprimer") et une formation aux signes non spécifiques possiblement attribuables à l'alcool, à la notion de risque et aux outils du repérage.

Comment repérer ?

Le repérage systématique a probablement un faible rapport coût/efficacité compte tenu du nombre limité de sujets concernés dans cette classe d'âge. Un repérage ciblé peut être proposé :

- auprès de populations considérées comme "à haut risque" après avoir identifié des facteurs prédictifs de mésusage (être un homme, fumeur, ayant des difficultés sociales) ;
- face à des symptômes non spécifiques fréquemment rencontrés à domicile ou en consultation, qui devraient être l'occasion de s'interroger sur le rôle de l'alcool en tant que facteur causal ou d'aggravation des troubles ou secondaire à ceux-ci. On retrouve la plupart des syndromes gériatriques : troubles du sommeil, chutes, dénutrition, symptomatologie anxieuse et dépressive, plaintes et troubles cognitifs... Un mésusage d'alcool est fréquent chez les patients âgés douloureux chroniques, notamment chez ceux ayant des antécédents de consommation excessive.

Comme chez les adultes plus jeunes, la clinique et la biologie (volume globulaire moyen – VGM, gamma-glutamyl-transférase – GGT, carboxy-déficente transferrine – CDT) sont trop peu sensibles pour un repérage précoce en soins primaires.

Il reste difficile pour les médecins de parler d'alcool : ils craignent de "froisser" leurs patients en abordant cette question et doutent de leur légitimité.

En l'absence de troubles cognitifs, la consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée en entretien est, comme chez l'adulte, le moyen le plus simple et le plus direct d'évaluation du risque. La fiabilité de la réponse est fortement corrélée à la formulation de la question, non jugeante et ouverte, de type "qu'est ce que vous pouvez me dire de votre consommation de boissons alcoolisées, vin et bière compris ?" ou "que consommez-vous comme boissons lors d'une journée ordinaire ?".

En pratique addictologique courante, les tiers ne sont pas sollicités pour décrire la consommation du patient, au risque de perturber l'alliance thérapeutique. Dans certains cas de troubles cognitivo-comportementaux du sujet âgé, l'information apportée par un proche peut contribuer à éclairer une symptomatologie peu spécifique.

Les questionnaires permettent de s'affranchir au mieux de la subjectivité et du jugement qui s'attachent à ce sujet. Ils sont unanimement recommandés. En soins primaires, les questionnaires papiers sont aussi bien acceptés chez les plus âgés que dans la population d'adultes plus jeunes. Peu d'entre eux ont été validés chez les personnes âgées.

L'*Alcohol-Related Problems Survey* (ARPS), sa version courte (shARPS) et informatisée (CARPS), définit des niveaux de risque chez la personne âgée prenant en compte la spécificité de sa situation : maladies, traitements, statut fonctionnel, consommation. Intéressant compte tenu de sa sensibilité et de sa spécificité, sa complexité d'utilisation – la cotation du score ne pouvant se faire que par l'analyse informatisée des réponses – le réserve pour le moment à la recherche.

L'*Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT), notamment ses versions courtes (AUDIT-C et AUDIT-5), est indiqué dans toutes les situations où l'utilisation d'un autoquestionnaire est réaliste. Le questionnaire *Fast Alcohol Consumption Evaluation* (FACE) n'a pas été testé spécifiquement chez les plus de 65 ans. Il n'y a pas d'argument pour interrompre son utilisation au-delà de cet âge. Enfin, le CAGE (Diminuer Entourage Trop Alcool – DETA) repère l'abus et la dépendance sur la vie entière et, de ce fait, a peu de légitimité dans une stratégie de repérage de la consommation à risque. Pour ces trois questionnaires, les valeurs seuil (*cut-off*) retenues pour la population adulte ne sont vraisemblablement pas adaptées aux plus âgés et devraient être abaissées, mais aucune étude à ce jour ne propose de seuils validés.

L'essentiel

La diffusion auprès des médecins généralistes des méthodes de repérage précoce et d'intervention brève du risque alcool chez les personnes âgées est un enjeu important.

Une sensibilisation des intervenants auprès des personnes âgées à la question du risque alcool implique une modification de leurs représentations (penser risque plutôt que dépendance, modification du mode de consommation plutôt qu'abstinence, qualité des années de vie restantes plutôt que "dernier plaisir à ne pas supprimer").

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pourrait être un moment privilégié du repérage des consommations d'alcool à risque des personnes âgées.

Un repérage ciblé est le plus "rentable" :

- auprès de populations considérées comme "à haut risque" (homme, fumeur, ayant des difficultés sociales) ;

- devant la plupart des syndromes gériatriques : troubles du sommeil, chutes, dénutrition, symptomatologie anxieuse et dépressive, plaintes et troubles cognitifs...

La consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée en entretien est, comme chez l'adulte, le moyen le plus simple et le plus direct d'évaluation du risque.

Quels sont, chez les personnes âgées, les objectifs et les moyens pertinents d'intervention ?

Les objectifs d'intervention chez les personnes âgées

Ils doivent être précisés pour chaque patient car ce sont eux qui permettent de définir la stratégie thérapeutique la mieux adaptée pour les atteindre.

Chez les patients non dépendants, l'objectif thérapeutique principal est de ramener leur consommation en dessous des seuils de risque considérés comme acceptables en France, de façon à faire disparaître ou régresser les risques et les dommages liés à leur consommation d'alcool. Pour les raisons déjà évoquées, la sensibilité physiologique accrue à l'alcool des personnes âgées et, bien sûr, les pathologies et les médicaments doivent être pris en compte. De ce fait, les seuils d'intervention doivent être abaissés chez la personne âgée par rapport à ceux préconisés chez

l'adulte. Comme les recommandations américaines, le groupe de travail propose sept verres ou moins par semaine (pas plus d'un verre par jour pour les consommateurs quotidiens) et trois verres par occasion.

Chez les patients dépendants, l'abstinence reste sans doute l'objectif à encourager et à atteindre prioritairement chaque fois que possible et lorsqu'il est accepté par le patient. Il semble cependant parfois difficile à négocier. Dans ce cas, une réduction de consommation et donc des dommages paraît un objectif réaliste.

Les moyens pertinents d'intervention chez les personnes âgées

Les patients non dépendants

L'efficacité d'une intervention brève, protocolisée et adaptée au sujet âgé a été montrée sur la réduction de consommation hebdomadaire d'alcool, le nombre d'épisodes aigus, le pourcentage de patients ayant une consommation excessive. En revanche, l'impact économique n'a pu être démontré.

Plusieurs études ont montré l'intérêt de développer des techniques spécifiquement orientées vers les personnes âgées. Le fait de leur fournir, notamment grâce à un recueil informatisé de données, un retour sur les caractéristiques de leur consommation, associé à une éducation thérapeutique, permet de réduire davantage leur consommation que la prise en charge usuelle. Dans une étude, une intervention sous forme de soins gradués en trois étapes (des conseils de changement de comportement jusqu'à l'orientation vers des services spécialisés) n'a pas montré de supériorité sur la consommation d'alcool par rapport à une intervention minimale.

Les personnes âgées acceptent plus facilement un traitement collaboratif pour des troubles psychiques ou addictifs lorsqu'il est proposé dans le cadre de soins primaires plutôt qu'en établissement psychiatrique ou addictologique. Les principaux facteurs prédictifs d'initiation d'un traitement et de compliance à celui-ci sont l'âge, l'état psychique et les caractéristiques de la consommation à risque.

Ainsi, l'intervention brève ou de durée moyenne en soins primaires a un bon rapport coût/efficacité pour diminuer la consommation d'alcool des personnes âgées non dépendantes. Il faut cependant souligner l'hétérogénéité de la notion d'intervention en fonction des études qui utilisent des approches variées, plus ou moins longues et élaborées.

Les patients dépendants

- Le sevrage des personnes âgées de plus de 65 ans

Les indications de sevrage hospitalier : au-delà de 75-80 ans, compte tenu de la fragilité de ces personnes très âgées, de la fréquence des pathologies associées, du risque de syndrome de sevrage prolongé et plus sévère, il semble raisonnable de réaliser les sevrages en hospitalisation pour contrôler ou prévenir plus facilement les complications graves : delirium tremens, convulsions, chutes, hématomes intra-cérébraux. De plus, la qualité de l'hydratation et de l'équilibre hydro-électrolytique, chez ces personnes en équilibre précaire sur ce point, présentant souvent des problèmes cardiovasculaires, est essentielle. Chez les patients plus jeunes, les indications de sevrage hospitalier sont posées comme chez les adultes. Elles reposent d'abord sur les critères de fragilité, le risque de complications de sevrage et l'environnement des patients.

Les spécificités du sevrage chez la personne âgée : la survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée par rapport aux plus jeunes. Du fait des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques dans cette population, il faut être particulièrement attentif à la prescription de benzodiazépines (plus grande sensibilité). Elles restent le traitement de choix, mais contrairement à l'adulte, il est recommandé de privilégier des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...) de façon à éviter le risque d'accumulation. Les doses initiales doivent être diminuées de 30 à 50 %. Les doses d'entretien sont adaptées sur la clinique. Il faut penser à la prescription de vitamine B1.

En dehors de ces spécificités, le sevrage d'alcool chez une personne âgée est basé sur les mêmes règles que chez l'adulte. Deux situations peuvent être rencontrées :

- lorsque le sevrage est programmé, la situation est relativement simple et l'enjeu est d'en prévenir les complications ;

- c'est souvent dans les situations aiguës (accident, traumatisme, pathologie infectieuse intercurrente...) que surviennent les complications d'un sevrage non anticipé et auquel on ne pense pas nécessairement. Il faut donc, dans ces situations, penser au risque de survenue d'un syndrome de sevrage d'alcool, le rechercher et le traiter, alors même que les symptômes peuvent parfois être trompeurs et rapportés à une autre cause. À l'inverse, attention de ne pas attribuer systématiquement au sevrage toute la symptomatologie observée.

La surveillance clinique et l'adaptation des posologies de benzodiazépines peuvent s'appuyer sur des échelles,

l'index de Cushman par exemple, bien qu'il n'ait pas fait l'objet d'études spécifiques chez les personnes âgées.

- L'accompagnement psychosocial

Les personnes âgées présentent des spécificités : une sévérité de la dépendance à l'alcool moindre, des troubles psychiatriques associés moins fréquents, mais des atteintes somatiques plus nombreuses et plus sévères. Une évaluation globale soigneuse de la situation de chaque personne, notamment des comorbidités somatiques, psychiatriques telles que dépression et troubles anxieux et de l'environnement, doit être réalisée.

En l'absence de données spécifiques, le traitement de l'alcool-dépendance dans cette population repose d'abord sur les stratégies thérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité chez l'adulte : suivi prolongé, psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), relaxation, thérapies de groupe non confrontantes, thérapies familiales et systémiques... Les mouvements d'entraide peuvent aussi être particulièrement intéressants grâce au support social qu'ils impliquent. Un travail sur l'estime de soi et les relations avec les pairs, les TCC (orientées vers l'acquisition de compétences vis-à-vis de la pression sociale, de la solitude, des sentiments de dépression, de l'anxiété et de la tension, des envies, des rechutes...) et une approche d'autogestion améliorent très significativement le taux d'abstinence des patients à six mois.

Cependant, les problèmes spécifiques posés par ces personnes, en particulier très âgées, nécessitent souvent une approche multidisciplinaire, médico-sociale, intégrant des soins psychogériatriques.

La prise en charge sociale et environnementale visant à lutter contre l'isolement est particulièrement importante dans la mesure où celui-ci est souvent considéré comme une cause majeure d'alcoolisation des personnes âgées. Pour les patients vivant à domicile, le portage des repas, l'aide-ménagère, le passage d'une infirmière peuvent être des aides au maintien de l'abstinence. Ceci permet aussi d'alerter les services médicaux et sociaux en cas de difficulté. Pour les patients vivant en institution, l'amélioration du cadre de vie, l'intervention d'associations, la rupture de l'isolement sont aussi d'une grande aide.

Alors qu'elles présentent des taux d'abstinence comparables aux plus jeunes au cours du mois qui suit un traitement en hospitalisation, les personnes âgées s'engagent moins dans les soins ambulatoires que les plus jeunes.

Elles peuvent considérer que leur addiction n'est pas suffisamment sévère pour justifier un tel suivi. Celui-ci peut aussi être limité par d'autres facteurs propres à chaque patient. En revanche, la personne âgée qui débute un traitement semble le terminer plus fréquemment que le sujet jeune.

Ainsi, le pronostic est meilleur si le cadre de soins est adapté à l'âge, aussi bien pour les soins hospitaliers qu'ambulatoires (groupes thérapeutiques d'âge homogène), et personnalisé pour tenir compte des spécificités de chaque patient : médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Il est important d'avoir une équipe intéressée à travailler avec la personne âgée et en réseau avec les différents services participant aux soins. Il faut proposer des programmes thérapeutiques adaptés en termes de contenu, de respect de la vie privée, de rythme et être attentif aux facteurs de stress tels que retraite, isolement, perte (décès du conjoint, maladie...). Travailler au maintien du tissu social autour du patient est essentiel. Il est nécessaire d'adapter le suivi aux problèmes financiers, aux pathologies et handicaps (distance du logement, fréquence des consultations...) pour favoriser la compliance au traitement. Des alternatives au suivi traditionnel pourraient être envisagées : contact téléphonique, Internet..., bien que l'on ne dispose pas d'études sur leur apport réel.

- Les médicaments

Le disulfirame (Espéral®) : dans une étude, il semble plus efficace chez les personnes âgées socialement stabilisées que chez les patients plus jeunes. Cependant, il présente de nombreuses contre-indications somatiques. Il est particulièrement à risque de provoquer des complications neurologiques (confusion) et cardiovasculaires dans cette population.

les médicaments réducteurs de l'appétence à l'alcool (acamprosate – Aotal® et naltrexone – Revia®) : il n'y a pas d'arguments pharmacologiques permettant de penser qu'ils soient moins efficaces que chez l'adulte. La naltrexone s'est montrée efficace et bien tolérée chez les sujets de moins de 70 ans. L'acamprosate n'a pas été étudié spécifiquement chez le sujet âgé.

Le nalméfène, qui dispose depuis 2013 d'une AMM européenne mais n'est pas commercialisé en France au moment de la rédaction de ce document, et le baclofène n'ont pas non plus été évalués chez les personnes âgées. L'effet sédatif et myorelaxant du baclofène doit être particulièrement considéré chez ces patients.

Les résultats des interventions chez les personnes âgées

Les rares études ayant comparé l'efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'addiction chez les sujets âgés semblent suggérer que ceux-ci, qu'ils soient ou non dépendants, bénéficient autant que les patients plus jeunes d'un traitement spécialisé. L'intervention brève réduit la consommation hebdomadaire d'environ un tiers, les épisodes aigus de 45 à 75 %, le pourcentage de patients âgés ayant une consommation excessive de 20 à 60 % selon les critères retenus. Globalement, les patients âgés ont même des résultats à long terme meilleurs sur l'abstinence d'alcool que les plus jeunes. De ce fait, il est dommage que leurs problèmes d'alcoolisation soient très sous-diagnostiqués et sous-traités.

Les facteurs de bons résultats qui ressortent des différentes études seraient :

- le genre féminin ;
- une conduite d'alcoolisation peu sévère et relativement récente ;
- une forte motivation ;
- des complications de cette alcoolisation peu sévères et récentes, même si l'existence de complications somatiques, notamment chez les femmes, pourrait augmenter la motivation ;
- la durée et la bonne observance du traitement, probablement reliée aussi à la motivation ;
- un soutien de l'entourage et l'absence d'incitation à consommer.

L'essentiel

L'efficacité d'une intervention brève, protocolisée et adaptée au sujet âgé, a été montrée sur la réduction de consommation.

L'intervention brève ou de durée moyenne en soins primaires a un bon rapport coût/efficacité pour diminuer la consommation d'alcool des personnes âgées non dépendantes.

Chez les personnes âgées alcoolo-dépendantes, l'abstinence reste l'objectif à privilégier. Lorsqu'il n'est pas accepté, une réduction de consommation et donc des dommages paraît un objectif réaliste.

La survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée par rapport aux plus jeunes. Contrairement à l'adulte, il est recommandé de privilégier des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...) de façon à éviter le risque d'accumulation.

Comme chez l'adulte, l'accompagnement psychosocial est un temps essentiel du traitement. Il doit proposer

des programmes adaptés aux spécificités des sujets âgés.

La prise en charge sociale et environnementale visant à lutter contre l'isolement est particulièrement importante dans la mesure où celui-ci est souvent considéré comme une cause majeure d'alcoolisation des personnes âgées.

Les rares études ayant comparé l'efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'addiction chez les sujets âgés semblent suggérer que ceux-ci, qu'ils soient ou non dépendants, bénéficient autant que les patients plus jeunes d'un traitement spécialisé.

Globalement, les patients âgés ont même des résultats à long terme meilleurs sur l'abstinence d'alcool que les plus jeunes. De ce fait, il est dommage que leurs problèmes d'alcoolisation soient très sous-diagnostiqués et sous-traités.

Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées pour les personnes âgées ?

Prévenir les risques et les dommages liés à l'alcool chez les personnes âgées est un objectif en émergence

La place de la prévention des addictions dans la promotion de la santé des personnes âgées est très faible. Si beaucoup de plans de santé publique et de programmes de prévention concernant les addictions ont été mis en place depuis près de 30 ans, jusqu'à récemment, les personnes âgées ne figuraient pas parmi les groupes prioritaires et aucune intervention ne ciblait spécifiquement cette population. Seul le Plan gouvernemental 2008-2011 prévoyait des mesures spécifiques de recherche et d'observation pour la consommation de médicaments psychotropes et d'alcool chez les seniors.

En parallèle, la France a développé et mis en place plusieurs plans et programmes visant à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ou à favoriser le bien vieillir des personnes dès 55 ans. Les interventions ciblant les habitudes tabagiques et la consommation d'alcool des personnes âgées ne figurent pas non plus dans ces programmes ni dans les messages de prévention en direction de cette population, qu'il s'agisse du Plan national "Bien vieillir", du Programme national nutrition santé (PNNS), sauf indirectement par le biais des risques de dénutrition,

ou encore des Plans de lutte contre la douleur, psychiatrie et santé mentale, actions sur le sommeil, lutte pour améliorer la qualité de vie des malades chroniques. Seul l'INPES réalise depuis une dizaine d'années des actions en direction des personnes âgées, principalement autour de thèmes comme les "accidents de la vie courante ou la prévention des chutes".

De plus, les messages de prévention relatifs à la consommation d'alcool durant la vieillesse sont plus controversés, en raison notamment de l'association bénéfique entre une consommation faible d'alcool et une bonne santé cardiovasculaire ou cognitive. Ces travaux, largement diffusés dans la population, y trouvent un écho favorable. Mais il existe un consensus international pour ne pas recommander la consommation d'alcool chez les personnes âgées malgré les bénéfices potentiels d'une consommation modérée sur la santé cardiovasculaire ou cognitive.

Des approches d'éducation pour la santé du patient âgé ont bien été expérimentées, mais les résultats confirment les difficultés, pointées dans la littérature internationale, à mettre en place de telles actions selon une approche globale. Ces expérimentations soulignent ainsi la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé sur ce point.

Certains pays (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Italie notamment) ont proposé des recommandations spécifiques de consommation d'alcool pour les personnes âgées qui se fondent notamment sur leur plus grande vulnérabilité aux effets de l'alcool et sur la présence de situations dangereuses (médicaments notamment).

Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et surtout l'American Geriatrics Society (AGS) ont établi des recommandations quant au traitement des problèmes relatifs à l'alcool (cf. ci-dessus). En ce qui concerne la prévention primaire auprès des sujets âgés, leur stratégie est de prévenir tous les consommateurs des risques d'une consommation excessive, d'être attentif à un double diagnostic (dépression/consommation d'alcool) et d'impliquer la famille et l'entourage.

Depuis quelques années, des tentatives ont été faites pour promouvoir et développer des approches préventives visant l'alcoolisation dite "tardive", notamment pour repérer et agir précocement sur les facteurs pouvant inciter les personnes vieillissantes à initier ou à augmenter leur consommation d'alcool : les événements de vie (retraite, deuil, déménagement, entrée en institution médicalisée),

l'isolement, la dépression figurent parmi ces facteurs de risque.

Outre la question des représentations sociales, un rapport de Santé Canada montre qu'il existe différents obstacles à la prévention des risques liés à l'alcool, qu'il s'agisse d'obstacles personnels, interpersonnels, "communautaires" ou culturels, ou encore liés à l'intervention ou aux programmes disponibles. Pour lever certains de ces obstacles, il est proposé :

- de sensibiliser les personnes âgées, leur entourage, les professionnels concernés et même le grand public aux problèmes relatifs aux addictions durant la vieillesse ;
- de fournir une palette d'interventions tant individuelles et personnalisées que collectives, si possibles adaptées pour des publics âgés et pour des populations présentant des déficits cognitifs, sensoriels ou des incapacités de mobilité ;
- de prévoir des moyens de transports dans les régions isolées ;
- d'élargir les objectifs de la prise en charge qui devraient, dans la mesure du possible, viser l'amélioration de la qualité de vie plus que l'abstinence.

L'efficacité de la prévention primaire des risques liés à l'alcool chez les personnes âgées

Les études portent majoritairement sur des actions de prévention secondaire, c'est-à-dire des interventions brèves chez des consommateurs à risque, et concluent à une relative efficacité de cette stratégie en termes de prévention. Ces études sont souvent critiquables d'un point de vue méthodologique. En revanche, aucun programme d'éducation pour la santé n'a bénéficié d'une évaluation digne de ce nom et n'a fait la preuve de son efficacité.

Les efforts de prévention primaire sont à développer et à encourager dans ce domaine, mais le poids des représentations sociales est extrêmement fort et limitant. Il est important d'améliorer l'appréhension des comportements, attitudes et connaissances des publics visés à l'égard de l'alcool, de développer et d'évaluer les programmes de prévention primaire adaptés à ces publics. Une attention particulière devrait être apportée à la prévention de l'alcoolisation tardive qui passe par l'identification précise des facteurs de risque et par l'expérimentation de stratégies de prévention.

Dans certains référentiels de bonnes pratiques, comme celui sur les chutes, il convient de recommander d'explo-

rer la consommation d'alcool de façon systématique chez toute personne à risque. Cette démarche vise à sensibiliser les professionnels de santé et du secteur médico-social à la question de l'alcool qui devrait être incluse dans des programmes généraux de promotion de la santé.

Enfin, la prévention passe certes par la responsabilisation des consommateurs, mais elle sera d'autant plus efficace si :

- ces consommateurs reçoivent une information claire, précise et si possible personnalisée sur les risques et les moyens de les éviter, sur les seuils de consommation, sur les aides disponibles ;
- les professionnels de santé et l'ensemble des professionnels en contact avec les publics âgés sont formés au repérage et à la prise en charge des problèmes liés à la consommation de substances addictives (actions de formation et de sensibilisation) ;
- des structures de prévention et de prise en charge existent sur le territoire ;
- la société est majoritairement convaincue du bienfait et de la légitimité de la prévention des problèmes liés à la consommation des substances addictives chez les personnes âgées, valorise les actions de prévention et ne banalise pas l'usage de ces produits. ■

L'essentiel

Si beaucoup de plans de santé publique et de programmes de prévention concernant les addictions ont été mis en place depuis près de 30 ans, jusqu'à récemment, les personnes âgées ne figuraient pas parmi les groupes prioritaires et aucune intervention ne ciblait spécifiquement cette population.

Les efforts de prévention primaire sont à développer et à encourager dans ce domaine, mais le poids des représentations sociales est extrêmement fort et limitant.

Le groupe de travail demande d'améliorer l'appréhension des comportements, attitudes et connaissances des publics visés à l'égard de l'alcool, de développer et d'évaluer les programmes de prévention primaire adaptés à ces publics. Une attention particulière devrait être apportée à la prévention de l'alcoolisation tardive qui passe par l'identification précise des facteurs de risque et par l'expérimentation de stratégies de prévention.

Certains pays (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Italie notamment) ont proposé des recommandations spécifiques de consommation d'alcool pour les personnes âgées qui se fondent notamment sur leur plus grande vulnérabilité aux effets de l'alcool et sur la présence de situations dangereuses (médicaments notamment).

Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et surtout l'American Geriatrics Society (AGS) ont établi des recommandations quant au traitement des problèmes relatifs à l'alcool dans cette population, à savoir pas plus de sept verres par semaine (pas plus d'un verre par jour pour les consommateurs quotidiens) et trois verres par occasion.

Le groupe de travail propose d'abaisser les seuils acceptés chez l'adulte et de retenir, en France, ces recommandations chez les personnes âgées.

Groupe de travail. – Dr Philippe Castera (Bordeaux), Mme Sophie Chanteau (Le Mans), Mme Aurore Dufour (Fourmies), Mme Geneviève Imbert (Paris), Dr Dorothee Lécallier (Paris), Dr Anne Maheut-Bosser (Nancy), Pr François Paille (Nancy), Mme Laurence Pin (Mirecourt), Mme Stéphanie Pin (Paris), M. Pascal Mélihan-Cheinin (Paris), Dr Pascal Ménequier (Macon), Pr Marc Verny (Paris).

Bibliographie. – Dr Hélène Fagherazzi (Vandoeuvre-les-Nancy).