

# PERSONNES ÂGÉES ET MÉSUSAGE D'ALCOOL

## Partie 1 : conséquences et repérage

Auteur : Pr F. PAILLE (2018)

AVEC L'ÂGE, LES MODALITÉS DE CONSOMMATION ÉVOLUENT. LA FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE, QUOTIDIENNE, AUGMENTE ALORS QUE LES ÉPISODES AIGUS DIMINUENT. LES CONSOMMATIONS MOYENNES D'ALCOOL PAR INDIVIDU DÉCROISSENT, LE NOMBRE DE NON CONSOMMATEURS AUGMENTE.

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 LE 65-74 ANS ET 15 % PARMI LES 75-85 ANS.

### LES SPÉCIFICITÉS DU RISQUE ALCOOL

Chez les personnes âgées qui consomment de l'alcool de façon excessive, dans 2/3 des cas environ le mésusage est ancien et s'est poursuivi. Dans 1/3 des cas, ce mésusage a débuté tardivement, après 60 ans.

**Le vieillissement amène des modifications physiologiques** aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool. La polypathologie et la polymédication, fréquentes, amplifient ces conséquences et rendent le sujet âgé 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 (liés à l'alcool, maladie d'Alzheimer ou troubles vasculaires). Enfin, l'alcool interagit avec de nombreux médicaments confusogènes, notamment les psychotropes.

**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

**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, c'est-à-dire les activités les plus fines.
- ◆ Il existe 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.
- ◆ Le mésusage d'alcool est un facteur de risque important de nombreuses pathologies neurologiques, du fait de sa toxicité sur le cerveau, des carences nutritionnelles et vitaminiques ou des troubles de coagulation induits.
- ◆ Comme chez les adultes, l'association est fréquente entre mésusage d'alcool et troubles psychiques (anxiété, dépression, suicide). Les personnes âgées consommatrices excessives d'alcool auraient 9 à 10 fois plus de risques de décéder par suicide par rapport aux personnes de même âge mais abstinentes.

## LES CONSÉQUENCES PSYCHO-SOCIALES

**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.

**Sur le plan familial**, la consommation excessive d'alcool génère des conflits conjugaux et/ou familiaux majeurs.

## ALCOOL ET MÉDICAMENTS

L'importance des prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées génère un risque d'interactions qui concernent de nombreuses classes médicamenteuses, en particulier **les psychotropes. Le risque essentiel est une potentialisation de leurs effets sédatifs par l'alcool (sédation, confusion...)**. Soulignons 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.**

## 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 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, du colon-rectum et à un degré moindre du sein.

Au total, le mésusage d'alcool altère fortement la qualité de vie des personnes âgées.

### ALCOOL ET APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

La consommation d'alcool peut induire des troubles cardio-vasculaires et/ou aggraver des pathologies préexistantes, fréquentes en gériatrie : 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, en particulier supraventriculaires (arythmie complète par fibrillation auriculaire, flutter).

Chez les plus de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires sont la 1<sup>ère</sup> cause de décès liées au mésusage d'alcool (presque 11.000 décès par an), à mettre en relation avec le caractère protecteur, largement médiatisé, d'une consommation faible et régulière d'alcool sur le risque coronarien.



Dans cette population, il est souvent méconnu et le lien de cause à effet avec les pathologies induites n'est pas toujours établi. Or, ces troubles sont importants à relier à la consommation d'alcool puisque potentiellement réversibles ou améliorables à l'arrêt.

Les sujets âgés, comme les soignants qu'ils rencontrent, perçoivent peu leur usage d'alcool comme problématique. Pourtant, le bénéfice attendu d'une modification de la consommation d'alcool sur la qualité de vie à ces âges est certain, surtout si on prend en compte l'espérance de vie en bonne santé (respectivement 9,9 et 9,4 années pour les femmes et les hommes âgés de 65 ans).

## QUE REPÉRER ?

L'utilisation chez les personnes âgées des critères standards de mésusage et de dépendance utilisés chez l'adulte est parfois difficile. La dépendance alcoolique se présente souvent sous forme de tableaux atypiques.

Concernant le mésusage sans dépendance, les facteurs spécifiques à l'âge vus précédemment ont conduit à redéfinir les critères de consommation à risque chez les 65 ans et plus. Ils ont été abaissés par rapport à l'adulte à 7 verres par semaine (ou 1 verre par jour pour les consommations quotidiennes) et 3 verres par occasion.

## 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 du risque alcool et d'intervention brève chez les personnes âgées est un enjeu important.

**L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pourrait être un moment privilégié du repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées.**

**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 d'eux. Elle implique une modification de leurs représentations (penser risque plutôt que dépendance, modification du mode de consommation plutôt qu'abstinence, qualité de vie restante 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 ?

Un repérage ciblé est plus « rentable » qu'un dépistage systématique :

- ◆ Au près des 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...

En l'absence de troubles cognitifs, **la consommation déclarée d'alcool 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. Seulement en 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. Peu d'entre eux ont été validés chez les personnes âgées. L'AUDIT, notamment sa version courte, l'AUDIT-C, est indiqué dans toutes les situations où l'utilisation d'un autoquestionnaire est réaliste. Le questionnaire 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.

## EVALUATION ET DIAGNOSTIC



Lorsqu'un mésusage d'alcool est repéré, comme chez l'adulte, une évaluation globale soignée de la situation de chaque personne, notamment des comorbidités somatiques, psychiatriques telles que dépression et troubles anxieux et de l'environnement, mais aussi de la motivation à changer de comportement doit être réalisée.

Un diagnostic précis peut alors être porté permettant de négocier, avec chaque patient, un objectif et une stratégie thérapeutique adaptés à ses besoins et souhaits.

LORADDICT

Réseau Lorrain d'Addictologie

03 83 15 71 92 • loraddict@loraddict.org • www.loraddict.org

**LOR**  
**LADDICT**  
RESEAU LORRAIN  
D'ADDICTOLOGIE