

Alcoolisme et addictions en gériatrie

Alcoholism and addiction in geriatrics

Christian VIGNE

L'alcoolisme s'intègre dans le cadre plus vaste des conduites addictives dans leur acceptation bio-psycho-sociale comme lieu de rencontre d'une personne, d'un produit et d'un moment socio-culturel.

On distingue cinq types de comportement de consommation de substances psycho-actives :

- La non consommation. 40 % des sujets âgés ne consomment pas d'alcool contre 10 % des français.
- La consommation d'usage, socialement réglée. Ce type de consommation dépend du refus ou de la valorisation de la substance dans une société donnée. En institution pour personnes âgées, les usages qui prévalent sont en contradiction avec l'intérêt médical des vins richement tannique dans la prévention des maladies cardiovasculaires et de la maladie d'Alzheimer.
- Les usages à risque. Certaines modalités de consommation telle que l'association aux psychotropes, à visée auto-thérapeutique, exposent à des complications.
- L'abus ou usage nocif. Les ivresses exposent les sujets âgés à des complications particulières.
- La dépendance. La tolérance et la dépendance sont en fait, à consommation égale, des phénomènes plus rares que chez l'adulte jeune et apparaissent plus tardivement.

ALCOOLISME DU SUJET ÂGÉ

Le diagnostic d'alcoolisme chez un sujet âgé repose donc moins sur l'existence d'un syndrome de dépendance que sur les **manifestations comportementales de l'alcoolisme** qui s'observent plus précocement. Il est classique de distinguer deux formes d'alcoolisme du sujet âgé :

- **Un alcoolisme ancien** ayant débuté avant 65 ans et qui se pérennise au cours de l'avance en âge.

Cette forme s'observant dans 2/3 des cas recouvre des buveurs excessifs anciens ayant augmenté leur consommation en raison de facteurs environnementaux négatifs.

- **Un alcoolisme à début tardif** débutant après l'âge de 60 ans. Il est réactionnel à des facteurs situationnels comme l'isolement, la mise à la retraite, l'existence d'une maladie invalidante et/ou douloureuse, la présence au domicile d'un conjoint infirme ou grabataire, la non intégration à la vie institutionnelle.

Epidémiologie de l'alcoolisme du sujet âgé

La prévalence de l'alcoolisme varie de 2 à 14 % en population générale pour atteindre 20-25 % en institution gériatrique.

Dans l'enquête PAQUID portant sur une population âgée de 65 ans et plus vivant à domicile, on retrouve 40,1 à 42,8 % de sujets consommant 1/4 de litre de vin par jour et 15,1 à 15,4 % de sujets consommant 1/2 litre ou plus de vin quotidiennement.

Il s'agit donc d'un **véritable problème de santé publique** chez une population en pleine expansion démographique.

Diagnostic d'alcoolisme chez les sujets âgés

Le médecin traitant est le plus à même d'évoquer l'alcoolisme chez un sujet âgé souvent isolé sur le plan social et familial.

- Il est confronté au déni de la conduite, déni renforcé chez le sujet âgé. Ce déni peut être le fait de l'entourage voire du médecin lui-même.
- Il se heurte à des attitudes négatives vis-à-vis des sujets en difficulté avec l'alcool, à l'absence d'alternatives thérapeutiques.

- Il est confronté aux limites du guide diagnostique DSM-IV dont certains critères pour le diagnostic d'alcoolisme ne sont pas valides chez le sujet âgé : le retentissement professionnel, la tolérance (en raison d'une diminution du compartiment hydrique, les quantités absorbées seront moindres pour observer les mêmes effets).
- Il est confronté aux difficultés d'interprétation des marqueurs biologiques chez le sujet âgé.

Propositions diagnostiques

- Certaines situations doivent attirer l'attention du clinicien :
- Un déclin des aptitudes fonctionnelles, une négligence corporelle, une réduction d'activité sociale après la retraite, un isolement socio-familial.
 - Des accidents de voiture, une inquiétude de l'entourage, une dépression avec déficit cognitif, des chutes à répétition.
 - La présentation atypique d'une maladie aigüe, des infections récidivantes, une résistance aux antibiotiques, une malnutrition.
 - Un syndrome confusionnel inopromptu au décours d'une hospitalisation, des crises d'épilepsie tardives, une anxiété croissante, une insomnie.

Deux critères apparaissent particulièrement pertinents :

- La consommation solitaire d'alcool qui s'observe chez 70 % des buveurs excessifs.
 - La consommation matinale d'alcool qui s'observe chez 90 % des buveurs excessifs.
- On peut s'aider d'échelles d'auto et d'hétéro évaluation (DETA, MAST-G).

Bilan et recherche de complications

1. Il faut rechercher une complication somatique :

- Cardiovasculaire : atteinte myocardique et hypertension systolique
- Digestive : dyspepsies, gastrites, pancréatites, cirrhoses hépatiques
- Neurologique : polynevrite des membres inférieurs avec risque d'état grabataire, névrite optique, encéphalopathie de Gayet Wernicke, syndrome de Korsakoff, démence alcoolique (seuls les signes neurologiques au sein d'une séméiologie variable permettent de la différencier d'une maladie d'Alzheimer).
- Nutritionnelle : carences d'apport, malabsorptions, troubles métaboliques.
- ORL : cancers surtout si tabagisme associé.
- Orthopédique : l'alcool favorise la survenue des fractures du fait des troubles de l'équilibre qu'il occasionne mais aussi en tant que facteur d'ostéoporse.
- Un syndrome de sevrage peut être retardé et prolongé.

Les phénomènes hallucinatoires, confusionnels et épileptiques sont plus fréquents que chez les sujets plus jeunes.

2. Il faut aussi rechercher une complication psychologique :

- L'anxiété est fréquemment associée à l'alcoolisme dans une relation complexe. La prescription d'anxiolytiques pour ces deux affections ne fait qu'ajouter à la confusion.
 - La dépression est souvent secondaire à la dépendance alcoolique. Certains signes tels que l'asthénie, le repli avec désintérêt, la dysphorie avec tristesse, l'irritabilité et les troubles du sommeil sont communs aux deux pathologies.
- L'alcoolisme féminin est le plus souvent secondaire à un état dépressif.
- L'alcool favorise le passage à l'acte suicidaire surtout en cas de dépression associée à l'alcoolisme.

Propositions thérapeutiques

L'hospitalisation permet de réaliser un sevrage, d'évaluer les conséquences psychologiques et somatiques et de les traiter. Elle ne peut se concevoir qu'au sein d'une filière de soins gérontopsychiatriques.

Il faut s'attacher à obtenir l'accord du patient dans le cadre d'une alliance thérapeutique.

On utilise des psychotropes de la classe des benzodiazépines (oxazépam) ou des neuroleptiques (tiapride) à doses dégressives durant deux à quatre semaines.

Un soin particulier est apporté à l'hydratation en se méfiant des traitements diurétiques.

L'accompagnement psychologique utilise les psychothérapies de soutien, les psychothérapies à médiation corporelle dont la relaxation, en valorisant les relations corporelles et les aspects positifs de la vie du sujet. Une prise en charge en groupe de personnes âgées ayant une problématique alcoolique augmente la compliance.

ADDICTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les sujets âgés sont de grands consommateurs de traitements médicamenteux.

Une enquête réalisée parmi une population âgée vivant à domicile retrouve au niveau du contenu des ordonnances :

- 61 % d'antalgiques,
 - 49 % de traitements cardiovasculaires,
 - 35 % de psychotropes dont 67 % de benzodiazépines, 20 % d'antidépresseurs et 10 % de neuroleptiques.
- Parmi l'ensemble des prescriptions de psychotropes, 2% des patients majoraient les posologies.
- La fréquence des conduites toxicomaniaques seraient de :
- 3,5 % chez les patients âgés non alcoolo-dépendants,
 - 18 % chez les patients âgés alcoolo-dépendants.

L'enquête PAQUID a évalué la consommation médicamenteuse chez les sujets âgés :

	A domicile	En institution
Au moins un médicament	89 %	94,9 %
Plus de quatre médicaments	40,4 %	56 %
Psychotropes	39,1 %	66,4 %
Benzodiazépines	31,9 %	42,9 %

Les benzodiazépines sont plus fréquemment utilisées :

- par les sujets ayant des antécédents de pathologies mentales, surtout dépression,
- par les femmes,
- lorsque l'état de santé est dégradé.

Les effets secondaires des benzodiazépines peuvent être majorés chez le sujet âgé :

- effets myorelaxants avec chutes,
- effets sédatifs et hypnotiques responsable d'un ralentissement psychomoteur, d'une baisse de vigilance, d'une somnolence voire d'une confusion mentale,
- effets paradoxaux, avec excitation psychomotrice, majoration de l'anxiété, troubles du caractère ou agressivité, troubles du sommeil avec cauchemars.

Une étude plus récente en institution gériatrique a montré que les antidépresseurs étaient plus prescrits que les anxiolytiques.

Symptômes typiques de dépendance aux benzodiazépines

- Anxiété, nervosité,
- Trouble de la mémoire,
- Confusion mentale,
- Chutes, perte de poids,
- Comportement de défense concernant la substance : dénégation, minimisation, diversion, rationalisation et reproches.

Sevrage aux benzodiazépines

- Il est long : 2 à 3 mois voire plus longtemps.
- Le syndrome de manque apparaît dans un délai plus ou moins long en fonction de la demi-vie du produit.
- Il associe : anxiété, tremblements, insomnie avec cauchemars, anorexie, nausées et vomissements, délire, hypertension, crises comitiales.
- On utilise en relais une benzodiazépine à longue durée d'action : clonazéпам.

RÉFÉRENCES

1. **Reynaud M.** Usage nocif de substances psycho actives. Paris: La documentation française ; 2002
2. **Clement JP, Bourlot D.** Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé. In: Léger JM, Wertheimer J, eds. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1999:257-70.
3. **Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Bégaud B.** Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminants sociodémographiques, état de santé et qualité de vie. Bordeaux 1996.
4. **Rueff B.** Alcoolologie clinique. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1989.
5. **Blow FC.** Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G) : a new elderly specific screening instrument. Presented at the 38th meeting of the American Society on Aging, march 15, 1992, San Diego.

QCM

A- Quelles propositions sont exactes ?

Le médecin traitant est le plus à même d'évoquer l'alcoolisme du sujet âgé mais rencontre souvent des obstacles :

- a) Il est confronté à un fort déni du sujet âgé de la conduite.
- b) Ce déni peut être le fait de l'entourage voire du médecin lui-même.
- c) Il se heurte à des attitudes négatives vis-à-vis des sujets en difficulté avec l'alcool, à l'absence d'alternatives thérapeutiques.
- d) Il est confronté aux limites du DSM-IV dont certains critères pour le diagnostic d'alcoolisme ne sont pas valides chez le sujet âgé.
- e) Il est confronté aux difficultés d'interprétation des marqueurs biologiques chez le sujet âgé.

B- Quelles propositions sont inexactes ?

- Le sevrage aux benzodiazépines chez la personne âgée :
- a) Est long : 2 à 3 mois voire plus longtemps.
 - b) Le syndrome de manque apparaît dans un délai moyen de 3 semaines indépendamment de la demi-vie du produit.
 - c) Il associe : anxiété, tremblements, insomnie avec cauchemars, anorexie, nausées et vomissements, délire, hypertension, crises comitiales.
 - d) On utilise en relais une benzodiazépine à longue durée d'action : clonazéпам.
 - e) Il est souvent impossible de sevrer la personne âgée de ses benzodiazépines.

RÉPONSES

a b c d e