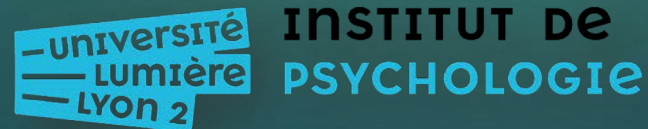


# Repérer le mésusage d'alcool de sujets âgés : et après ?

**Pascal MENECIER**

*Praticien Hospitalier, Unité Addictologie & Consultation Mémoire, CH Mâcon  
Docteur en Psychologie, Enseignant Vacataire, Institut de Psychologie,  
Université Lyon 2 & Équipe Émergente Universitaire DIPHE*

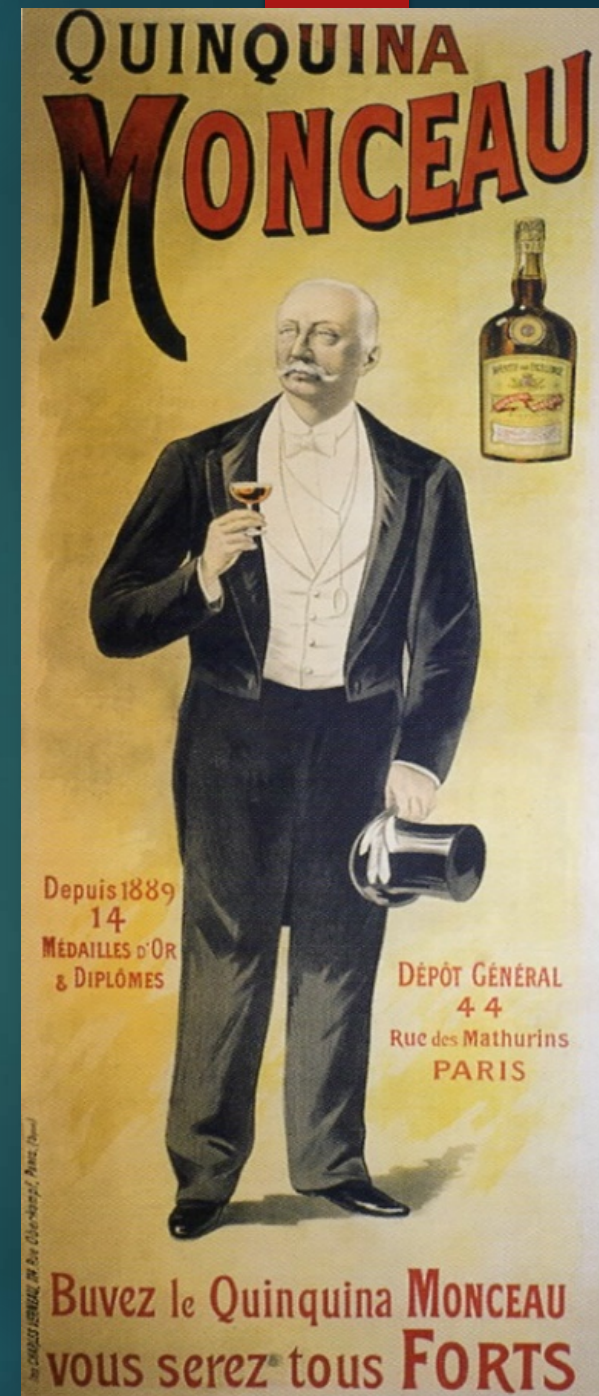
[pamenecier@ch-macon.fr](mailto:pamenecier@ch-macon.fr)



# Les Aînés et l'Alcool

## Vieillir ne prémunit ni des effets ni des dommages de l'alcool ...

- ▶ La vieillesse apparaît propice aux conduites addictives, principalement avec l'alcool : Troubles de l'usage d'alcool (TUAL)
- ▶ Les aînés d'aujourd'hui buvaient (en moyenne) 2 à 3 fois plus d'alcool à 30 ans que les trentenaires actuels...
- ▶ L'alcool était alors associé avec force, vigueur, récompense, et même soins par diverses vertus thérapeutiques de vins et autres breuvages : présentés comme garants de vieillissement « réussi »...

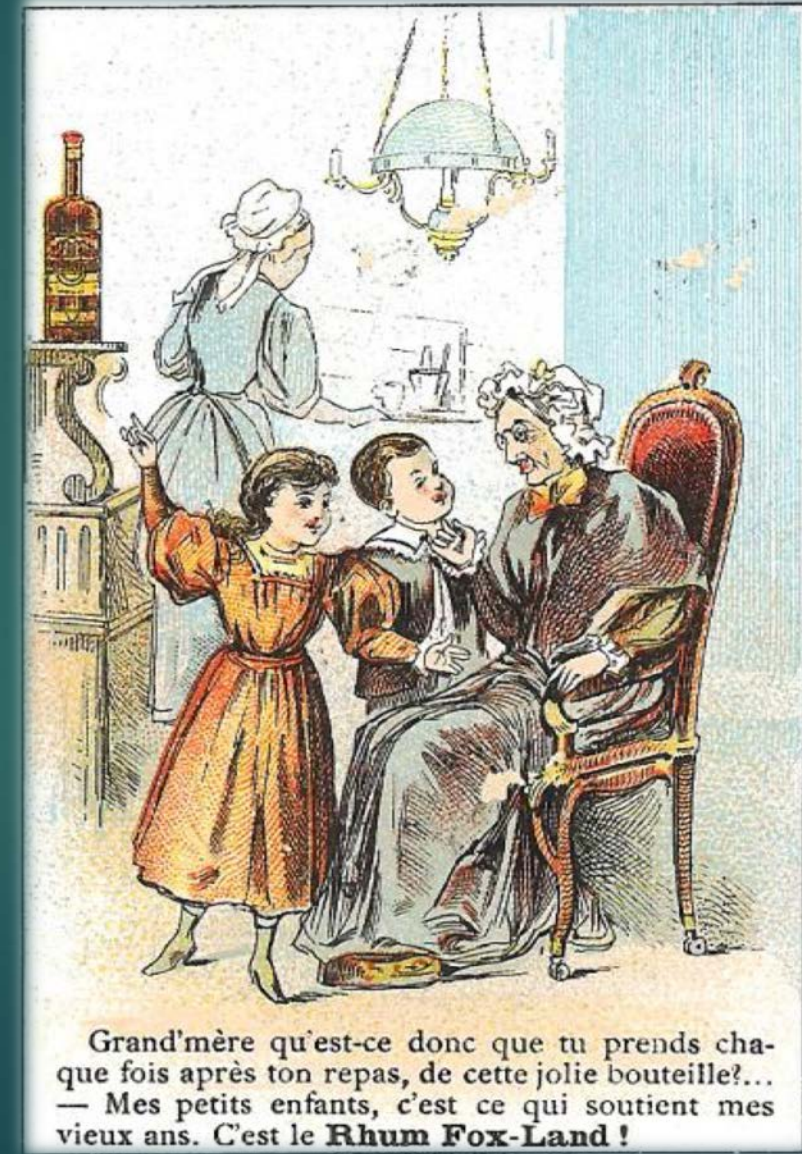




# Usages d'alcool de sujets âgés

## Avec l'avancée en âge

- ▶ Vulnérabilité physiologique accrue : effets majorés pour une même prise d'alcool vs adultes d'âges moyens
- ▶ Diminution globale des quantités d'alcool bues
  - ▶ Mais modes de consommations de plus en plus réguliers et quotidiens pour ceux qui boivent des boissons plutôt traditionnelles (vins, bières)
- ▶ Part croissante de non-consommateurs d'alcool (abstinents): jusqu'à 50% et plus
- ▶ Ivresses alcooliques se rencontrent toujours, souvent méconnues derrière chutes ou confusions
  - ▶ Mais concept de binge-drinking peu adapté à la situation



# Épidémiologie TUAL-SA

- ▶ Prévalence du mésusage d'alcool décline peu après 65 ans : autour de 10%
  - ▶ +/- 15% à l'Hôpital et plus encore en Ehpad (?)
- ▶ Comorbidités addictives possibles : mésusage de benzodiazépines, tabagisme, alors que les usages/mésusages de drogue (produits illicites) sont rares
- ▶ TUAL-SA souvent méconnus ou reconnus que lors de complications :
  - ▶ Chutes, confusions, malaises : satellites d'ivresses ou de sevrages alcooliques
  - ▶ Alcoolopathies (états pathologiques dus à l'alcool)
- ▶ Seuils de consommations d'alcool à risque doivent être abaissés après 65 ans :
  - ▶ 1 à 2 verres par jour, pas tous les jours en l'absence de maladies ou traitements...
  - ▶ Au-delà de 85 ans, lors de polyopathologies ou polymédication : risque apparaît dès les premières prises

# Place croissante des femmes

- ▶ Pas simplement comme une particularité (discriminante) de TUAL d'hommes âgés
  - ▶ ni par seul mimétisme (d'entraînement) d'un TUAL du conjoint...
  - ▶ ni comme statut de femme de l'alcoolique victime ou coresponsable du TUAL du conjoint
- ▶ en partie par différence d'espérance de vie et plus grande survie féminine
- ▶ Pas seulement par vieillissement de TUAL d'adultes, mais aussi dans des formes à débuts tardifs (*late onset*)
  - ▶ Particularité de femmes en postménopause démasquant ou révélant un TUAL
- ▶ Vulnérabilité féminine à l'alcool encore plus grande dans la vieillesse
- ▶ Spécificités cliniques avec plus de comorbidités psychiques énoncées, adossés à peu de fondements théoriques ni épidémiologiques: considérations sexistes ?



# Repérage TUAL - SA

## Repérage difficile ou considération délicate ?

- ▶ Plutôt qu'un challenge de reconnaître un trouble discret, peu identifiable...
  - ▶ Situations souvent connues mais tues : difficiles à considérer au prétexte de ne pas savoir que faire, de respecter un (dernier) plaisir supposé, ou par inconfort face à un tabou associé à la vieillesse (comme la sexualité, ...)
- ▶ Soignants se déclarent moins en manque de connaissance ou de temps pour ces soins (relationnels) que mal à l'aise face à des situations
  - ▶ *« Pourquoi identifier de telles situations parfois supposées non modifiables ? »*
- ▶ Résister au fatalisme et à la complaisance qui retire au sujet âgé méusant d'alcool toute possibilité d'amélioration
  - ▶ Il n'existe pas d'« Incurabilité de l'alcoolisme »
  - ▶ Réputation erronée d'inchangeabilité des comportements dans la vieillesse

# Repérage TUAL - SA

## Modalités de repérage

- ▶ Parler d'alcool : ni tabou ni traumatique
  - ▶ des conséquences, positives ou négatives d'alcoolisations
  - ▶ des tentatives de réductions ou d'arrêt (passées ou en cours)
  - ▶ plutôt que des seuls choix de boisson ou de quantification des prises (classique CDA : consommation déclarée d'alcool, peu opérante, parfois jugeante, sans mesure ni bienveillance face aux référentiels appris par ces aînés : pas plus d'1 litre de vin par jour recommandé en 1950 vs < 2 verres en 2019 – *Santé Publique France*)
- ▶ Questionnaires standardisés : outils de repérage et pas de diagnostic !
  - ▶ EDDA, MAST-G, ou T-ACE pour des questionnaires spécifiques aux aînés, peu diffusés
  - ▶ MAST, CAGE/DETA, AUDIT ou FACE pour des questionnaires polyvalents.
- ▶ Biologie :  $\gamma$ GT et VGM (perdent encore de sensibilité et spécificité), ou CDT
- ▶ Présence de dommages dus à l'alcool : alcoolopathies : aborder le mésusage d'alcool au delà de la complication: rôle de l'*addictologie de liaison à l'Hôpital*

# Mésusage d'alcool de sujets âgés

- ▶ Dépendances et addictions du sujet âgé
  - ▶ en évitant amalgames (ou quiproquos) avec dépendance dans les actes de la vie quotidienne ou dépendance affective...
- ▶ Critères DSM (IV-TR comme 5) perdent de leur pertinence et validité
  - ▶ Pas de meilleur outil, renforce une partie de la méconnaissance
- ▶ Distinguer l'usage excessif et addiction alcoolique
  - ▶ Lors de perte de l'autocontrôle et syndrome frontal d'origine non alcoolique (dégénératif ou vasculaire), qui peut se renforcer par des troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) induits ...
  - ▶ Lors de troubles neuropsychiques imprécis chez un sujet mésusant d'alcool, (trop) rapidement déclarés d'origine alcoolique et négligeant des diagnostics différentiels ou comorbides
- ▶ Ne pas surdiagnostiquer le mésusage d'alcool lors de cas particuliers :
  - ▶ Alcoolisations satellites de tentatives de suicides comme désinhibiteur ...



# Offres de soins

- ▶ Objectifs de soin
  - ▶ À distinguer de tout objectif de consommation : réduction ou arrêt n'est pas un objectif alcoologique mais un moyen d'amélioration de santé , y compris pour des aînés
  - ▶ Amélioration de la qualité de vie = de la santé, est le premier objectif de soin
- ▶ Pronostic de soin
  - ▶ Aussi bon ou meilleurs qu'à de plus jeunes âges : ni fatalisme ni démission
- ▶ Dispositif de soin
  - ▶ Dispositif de soins primaires, CSAPA, Hôpital (Unité d'Addictologie et ELSA) et SSR spécialisés en addictologie (« cures »)
  - ▶ Aucune restriction d'âge, quant aucune structure de soin spécifique aux aînés n'existe en France, mais adaptabilité et adéquation nécessaire à vérifier
- ▶ Soins psychologique et soins pharmacologique (éventuel)
  - ▶ Même si l'Assurance Maladie ne rembourse que la part pharmacologique, ou médicale mais pas les soins de psychologues (hors dispositifs gratuits : CSAPA, CMP, Hôpitaux, ...)

# Sevrages alcoolique et alternatives

## Réduction des consommations ou sevrage alcoolique : pas d'opposition

- ▶ Boire moins c'est déjà mieux : étape intermédiaire possible même si sevrage requis
- ▶ Toutes modalités de sevrages alcooliques possibles quel que soit l'âge
- ▶ Sevrages alcooliques plutôt conseillés en milieu hospitalier
  - ▶ Sans raisons spécifiquement fondées (?)
  - ▶ Couverture par benzodiazépine, plutôt à demi-vie courte (oxazépam)
- ▶ Place médicaments de maintien de l'abstinence ou de réduction d'appétence
  - ▶ Acamprosate, Naltrexone ou Nalméfène non indiqués car non évalués
    - ▶ *Naltrexone employé et proposé, USA et autres pays*
  - ▶ Disulfiram à éviter ou proscrire
  - ▶ Baclofène encore moins indiqué faute d'étude et par risque d'effets indésirables accrus
- ▶ Approche bio-psycho-sociale tout aussi adaptée qu'en gériatrie
  - ▶ Intérêt d'une la transdisciplinarité complémentaire et collaborative

# Réduction des risques et des méfaits

## A coté des sevrages alcooliques

- ▶ Réduction des risques
  - ▶ Connaître seuils conso à risque et les proposer ... même en ehpad...
- ▶ Réduction des méfaits
  - ▶ Valoriser réductions de consommations même si sevrages attendus
  - ▶ Accompagner les choix du soigné plutôt que les attentes du soignant
- ▶ Adapter l'accès à l'alcool
  - ▶ Selon capacités AVQ (qui gère provisions) / profil cognitif (frontalité)
  - ▶ Réguler moyens d'accès au produit : y compris par contrôles externes pensés, convenus avec soigné, entourages (familiers & professionnels...)
- ▶ Et parfois accompagner, gérer les complications, accepter souhait « réfléchi » de pas modifier ses consommations
  - ▶ Sans démission négligente faussement palliative
  - ▶ Hors dépression... concevoir des choix de non-changement de consommations d'alcool tout en restant soignant/accompagnant





# Références

- Menecier P, Soins, alcool et personnes âgées : Se positionner pour coconstruire. (2019). Chronique Sociale Ed, Lyon, 210 p.
- Menecier P. (2010). Boire et vieillir, comprendre et aider les aînés en difficultés avec l'alcool, Ères Ed. 200 p.
- Menecier P. (2010). Les Aînés et l'alcool, Ères Ed : Toulouse, 226 p.
  
- Paille F. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail SFA et SFGG. Alcoologie et addictologie, 36 (1), 61-72 & 225-268.
  
- Menecier P, Fernandez L, Galiano AR, Ploton L. (2019). Attitudes et croyances de soignants hospitaliers à propos de sujets âgés en difficulté avec l'alcool : enquête par entretiens de recherche. Annales médico-psychologiques. 177(6) ; 544-550.
- Menecier P. Mésusage d'alcool et autres addictions du sujet âgé : tendances à l'Hôpital. Revue hospitalière de France, 2019, 589, 57-61.
- Menecier P, Fernandez L, Pichat M, Ploton L. (2018). Attitudes, croyances et connaissances de soignants hospitaliers envers des sujets âgés mésusant d'alcool ; Enquête par questionnaire auprès de 315 agents. Psychotropes.; 24 : 55-76.
- Menecier P. (2017), Alcool, vieillissement et cognition. Médecine ; 10(13) : 450 -453.
- Menecier P, Fernandez L, Plattier S, Ploton L. Troubles liés à l'usage d'alcool du sujet âgé : un exemple de la notion de complexité en santé. Annales Médico-Psychologiques 2017 ; 175(9) : 763-769
- Menecier P, Rotheval L. L'ivresse alcoolique dans la vieillesse. Soins Gériatrie : 2017 ; 123 : 21-23.
- Menecier P, Moscato A, Fernandez L, Varescon I. (2016) Représentations mésusage d'alcool de sujets âgés : point de vue croisés de soignants hospitaliers et d'aidants à domicile. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement ; 14(4) : 455-63.
- Menecier P, Rezard R. (2016) Représentations de l'usage d'alcool par des aînés, dans la publicité de la première moitié du XXe siècle, Psychotropes, 22 (1) : 49-89.
- Menecier P, Verny M, Fernandez L, Ploton L. (2016) Abstinence alcoolique dans les soins aux aînés mésusant d'alcool. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 14(2) : 187-93.
- Menecier P, Pichat M, Lefranc D, Ploton L. (2015). Connaissances soignantes à propos d'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés. Alcoologie Addictologie. 37(4) : 301-308.
- Menecier-Ossia L, Kholer M, Moscato A, Menecier P. (2014). L'alcool en EHPAD. Soins Gériatrie, 106, 34-36.
- Menecier P, Fernandez L. (2012). Pratiques addictives dans la vieillesse : particularités diagnostiques et cliniques. Presse Med, 41, 1226-1232.
- Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L, Plattier S, Ploton L. (2012). L'ivresse alcoolique après 60 ans, une occurrence non exceptionnelle à l'hôpital. Revue Gériatrie, 37(2), 111-118.