



Addictions chez la  
personne âgée  
Mieux repérer pour  
mieux intervenir

Dorothee Lécallier  
IPPSA-CSAPA Victor-Segalen  
RESAAD 49  
Angers 27 septembre 2013

# A quoi risque-t-on d'être dépendant lorsqu'on est âgé?



# Rien d'original





**et alors....  
ou  
pourquoi s'y  
intéresser ?**

## (Pourquoi ne pas s'y intéresser ?)...



- Méconnaissance, sous-estimation
- Leur âge... (à quoi bon...? Pour quel(s) bénéfice(s)...? ou autrement dit la faible perception des dommages)
- La difficulté à dire
  
- Et du côté du patient :
  - Méconnaissance, sous-estimation
  - Peur de la stigmatisation
  - Difficultés de déplacement vers les consultations spécialisées

# Pourquoi s'intéresser aux dépendances chez les sujets âgés ?



- Epidémiologie : augmentation de la population âgée, évolution des modes de consommation à prendre en compte
- Leur âge... (vulnérabilité...fragilité)
- Espérance de vie sans incapacité
- Qualité de vie

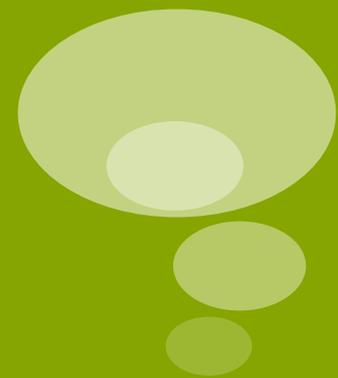
# Enjeux du repérage



- Identifier des situations jusqu'à présent peu prises en compte par les sujets âgés ET par les soignants
- Pour des bénéfices attendus à distinguer de ceux attendus chez les adultes plus jeunes
  - Amélioration de la qualité de vie
  - Maintien à domicile

	Femmes	Hommes
à 65 ans	22,4	17,9
à 75 ans	13,9	11
à 80 ans	10,3	8,1

Espérance de vie



**L'alcool**



# RAPPEL !

Il y a la même quantité d'alcool dans un demi de bière,  
un ballon de vin, un verre de pastis...



Prémix  
À 5°- 25cl

=



Bière  
À 5°- 25cl

=



Champagne  
À 12°- 10cl

=



Vin  
À 12°- 10cl

=



Pastis  
À 45°- 2,5cl

=



Whisky  
À 45°- 2,5cl

=



Vodka  
À 45°- 2cl



Bière forte  
À 8,6°- 50cl

=



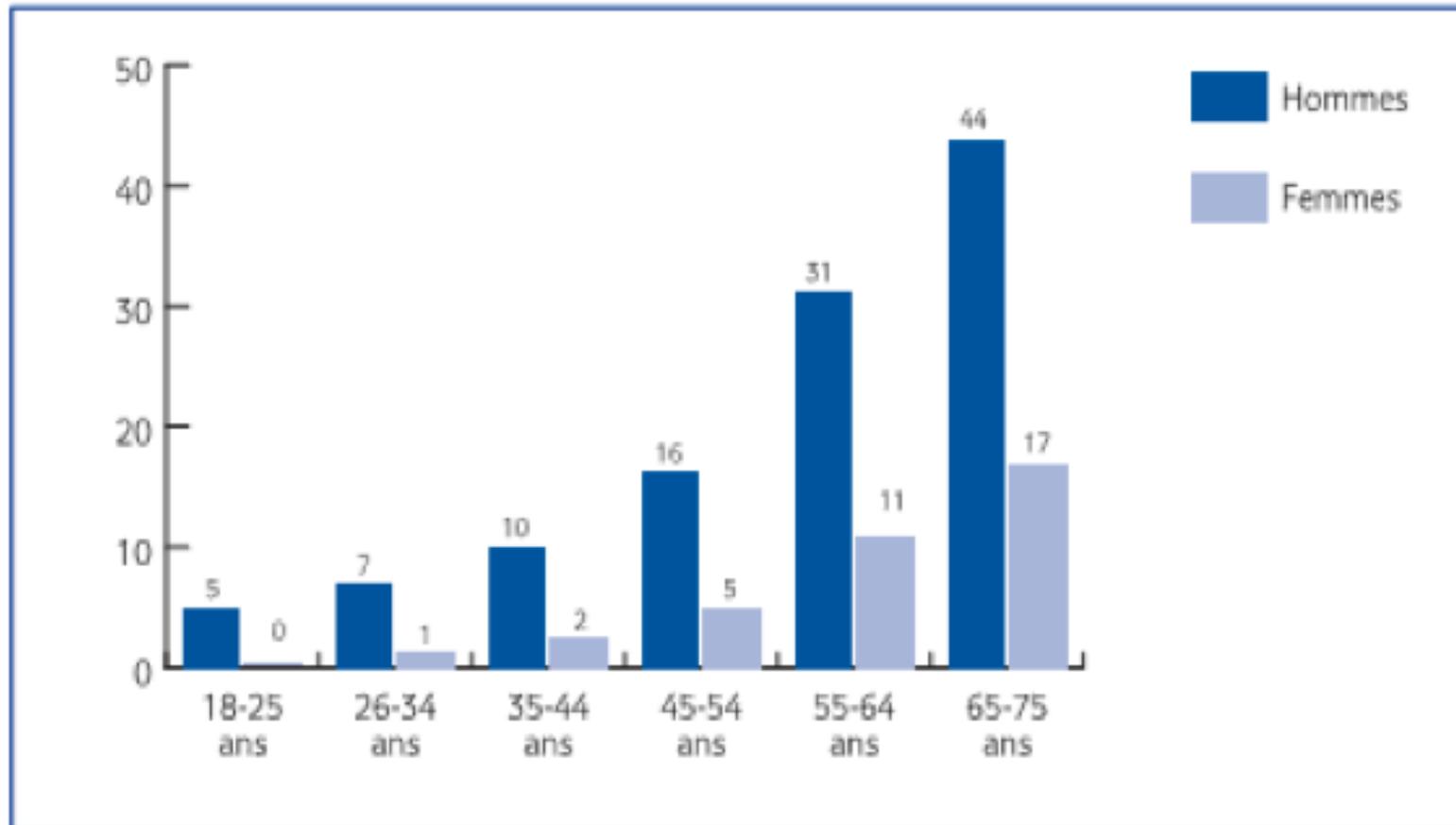
3 Bières  
À 5°- 25cl



ippsa

# La consommation d'alcool en France

## Usage quotidien en 2010



Source : Baromètre santé 2010, INPES

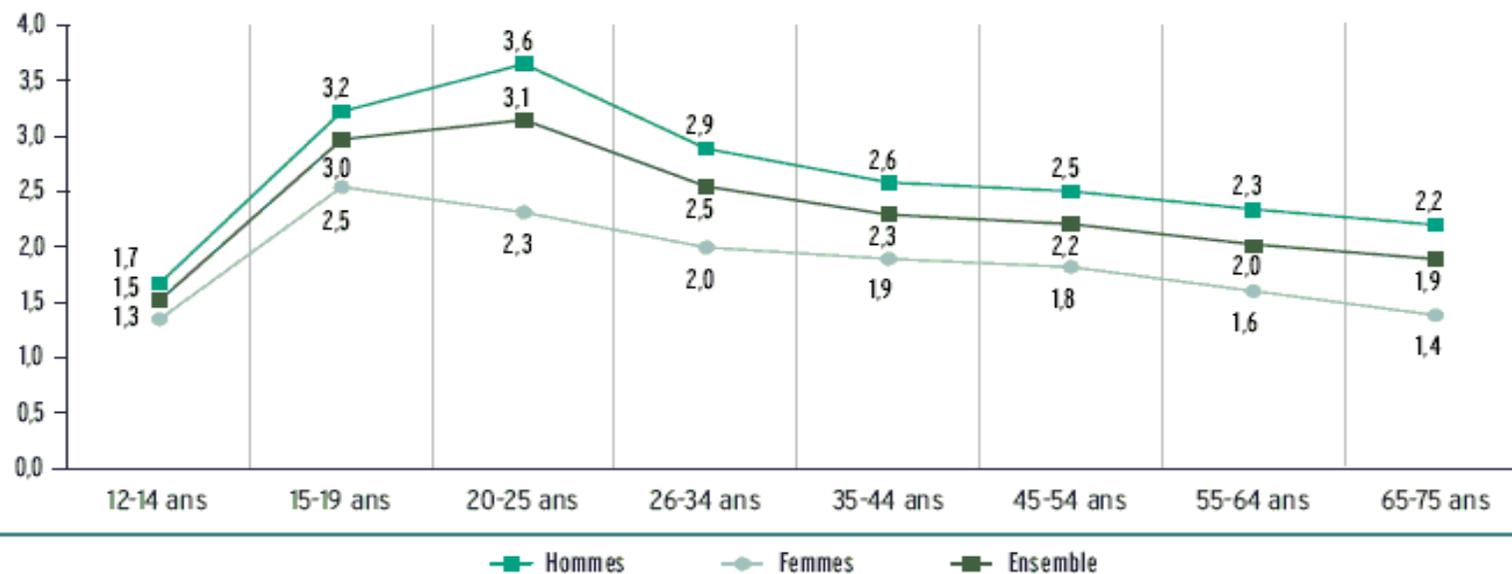
# La consommation d'alcool en France

(Source Baromètre Santé 2005, INPES)



FIGURE 3

Nombre moyen de verres bus dans la journée lors de la dernière consommation, selon l'âge et le sexe



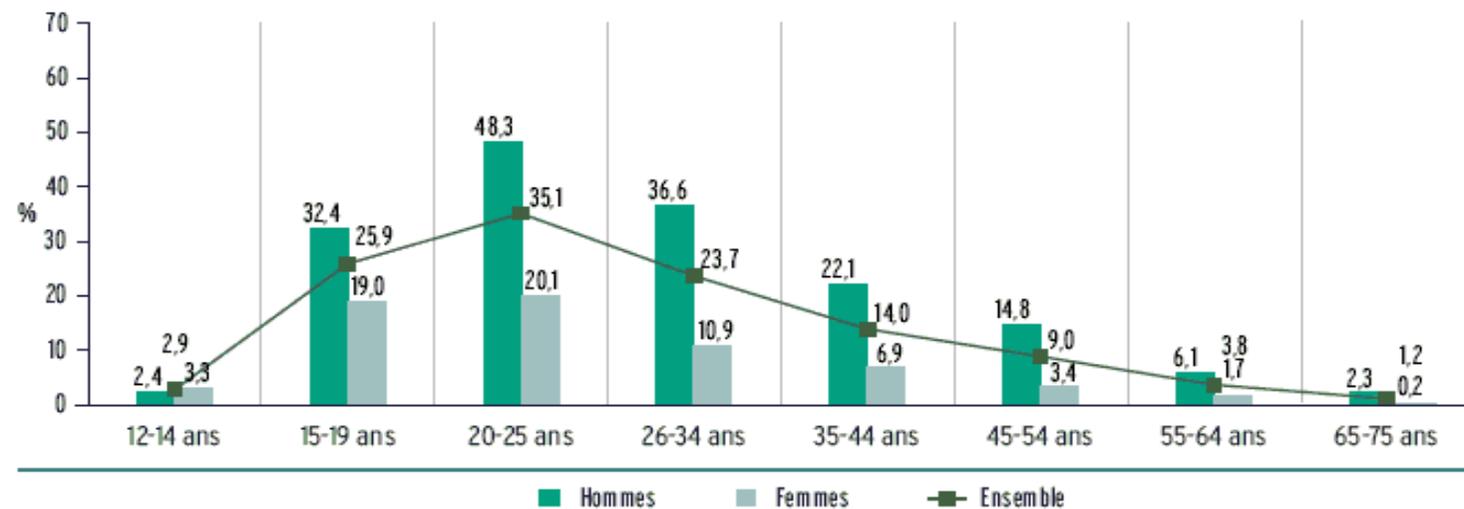
# La consommation d'alcool en France

(Source Baromètre Santé 2005, INPES)



FIGURE 7

Proportion de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois, selon l'âge et le sexe

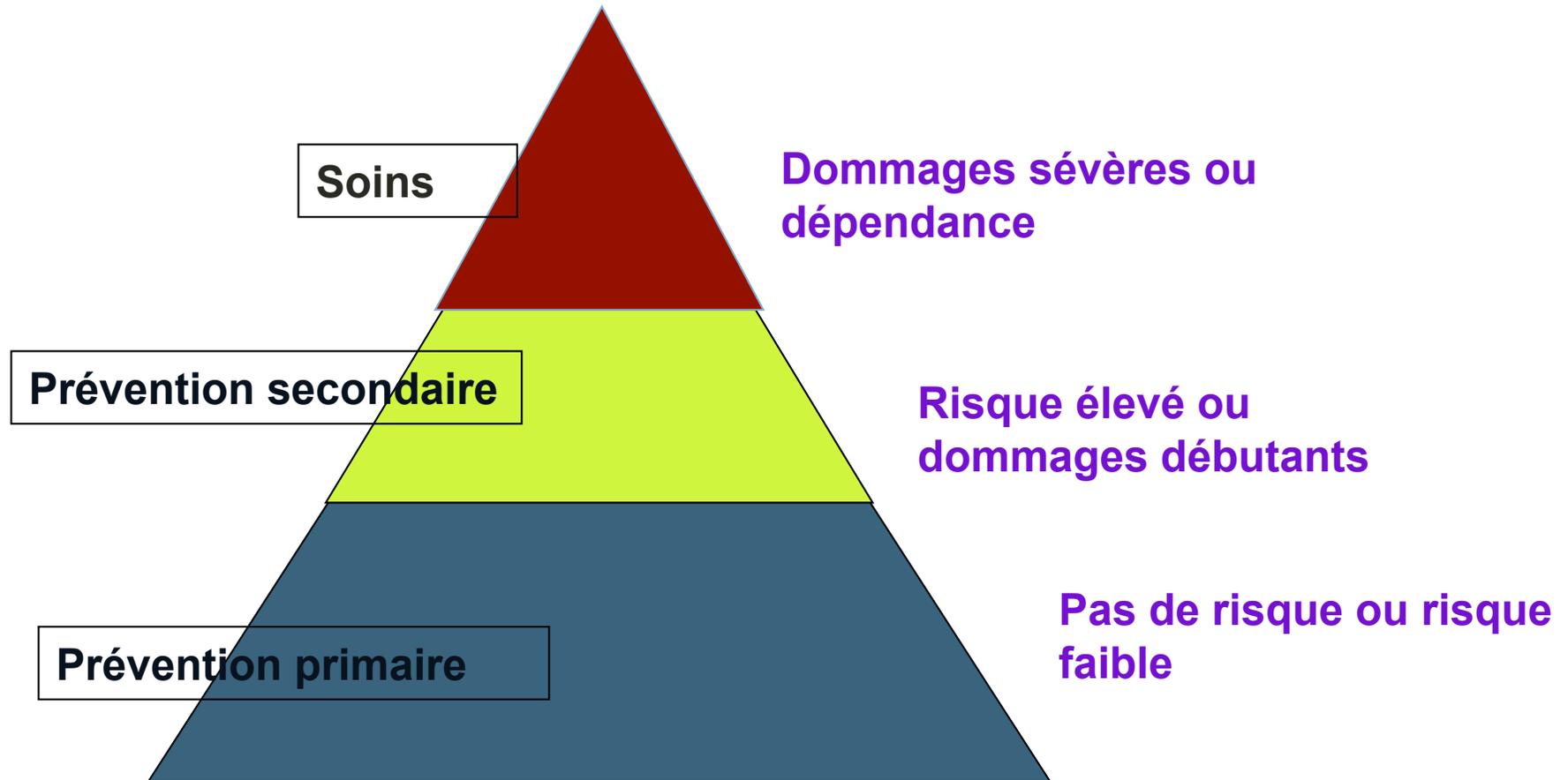


# En pratique



- Les plus âgés consomment de l'alcool
- Surtout les hommes
- La quantité bue est moindre qu'aux autres âges de la vie
- L'ivresse est rare (ne pas sous-estimer les *binge*... 14 % ♂ , 3 % ♀ )  
*Blazer. 2009; Am J Psychiatry*
- La population des plus de 65 ans est très hétérogène
- Peu de données sur les 75 ans et + (conso, risques, efficacité des interventions)

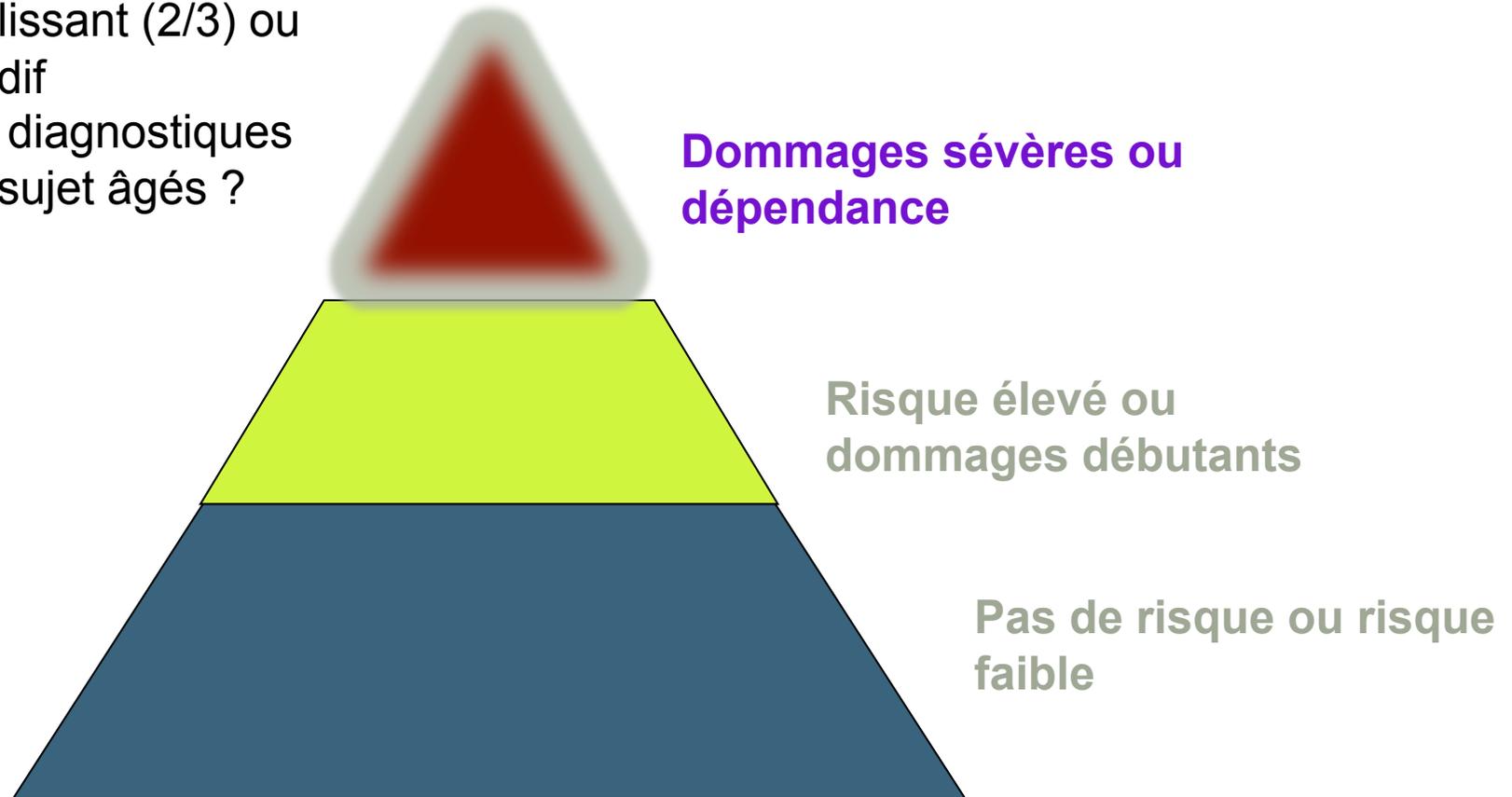
# Repérer quoi ?



# La dépendance



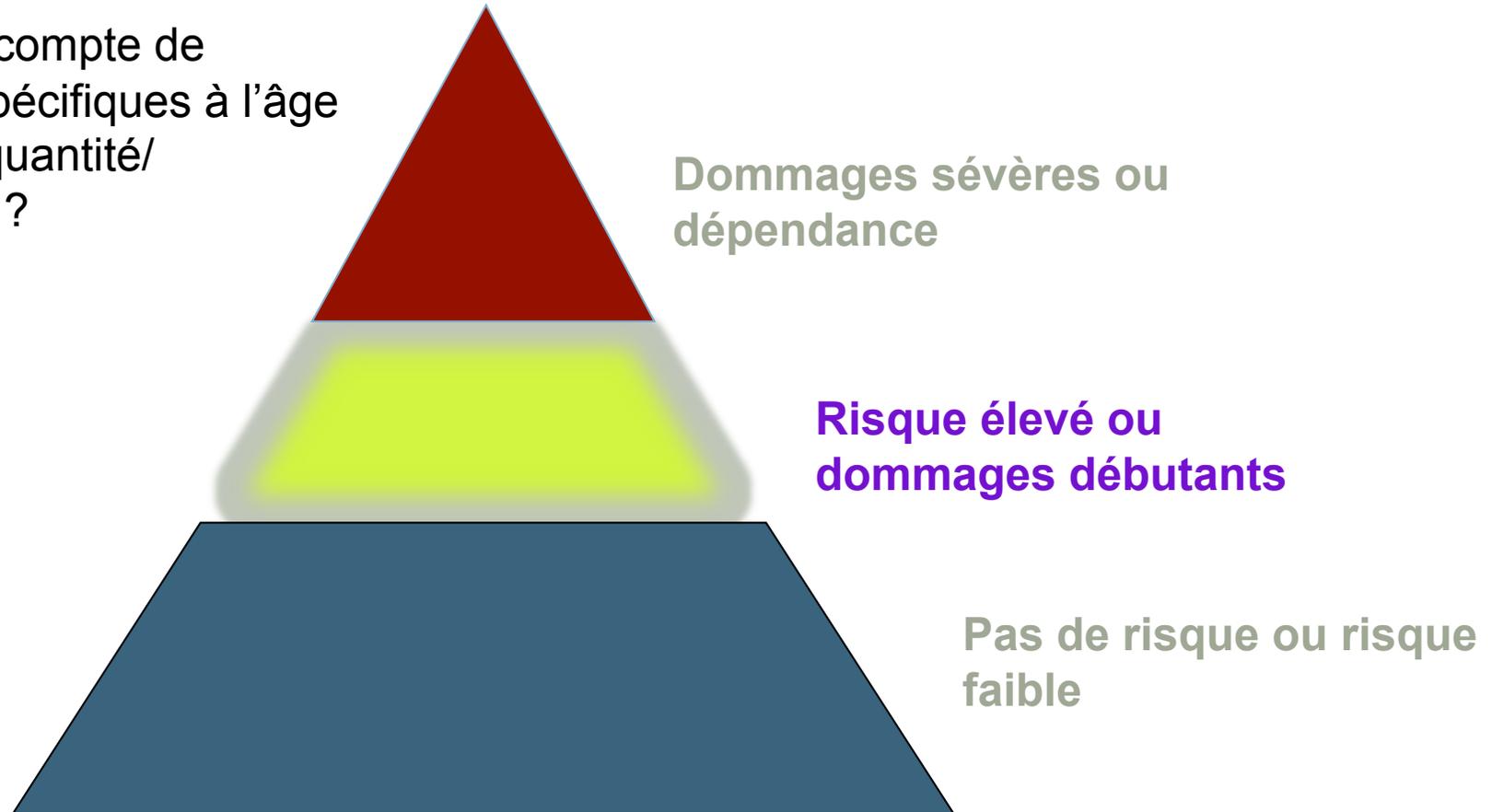
- AD vieillissant (2/3) ou début tardif
- critères diagnostiques chez les sujet âgés ?



# Le mésusage sans dépendance



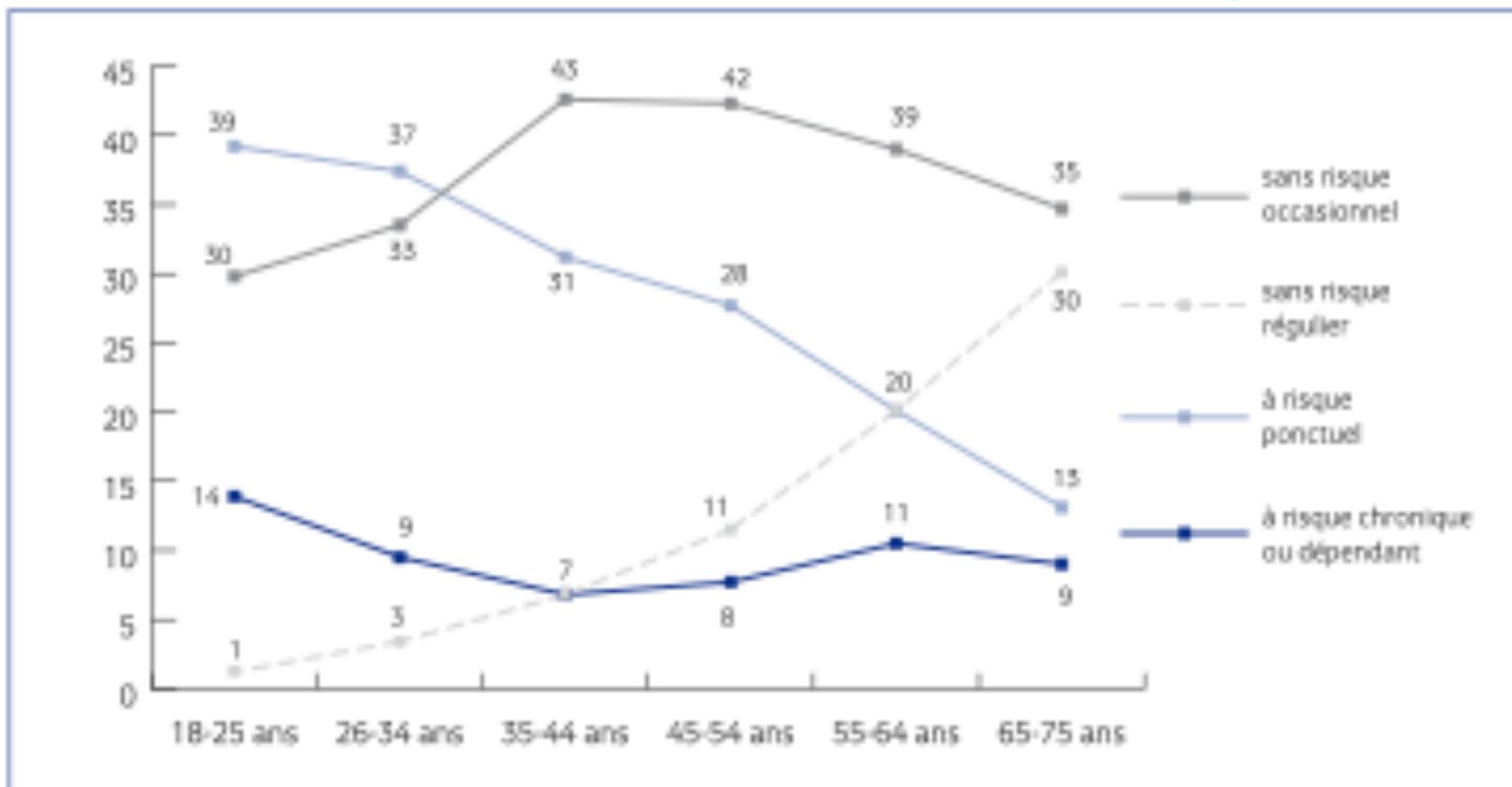
- prise en compte de facteurs spécifiques à l'âge
- critères quantité/fréquence ?



# Pertinence de la définition du risque chez les plus âgés



Classification des buveurs selon l'AUDIT-C selon l'âge (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES

# Quels risques chez le sujet âgé ? (1)



- Interactions entre alcool et vieillissement

Augmentation des risques de

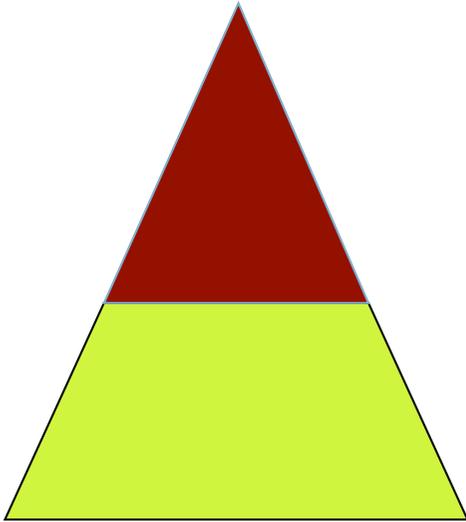
- **Chutes**
- Accidents de la voie publique avec risques plus élevés de handicaps et de décès que chez les sujets plus jeunes
- Dépression
- Confusion (risques d'erreurs diagnostiques)

## Quels risques chez le sujet âgé ? (2)



- Apparition ou aggravation des symptômes couramment traités en MG : troubles digestifs, incontinence, troubles du sommeil, anxiété...
- Augmentation du risque de cancer (cavité buccale, colorectal, sein)
- Interactions médicamenteuses multiples
- Lien démontré entre consommation d'alcool et mauvaise observance médicamenteuse (*Drugs and aging 2006*)
- Diminution possible de la capacité à accomplir les activités quotidiennes, et diminution de l' « état fonctionnel » (IADL +/- ADL)

# Facteurs de risque de mésusage chez le sujet âgé



- Valorisation sociale de la consommation (famille, amis, groupe....)
- Consommation psychotrope et/ou antalgique
- Ressources financières ↗↗↗
- Niveau initial de la conso (forte stabilité interindividuelle)
- Manque d'informations
- Hommes
- Avoir eu des difficultés avec l'alcool à l'âge adulte
- Comorbidités psychiatriques

# Modalités du repérage



- option repérage **ciblé**

- facteurs prédictifs de mésusage : homme, fumeur, 'difficultés sociales', atcd de mésusage, douleurs chroniques

- symptomatologie non spécifique



- facteurs de vulnérabilité : maladies chroniques, prises médicamenteuses

- option repérage **systématique** : coût-efficacité ?, faisabilité ?

# Outils du repérage



- La biologie

- VGM (↗)
- GGT et CDT

- La CDA (consommation déclarée d'alcool)

- Les questionnaires

Berks J. et McCormick R. 2008. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients : a systematic literature review. *International Psychogeriatrics* (20): 1090-1103.

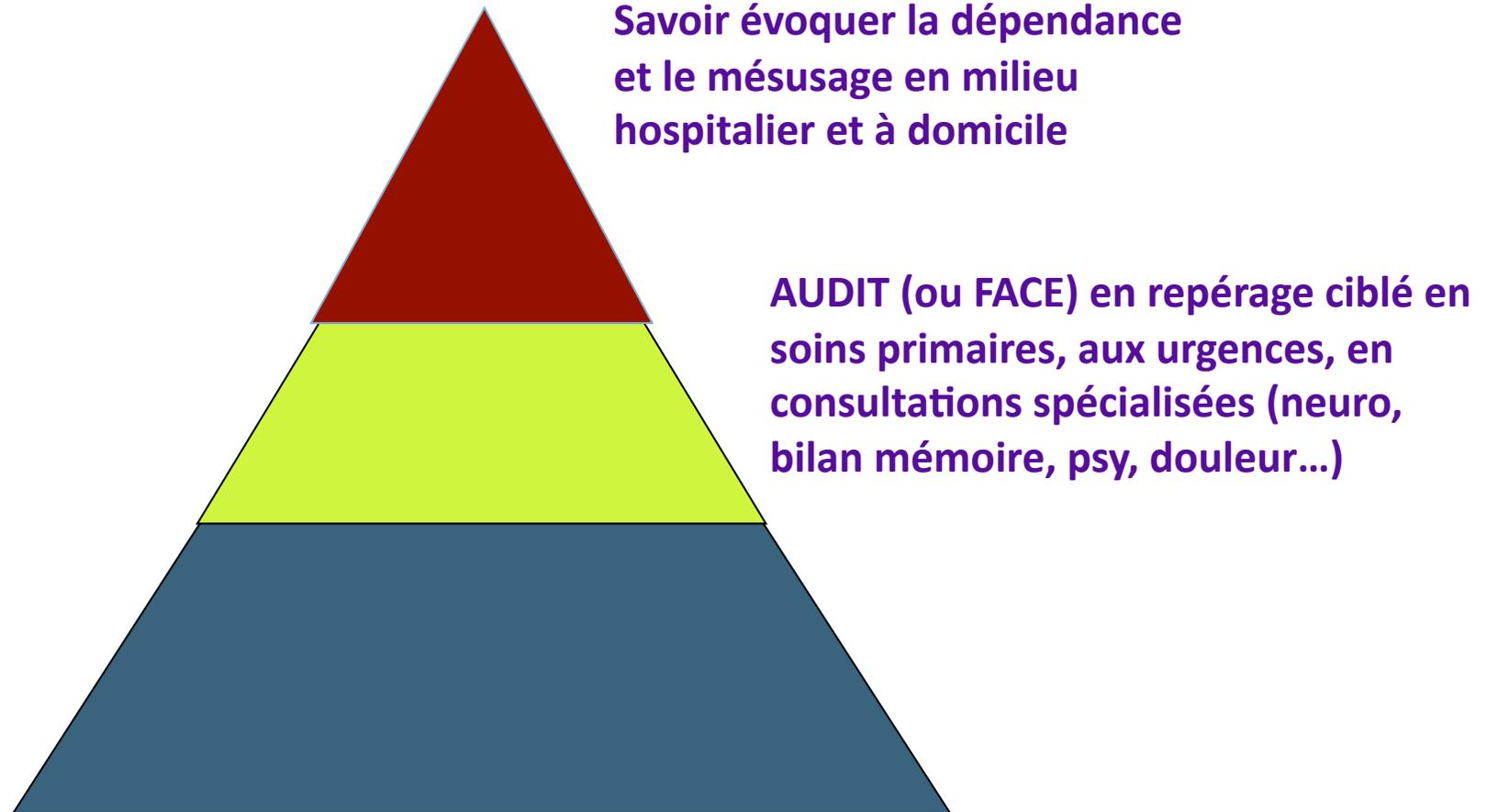
- DETA (CAGE) + T-ACE
- AUDIT + AUDIT-C + AUDIT-5
- FACE \*
- MAST, MAST-G, SMAST, SMAST-G
- ARPS, shARPS, CARPS

# Un exemple de questionnaire spécifique L'ARPS (EDDA)



- Autoquestionnaire destiné aux plus de 65 ans
- Son objectif est de repérer les sujets à risque ou qui ont déjà des problèmes liés à leur consommation, du fait de :
  - La quantité ou la fréquence
  - L'interaction entre la consommation et l'état de santé, la prise de médicaments ou l'état fonctionnel
  - Leurs comportements (comme la conduite en état d'alcoolisation ou les consommations aiguës épisodiques)
- Le questionnaire est complété en 10 minutes maximum
- Une cotation par algorithme détermine si la personne doit être considérée comme à risque ou à problèmes
- Validé en français, acceptabilité évaluée aux USA et en France

# Le repérage en pratique



**Au minimum, se poser (et poser!) la question de l'alcool**

# Intervenir : pour quel objectif ?



- **Alcoolodépendance**

les publications font référence à l'abstinence  
elles ne concernent que rarement les plus âgés  
quid d'un objectif de réduction qui semble réaliste ?

- **Mésusage sans dépendance**

redescendre en dessous des seuils de risque (lesquels?)

USA :  $\leq 1$  verre standard / j et  $< 3$  verres pas occasion (14 g)

Australie : 'moins' que les recommandations adultes

Italie :  $\leq 1$  verre standard / j (12 g)

Grande-Bretagne, France : pas de recommandations différentes

réduire les dommages (ou l'accumulation de risques ?)

# Intervenir : comment ?



## ● Alcoolodépendance

le sevrage : plus volontiers hospitalier  
une offre ambulatoire adaptée  
l'approche multidisciplinaire (psychogériatrie)  
des groupes d'âge homogènes  
lutte contre l'isolement  
traitements réducteurs de l'appétence : pas d'études spécifiques  
(une étude pilote chez des hommes de moins de 70 ans : bonne tolérance et bonne réponse de la naltrexone)  
place du tiers

des résultats globalement positifs dans la littérature  
**facteurs prédictifs** : femmes, début récent, durée du traitement, entourage soutenant

## ● Spécificité des alcoolodépendants vieillissants

# Intervenir : comment ?



## ● Mésusage sans dépendance

efficacité des interventions brèves sur la réduction de la consommation (*Moore et al. Addiction 2010*)

développement d'interventions ajustées à cette population

programmes intégrés spécifiques en médecine générale  
(*Etude PRISM-E : Oslin et al. Psychiatr Serv 2006*)

conseils individualisés délivrés par informatique  
(*Fink et al. J Am Geriatr Soc 2005*)

## Réponses en attente :

coût-efficacité (étude en cours)

efficacité sur l'amélioration perçue de l'état de santé



*De votre point de vue, quel(s) bénéfice(s) auriez-vous à réduire votre consommation d'alcool ?*

# Conclusions



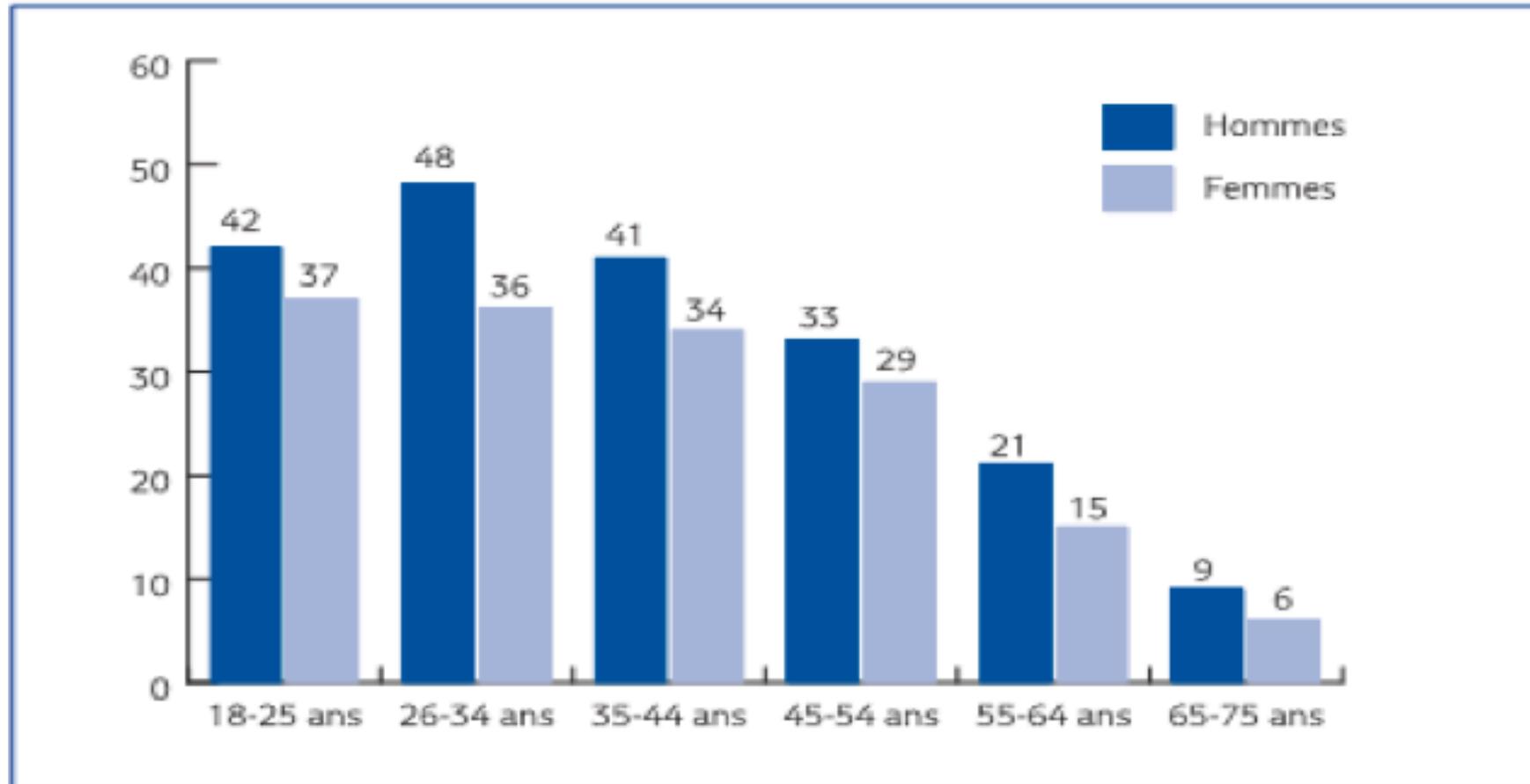
- L'alcoolodépendance est peu fréquente, grave et curable
- Les conséquences de l'alcoolisation des personnes âgées sont sérieuses et souvent minimisées
- Elles apparaissent parfois pour des consommations jugées faibles
- Une intervention est **efficace** pour aider à la réduction ou à l'arrêt
- Il n'est **jamais** trop tard pour diminuer ou arrêter!
- Des outils de repérage existent mais ne remplacent pas le dialogue
- Sensibilisation indispensable des intervenants ayant une responsabilité dans la santé des plus âgés
  - Signes non spécifiques
  - Notion de risque
  - Outils de repérage
  - Moyens d'intervention
  - Bénéfices à attendre



**Le tabac**

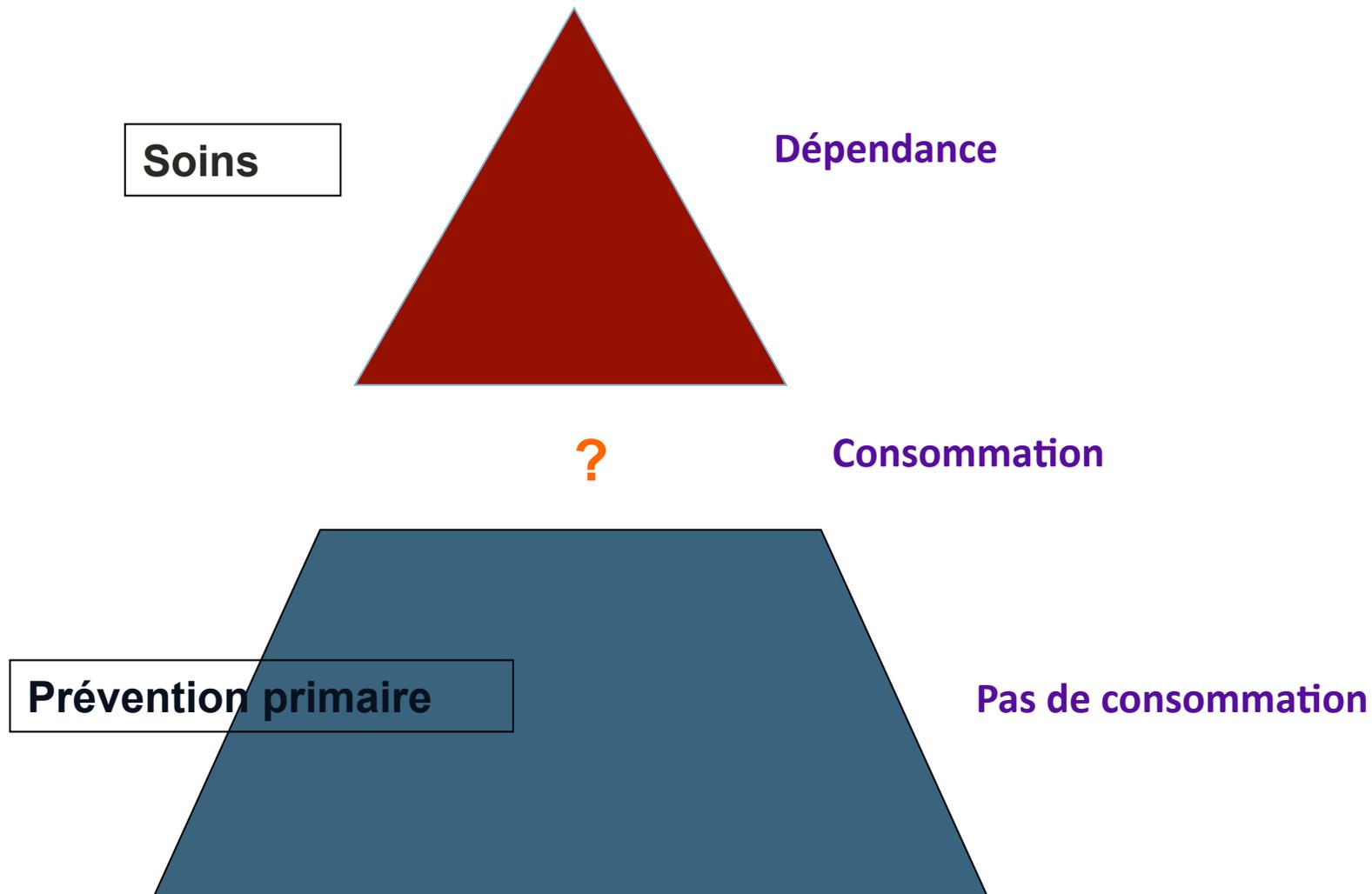


## Proportion de fumeurs quotidiens selon l'âge et le sexe (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES

# La pyramide du risque appliquée au tabac



# Bénéfices attendus d'un arrêt du tabac



- Diminution de la mortalité cardiovasculaire (2 ans d'arrêt)
- Augmentation de la survie après cancer du poumon
- Diminution de l'apparition des troubles cognitifs
- Diminution du risque d'Alzheimer
- Augmentation par rapport aux fumeurs des ADL et IADL

## Repérer et intervenir



- Fumez-vous ?
- De votre point de vue quel(s) bénéfices pourriez-vous attendre d'une diminution ou d'un arrêt de votre consommation ?***
- Sevrage tabagique : patchs (et pourquoi pas en transitoire : hospitalisation, séjour court en mdr?)
- Accompagnement (TCC)

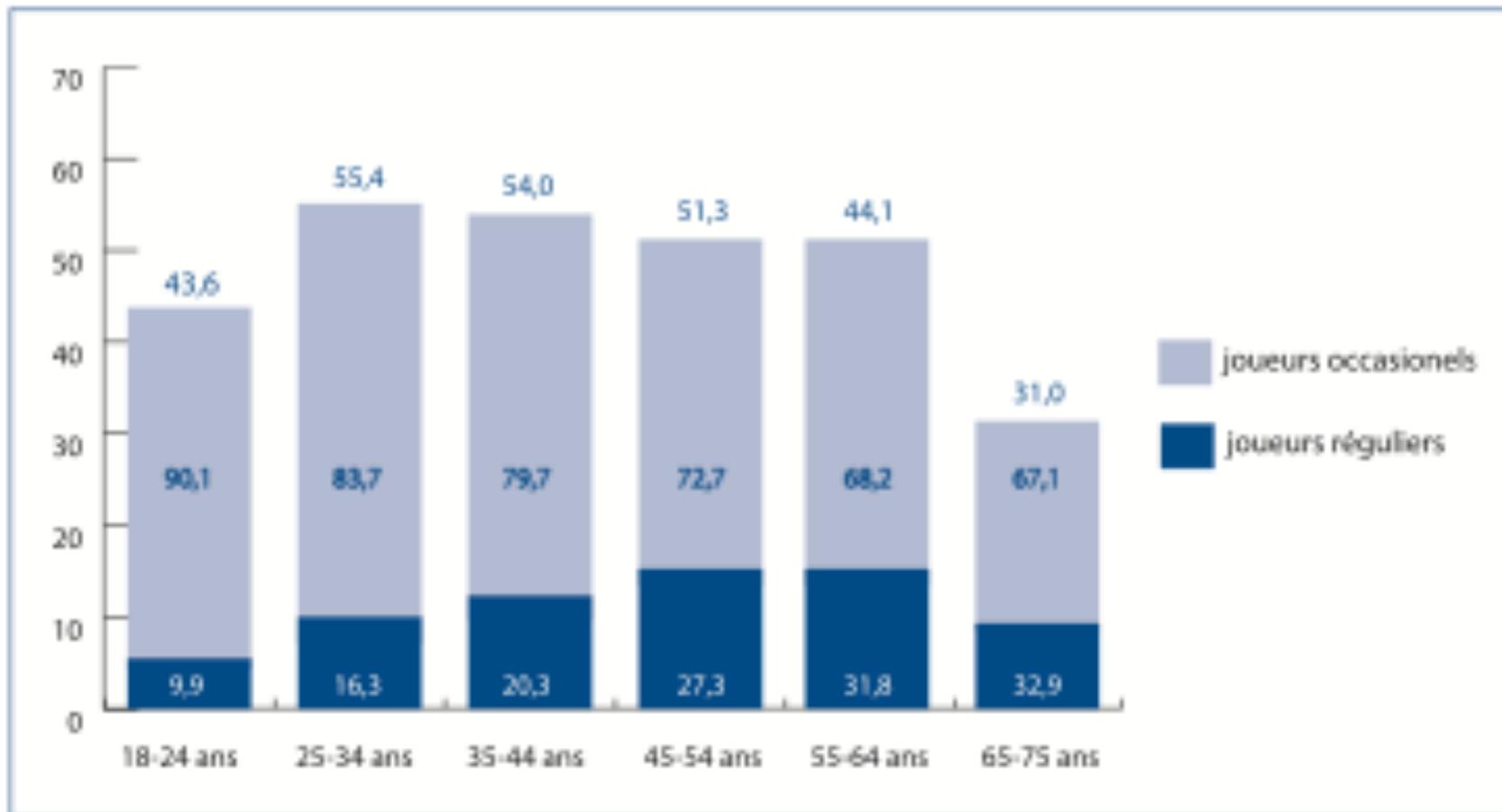


**Le Jeu**



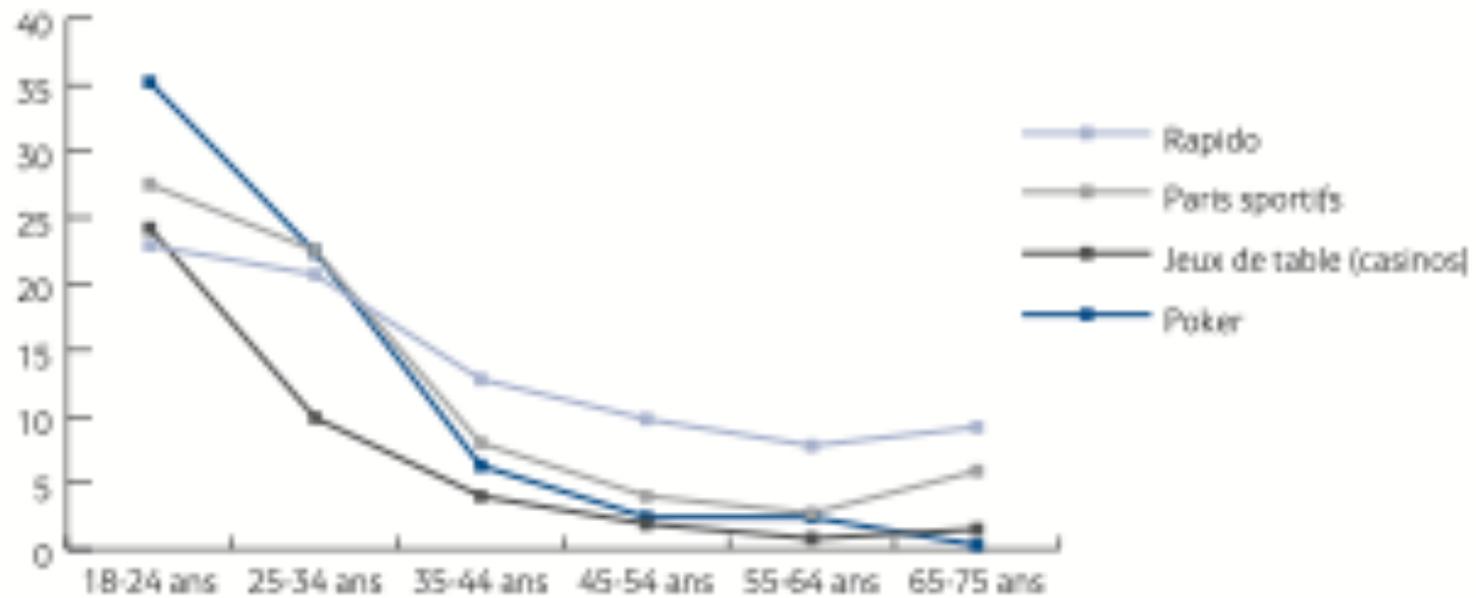


## Fréquence des jeux de hasard et d'argent chez les 18-75 ans (en %)





Proportion des joueurs actifs jouant aux différents types de jeux (en %)



# Circonspection mais vigilance



- Très peu de données épidémiologiques
- Aux USA : Augmentation +++ de la participation des seniors aux jeux de hasard et d'argent
- Risques ou bénéfiques ?
- Comorbidités (autres dépendances, obésité)
- Quels outils de repérage et d'évaluation ?



# Les benzodiazépines et les sujets âgés



- Une spécificité française
- Quelques chiffres
- Conséquences de la conso de benzo

# Dépendance ou chronicité de la prise ?



Une définition contestée

Y penser dès la prescription

Quelle aide apporter ?

# Conclusions



L'**alcool** et les **médicaments** restent les produits les plus consommés

Le **changement** est possible à tout âge

Les **bénéfices** identifiés **par** le patient sont ceux qui vont rendre ce changement possible et durable

Le travail sur le changement de comportement de santé n'est pas spécifique chez les sujet âgé et **l'entretien motivationnel** garde toute sa légitimité

La place des **aidants** est centrale