

Boire ou vieillir...

Avec l'âge, la fréquence de la consommation quotidienne d'alcool augmente. En France, le risque chronique de consommation excessive ou de dépendance concerne 15 % des patients entre 75 et 85 ans. 6 % des hospitalisations des plus de 75 ans le sont en rapport avec un problème d'alcool et jusqu'à 14 % dans les services d'urgences.

Pour la population générale, les recommandations françaises permettant de rester dans un niveau de risque faible de l'OMS, ne sont pas adaptées pour la population âgée. En effet le **métabolisme de l'alcool se modifie avec l'âge**, avec en particulier une diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse, responsable d'alcoolémies plus importantes et plus prolongées pour des consommations identiques. De plus, il s'agit souvent de patients présentant des polyopathologies et des prescriptions multiples, en particulier des psychotropes. De ce fait les recommandations actuelles seraient de ne pas dépasser 10 g d'alcool (équivalent d'un verre standard) par jour, de ne pas dépasser 3 verres en une occasion et en cas de problèmes de santé, de ne pas consommer du tout.

On notera que si dans 2/3 des cas l'alcoolodépendance est ancienne, **dans 1/3 des cas elle apparaît après 60 ans dans un contexte d'évènements de vie négatif, d'inactivité, d'isolement et de problèmes de santé.**

Les complications chroniques de la consommation excessive se superposent aux grands syndromes gériatriques. Ainsi elle majore le risque d'incapacité fonctionnelle : par exemple une consommation même de 2 verres par jour aura déjà un retentissement négatif sur les **activités instrumentales** de la vie courante. L'alcool constitue un facteur de **risque de chute**. Entre 60 et 80 % des patients alcoolodépendants de tous âges présentent des **troubles cognitifs** à des degrés divers avec des atteintes prédominantes sur les fonctions exécutives. La toxicité directe de l'alcool et les carences vitaminiques qui en sont responsables vont se superposer aux troubles cognitifs d'origine vasculaire ou dégénérative en rendant le diagnostic et la prise en charge plus compliqués. Des épisodes de **confusion** peuvent être induits par une alcoolisation aiguë ou chronique ou par un syndrome de sevrage qui se manifesterait parfois non pas dans les 48 premières heures mais jusqu'à 10 jours après l'arrêt de l'alcool. La **dépression** est fréquente chez les personnes âgées. Si elle peut induire des alcoolisations dans un but d'auto apaisement, il est à souligner que l'alcool peut aussi induire et aggraver des troubles dépressifs. Chez les sujets âgés une consommation excessive d'alcool multiplie par 10 le **risque de décès par suicide**. Il existe un risque accru de **dénutrition** du fait du rôle anorexigène de l'alcool et des conséquences financières d'une consommation chronique parfois au détriment de l'achat d'aliments usuels. L'alcool a également des conséquences psychosociales avec un **isolement**, une **perte d'autonomie** et des **conflits** avec les proches. L'alcool favorise également la **survenue de maltraitance** soit envers des proches soit de la part de proches qui tentent de contraindre la consommation. Au niveau hépatique, la consommation excessive d'alcool peut entraîner la survenue de **cirrhose** qui, lorsque le diagnostic est porté chez des personnes âgées, est de très mauvais pronostic puisque la moitié décéderont dans l'année. Au niveau cardiaque, l'alcool peut aggraver **HTA, cardiomyopathie dilatée et trouble du rythme**. Au niveau neurologique, rappelons que l'alcool est un **facteur de risque modifiable des AVC hémorragiques** du fait des troubles de la coagulation induits. Enfin soulignons le **risque accru d'interactions avec des traitements médicamenteux** souvent nombreux et en particulier avec une majoration des effets sédatifs des traitements psychotropes. Encore plus qu'avec les sujets plus jeunes, la prescription de benzodiazépines chez ces patients alcoolodépendants est à éviter en dehors des phases courtes de sevrage. Le repérage de la consommation excessive est un enjeu majeur.

Les techniques de repérage précoce sont aussi efficaces qu'en population générale mais ne peuvent se faire que si certaines représentations médicales sont changées : agir plus sur le risque que sur l'alcoolodépendance, **réduire la consommation** plutôt que l'abstinence, privilégier la **qualité de vie** des années restantes plutôt qu'un dernier petit plaisir à ne pas supprimer. Il n'existe pas d'outil de dépistage spécifique utilisable en pratique courante dans cette population. Explorer la consommation déclarée d'alcool (parfois en présence d'un aidant si il existe des troubles cognitifs) se révèle souvent suffisant mais il s'agit toutefois de le faire de manière non jugeante avec des questions ouvertes du type "que pouvez vous me dire de votre consommation de boissons alcoolisées, vin et bière compris ?". Le dépistage sera d'autant plus "rentable" qu'il s'adresse aux populations à risque (homme, tabagique avec des problèmes sociaux) ou devant des signes d'alerte comme la survenue d'un des grands syndromes gériatriques. En cas de consommation excessive sans dépendance une **intervention brève** pratiquée en soins primaires dans une **posture partenariale avec le patient** comme le promulgue l'HAS a fait la preuve de son efficacité permettant une diminution d'un tiers de la consommation hebdomadaire et de moitié pour les alcoolisations aiguës.

La prise en charge de l'alcoolodépendance chez les sujets âgés donne des résultats similaires à celle de la population générale. Au delà de 75 ans, on privilégiera les sevrages hospitaliers et non ambulatoires en raison du terrain souvent polyopathologique des patients et de la moins bonne tolérance aux benzodiazépines. On privilégiera des benzodiazépines de demi-vie plus courte (oxazepam, lorazepam...) et on débutera à des doses de 1/3 à 1/2 plus faible en tenant compte des pathologies cardiaques possibles lors de l'équilibration hydro-électrolytique.

L'accompagnement psycho-social par un suivi prolongé, un travail d'entretien motivationnel, la prise en compte des comorbidités psychiatriques, la lutte contre l'isolement et la dévalorisation sont primordiaux.

Du point de vue des **traitements médicamenteux** aucune étude n'a été réalisée dans cette population spécifique. Si l'Acamprosate et la Naltrexone devraient pouvoir être prescrits sans problème la prescription de Disulfirame pourrait aboutir à des effets secondaires dangereux en cas de reprise de consommation. Parmi les traitements récents, le Nalméfène qui est indiqué pour la réduction de consommation d'alcool avec une simple prise par jour et une bonne tolérance devrait pouvoir être essayé. Par contre le Baclofène soumis à une recommandation temporaire d'utilisation est plus compliqué à mettre en œuvre, avec une prise en 3 ou 4 fois par jour et jusqu'à 30 comprimés par jour. On peut craindre qu'il soit encore plus mal toléré chez des patients plus âgés. Le soin sera idéalement pluridisciplinaire dans un travail en réseau associant médecin traitant, paramédicaux, aidants, spécialiste de gériatrie et d'addictologie. Les situations les plus complexes avec persistance d'une consommation chronique importante chez des sujets fragilisés se compliquent souvent de passages itératifs aux services des urgences et d'hospitalisations de crises. Ces situations mettent en échec et sont difficiles à vivre, elles peuvent amener, par lassitude, des défauts de soin et ont tendance à isoler ceux qui y sont confrontés (soignants, aidants, famille...). **Des réunions de concertation des différents acteurs impliqués** pourraient permettre de fixer des objectifs communs et réalistes et d'accompagner au mieux ces patients et leur entourage.

Dr Olivier LEJEUNE, équipe d'addictologie CH Vienne

Références :

Recommandations 2013 SFA et SFGG: "Personnes âgées et consommations d'alcool". Boire et vieillir. Pascal Menecier. Editions Erès.