

BOIRE DE L'ALCOOL ET VIEILLIR

Représentations et soins.

Dr Pascal Menecier ; pamenecier@ch-macon.fr

Praticien hospitalier, Unité d'Addictologie - Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux,
71018 Mâcon Cedex et Laboratoire SIS (EAM 4128) Université Lyon 2

- Points clés:**
- Alcool et vieillesse ne s'excluent pas mutuellement.
 - Etre vieux et alcoolique peut vite confiner au cumul des regards négatifs et des freins pour accéder à des soins.
 - Mais le mésusage d'alcool du sujet âgé à un pronostic de soin aussi bon et même meilleur que chez de plus jeunes adultes.
 - Les offres de soins doivent prendre certaines spécificités qui seront présentées.

Mots Clés: sujets âgés, alcool, abus, dépendance, usage, mésusage, soins.

Les aînés et l'alcool, un rapprochement rarement considéré ! La vieillesse ne fait disparaître aucun des risques associés aux consommations d'alcool (risques somatiques, psychiques, sociaux ou addictifs). Et même plus, la vieillesse augmente la sensibilité aux effets de l'alcool, comme elle accroît aussi la vulnérabilité à développer des conduites addictives. Ainsi il n'existe pas d'âge à partir duquel s'alcooliser sans risque ni dommage deviendrait possible, comme si plus rien ne comptait ou comme si un vieillard (une viellarde) n'avait plus rien à perdre.

La vieillesse est associée à un cumul de représentations négatives, et encore plus lorsqu'elle est associée à un mésusage d'alcool. Au Québec, il y a d'une dizaine d'années, une phrase a pu assez simplement résumer cela par : « *traditionnellement, être vieux et alcoolique a quelque chose de doublement honteux, voire de misérable. Une telle misère suscite davantage la pitié que la compassion, car elle est perçue comme un mal auquel seule la mort peut mettre fin* » (Vermette 2001). Ce propos se retrouve vite illustré en considérant d'une part, les difficultés à dénommer les sujets âgés, aînés, séniors, pour ne pas directement énoncer leur vieillesse en les appelant des vieux ; ensuite, en se rappelant la

proximité entre vieillissement et approche de la mort, ainsi que toutes les raisons régulièrement invoquées pour ne pas parler d'alcool après un certain âge: de l'invocation d'un dernier plaisir qu'il faudrait respecter, à l'image parentale que véhicule toute personne plus âgée que soi, à la peur de blesser en parlant d'alcool avant une demande spécifique, ... (Menecier 2006).

Face à une première réponse fréquente, considérant cette question comme rare voire exceptionnelle, diverses publications nord-américaines présentent le mésusage d'alcool parmi les aînés comme une « *Epidémie nationale, mais silencieuse* » (Knauer 2003, Sorocco 2006), ou un « *Tsunami argenté de sujets âgés avec des troubles liés à l'usage de substances* » (Kuerbis 2013), soulignant ainsi le fait que le nombre de sujets âgés avec troubles liés à l'usage de substances devrait doubler entre 2000 à 2020 (Han 2009).

Situant le mésusage d'alcool, parmi les addictions du sujet âgé, dont il représente une forme importante mais non exclusive, il semble nécessaire de ne pas négliger les questions d'abus et mésusage médicamenteux (fréquents mais dérangeants pour les prescripteurs) de jeux ou d'achats pathologiques (avec leurs spécificités

dans la vieillesse), du tabagisme (toujours actif même si plus rare)... (Fernandez 2010, Salve 2011, Menecier 2012).

Si l'usage d'alcool n'est ni banal ni banalisable dans la vieillesse, il n'est pas non plus problématique en soi, ne devant surement pas être prohibé (notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées)

Le mésusage d'alcool quant à lui, ne peut ni ne doit être sous-estimé pas plus que surestimé. D'abord méconnu lorsqu'il apparaît peu ou moins (du fait du délitement des liens sociaux et de la raréfaction des occasions d'apparaître alcoolisé aux yeux des autres), de la perte de pertinence des critères diagnostic avec l'avancée en âge (notamment du DSM), de la méconnaissance des seuils de consommation d'alcool à risque (et encore plus de leur nécessaire adaptation dans la vieillesse), de l'aspect trompeur lorsque l'on ne se fie qu'à la fréquence ou la quantification des prises d'alcool (qui peut être apparemment faible et source de dommages et de souffrances) ...

Le mésusage d'alcool peut à l'inverse être surestimé, ou invoqué à tort, lorsque l'on confond usage et mésusage, lorsque des consommations non contrôlées sont prise pour des pratiques addictives alors qu'elle relèvent de dysfonctionnement cérébraux spécifiques dans le cadre de syndromes frontaux notamment lors de maladies d'Alzheimer ou apparentées, et surtout lors de situations où le mésusage d'alcool a pu faire parler de lui par le passé, et se retrouve systématiquement invoqué devant chaque situation clinique nouvelle (sans démarche diagnostique), dans ce qui a pu être nommé un syndrome de l'étiquette, vite apposée, jamais remise en question.

Repérer, reconnaître, identifier et évaluer une conduite addictive avec l'alcool nécessite une démarche clinique précise, qui plus est chez le sujet âgé. Cette prise en soin est d'autant plus utile qu'il faut rappeler que l'essentiel des travaux actuels confirment que le pronostic de soin du mésusage d'alcool ne décline pas mais s'améliore plutôt avec l'avancée en âge. « *Il n'est*

jamais trop tard » titre avec justesse une brochure des Alcooliques Anonymes Nord-américains, destinée aux plus âgés.

REPRESENTATIONS

Mais avant de vouloir préciser les modalités de soins, il est nécessaire de considérer l'accès aux soins en lui-même et le cumul de représentations négatives qui se retrouvent au croisement de la vieillesse et du mésusage d'alcool, qui s'opposent aux aides envisageables.

Force est de constater que si les images de boissons alcoolisées sont fréquentes dans notre société, elles sont associées à la fête, la détente, la jeunesse, mais presque jamais à une femme ou un homme âgé. Historiquement cette association est rare dans les arts ou les représentations picturales, hormis quelques scènes bibliques ou allégories de la mythologie gréco-romaine. La totalité des quelques images trouvées depuis un siècle, ne reflète jamais des difficultés ou des dommages induits, renvoyant à une maxime attribuée à Platon : « *Le vin est le lait des vieillards* », niant par là même, la souffrance associée au mésusage d'alcool, que la vieillesse n'adoucit pas ni ne permet d'éviter.

Plus récemment, il est tout aussi notable que les quelques films de cinéma ou bandes dessinées envisageant les consommations d'alcool de sujets âgés le font uniquement avec bonhomie, anecdotes et sourire. Là non plus, ni les dommages ni la souffrance alcoolique n'apparaissent.

A l'inverse même que de se voir associé à d'éventuels risques ou dommages induits par les alcoolisation de sujets âgés, l'alcool jusque dans les années 1950 a été largement valorisé et présenté dans les réclames de l'époque comme un facteur de bonne santé, de force, de beauté et même de longévité ! Tout cela avec sourire, et de multiples références morales, au bien et au mal, à la bonne ou mauvaise vieillesse sans ou avec alcool et souvent avec un possible ressenti de malaise actuel, face à un tel manichéisme.

SOINS

Alors que la littérature internationale puis francophone semble s'intéresser de plus en plus à ce sujet, les textes se multiplient dans les revues spécialisées (gériatriques ou addictologiques), mais assez peu en dehors. Parmi eux, les études spécifiques aux aînés sont rares ou maladroites, alors que les considérations générales sont beaucoup plus nombreuses. Notamment à propos des offres de soins, des traitements, et de leurs validations dans la vieillesse : il n'existe que très peu de repères spécifiques aux aînés (Kuerbis 2013).

Malgré tout, de grandes lignes peuvent être dégagées.

- Le soin en alcoologie ou addictologie (aux personnes âgées) et d'abord psycho-thérapeutique puis pour une plus faible part pharmacologique.
- L'objectif du soin n'est pas simplement de modifier ou arrêter une consommation d'alcool, mais de permettre à une personne (âgée) de mieux aller, d'améliorer sa qualité de vie, son bien être (et en cela sa santé selon la définition générale de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1946).
- Le soin en alcoologie (addictologie) aux personnes âgées ne peut se résumer au seul sevrage : il commence bien avant et se poursuit bien après. Il peut aussi exister en dehors même du sevrage (dans certaines circonstances précises).
- Les référentiels de soin en alcoologie demeurent pour la plupart valides dans la vieillesse : ainsi les conférences de consensus en alcoologie de 1999 et 2001 demeurent des supports utiles, et surtout en France, le récent texte du groupe de travail SFA-SFGG de 2013 à propos de personnes âgées et consommation d'alcool.

Divers points spécifiques aux soins en alcoologie auprès d'aînés ont été énoncés, et même recommandés :

- L'intérêt de développer des soins en groupe homogène et ne pas mélanger les âges ; ce qui est aussi à l'inverse controversé (la mixité pouvant réduire la honte et la stigmatisation) et se heurte dans la réalité à l'absence en France de structures et offres de soins spécifiquement destinées aux aînés.
- L'intérêt de favoriser des soins institutionnels plutôt qu'ambulatoires : sans pouvoir préciser quels éléments le justifient ni dans quelles structures, si ce n'est une prudence générale, souvent énoncée par des professionnels hospitaliers ?
- Le besoin de développer des techniques de soins spécifiques aux personnes âgées, régulièrement répétée comme un vœu pieu ou une autoconviction de l'intérêt à continuer à soigner des malades de l'alcool, même âgés (ou très âgés).
- La nécessité totologique de prendre en compte le contexte de polyopathie fréquente associée et surtout des polymédications fréquentes.

Quoi qu'il en soit, il convient d'abord d'envisager un projet de soins adapté à chaque individu, selon ses souhaits et ses aspirations, son contexte pathologique général et sa relation à l'alcool.

Ainsi l'arrêt de consommation d'alcool n'est pas nécessaire (mais pas à réfuter non plus) lors de consommation d'alcool à risque ou d'usage abusif (selon le DSM IV ou de trouble lié à l'usage d'alcool sans dépendance pour le DSM V).

Dans le même temps, les perspectives de changement de consommation, vont varier selon les situations : soit ramener les niveaux de consommation sous les seuils de risque (inférieurs à ceux de l'adulte d'âge intermédiaire, en deçà de 1 à 2 verres quotidiens), pour les usagers à risques comme ceux relevant de mésusage sans dépendance ; soit proposer un sevrage alcoolique lors de dépendance reconnue, en référence aux propositions de la conférence de

consensus de 1999 qui rappelle que « *toute dépendance alcoolique justifie d'une proposition de sevrage thérapeutique* » (ANAES 1999); ce à quoi l'âge ne modifie rien.

Même lorsqu'un sevrage alcoolique peut-être requis, diminuer les consommations, réduire les quantités prises est déjà une avancée, un mieux à ne pas négliger ni dévaloriser.

PRECISER LES OFFRES DE SOINS

La part de soin psychothérapique, est prépondérante comme à tout âge. Dans la vieillesse, il convient en plus de résister aux barrières supposées à un tel soin que l'âge constituerait, faisant parfois référence à une incurabilité apparaissant dans le grand âge ou à des résistances majeurs aux changements psychologiques et comportementaux (Ruben 1986, Tison 2005).

Les modalités du soin psychothérapique ne peuvent pas être mieux précisées, si ce n'est devoir faire partie des connaissances et compétences de l'intervenant... Aucune n'a été comparée ni validée, encore moins que chez l'adulte plus jeune : c'est-à-dire les approches psychanalytiques qui restent toujours valides, ou les approches cognitivo-comportementales qui sont aussi adaptées, et pour lesquelles une évaluation positive des interventions brèves chez des usagers d'alcool non-dépendants a été faite après 65 ans. Les références systémiques, considérant l'individu dans son environnement sont tout aussi utiles, voire même plus encore lorsqu'apparaissent des altérations des capacités à gérer les actes de la vie quotidienne et un besoin d'intervention de tiers (autres formes de dépendance).

Deux points communs ressortent de la plupart des écrits : la question de la préservation et de l'amélioration de l'image de soi, soulignant l'intérêt de toutes les approches de renarcissisation. Le second, concerne l'intérêt

des groupes de patients et des soins en groupe, classiques en alcoologie, et tout aussi intéressant avec des sujets âgés.

La part pharmacologique des soins concerne autant les notions d'aide maintien de l'abstinence que la réduction d'appétence, selon les termes consacrés. Parmi les molécules avec une autorisation d'emploi actuelle en France, notons que l'Acamprosate (Aotal[®]) ne peut être recommandé après 65 ans, la Naltrexone (Révia[®], Naltrexone Serb[®]) est contre-indiquée après 60 ans (mais ne l'est pas dans autres pays, alors que l'American Geriatric Society et certains auteurs ont pu en conseiller l'emploi) (Maisel 2013, Kuerbis 2013, AGS 2003, Paille 2013). Le seul produit sans précaution d'âge dans son autorisation de mise sur le marché est le Disulfirame (Esperal[®], TTD B3B4[®]), qui actuellement est déconseillé ou à exclure chez le sujet âgé par la totalité des auteurs et des recommandations. Quant aux autres médicaments, aucun psychotrope n'a jamais démontré d'efficacité dans cette indication, et les médicaments encore à l'étude sont variés, dont on ne peut que considérer avec prudence l'emploi avant validation (notamment pour le baclofène, le plus médiatiquement célèbre), parmi une population fragile, polypathologique et polymédicamentés, chez qui le risque d'effets latéraux peut être maximal. Le Nalmefène (Selincro[®]), qui a récemment obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne (mars 2013) mais n'a pas encore d'autorisation en France, n'a pas été spécifiquement étudié après 65 ans et une « *prudence* » (non précisée) est recommandée dans son emploi chez le sujet âgé, dans la limite aussi de ses indications, mais sans ajustement posologique nécessaire.

La part sociale du soin, dans la classique trilogie bio-psycho-sociale du soin addictologique, ne doit pas être négligée, et encore moins dans la vieillesse. Diverses considérations sont retrouvées à propos de l'isolement, de la mise à

la retraite, de la perte des liens sociaux, des pertes affectives ou des deuils, surement utiles, tout en se gardant de ne pas faire de lien trop direct entre événement de vie et addiction, dans une causalité linéaire simple, qui n'existe pas.

Lorsqu'un sevrage alcoolique est indiqué et retenu, il est d'abord le choix de l'intéressé, mais peut aussi lui être imposé, d'autant plus qu'il est âgé, vulnérable, avec des troubles cognitifs, alors que rien ne peut pour autant justifier de telles pratiques. Le lieu de sevrage alcoolique reste à déterminer, en ambulatoire comme cela est d'abord recommandé chez l'adulte d'âge intermédiaire, ou en institution plus particulièrement pour les aînés, ce que diverses auteurs proposent, sans support le justifiant, hormis la prise en compte d'une fragilité et des craintes majorées de complications du sevrage.

La conduite du sevrage, inclura les recommandations de la conférence de consensus de 1999 (ANAES 1999), avec comme particularité des arguments pour privilégier les benzodiazépines à demi-vie courtes oxazépam (Seresta[®]), lorazépam (Temesta[®]), à plus faible posologie ; rappelant toujours l'absence quasi générale d'indication à associer plusieurs benzodiazépines entre-elles, même dans des indications multiples.

Enfin, le soin peut intégrer d'autres objectifs ou étapes intermédiaires, parfois plus simplement concevables dans le grand âge, mais ne devant pas être confondus avec une moindre implication des soignants, un défaitisme ou une option palliative systématique. Cela concerne les notions de réduction des méfaits (et pas seulement des risques), ou de contrôle externe de l'accès à des boissons alcoolisées, d'autant plus envisageables que la personne ne peut s'approvisionner seule, et dépend de son entourage pour s'alcooliser.

Enfin, ou avant tout, l'âge ne retire pas à une personne la possibilité de choisir de ne pas modifier ses consommations d'alcool, en

connaissance des risques et dommages encourus.

CONCLUSION

Loin de se simplifier avec l'avancée en âge, l'approche et les soins en alcoologie semblent à l'inverse se complexifier. Ils sont avant tout difficiles à considérer du fait de représentations et de composantes ressenties comme essentiellement négatives, mais aussi du fait d'un manque d'intérêt scientifique à leurs égards. La grande rareté des études cliniques, et surtout la presque absence de toute étude cherchant à valider les modalités de soins dans la vieillesse, ne font que refléter cela.

Il existe un besoin majeur de développer une connaissance théorique et clinique de cette question, avant de chercher à préciser les stratégies de soins, et surtout penser à leurs possibilités d'application pratique. Dans le même temps, l'attention portée à ces situations, aidera à leur considération moins négative.

RÉFÉRENCES

- American Geriatric Society (2003). Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults: <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcoholPF.shtml>
- ANAES (1999). Conférence de consensus "Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant", Paris : Recommandations, *Alcoologie* 21(2S) : numéro spécial.
- ANAES (2001). Conférence de consensus : Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage : ANAES. *Alcoologie et addictologie*; 23(2): numéro spécial.
- Fernandez L (2009) Les addictions du sujet âgé. In *Press Ed*, Paris, 230p.
- Han B, et al (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction* ; 104 : 88-96.
- Knauer C (2003). Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatr Nurs*; 24(3) : 152-4.

- Kuerbis A, Sacco P (2012) The impact of retirement on drinking patterns of older adults : a review. *Addictive Behaviors*; 37 : 587-95.
 - Kuerbis A, Sacco P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for further directions. *Substance Abuse: Research Treatment* ; 7 : 13-37.
 - Paille F, Lecallier D, Verny M, Maheut-Brossier A, Pin S, Menecier P, et al. (2013). Personnes âgées et consommation d'alcool. Texte long. Travail conjoint SFA – SFGG : *Alcoologie-Addictologie* : à paraître.
 - Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW (2013) Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders, when are these medications most helpful ? *Addiction*; 108(2): 275-93
 - Vermette G, Forget J, Boucher G (2001). La toxicomanie chez les aînés: reconnaître, comprendre et agir: guide d'intervention. Montréal: CPLT-FQCRPAT Ed 32p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/0101aîne.pdf>
 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C. (2006) Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. *Soins Gériatrie* 60 : 40-2.
 - Menecier P, Fernandez L. (2012) Pratiques addictives dans la vieillesse ; particularités diagnostiques et cliniques. *Presse Med*; 41 : 1226-32.
 - Ruben DH. (1986). The elderly alcoholic : some current dimensions. *Advances in Alcohol & Substance Abuse* ; 5(4) : 59-70.
 - Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier JC, Vandel P, Bonin B. (2011) Conduites addictives du sujet âgé. *EMC, Psychiatrie*, 37-530-A-30.
 - Sorocco KH, (2006) Alcohol use among older adults. *J Gen Psychol*; 133(4): 453-67.
 - Tison P, Hautekeete M. (2005) Activation de pensées automatiques négatives vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*; 15(2): 61-8.
- Bibliographie personnelle complémentaire:**
- Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L, Sujets âgés et alcool: *Rev Gériatr* 2008; 33(10): 857-68.
- Menecier P. Les Aînés et l'Alcool ; Eres Ed : Toulouse 2010, 226 p.
- Menecier P. Boire et vieillir, comprendre et aider les aînés en difficultés avec l'alcool; Eres Ed, 2010. 200 p.
- Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C, L'alcoolisme qui commence avec la vieillesse *Soins Gériatrie* 2006 61 :14-6.
- Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C, Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé *Soins Gériatrie* 2006 62 :12-4.
- Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L., Arezes C, Dury M, Monterrat N, Ploton L. Alcool et démences : des relations complexes. *Revue de Gériatrie* 2006 ; 31: 11-18.
- Menecier P, Poillot A, Gauthier T, Clair D, Menecier-Ossia L, Ploton L : Troubles délirant d'origine toxique du sujet âgé. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* : 2010 ; 12 (97) : 77-80.
- Menecier P, Menecier-Ossia L, Ploton L. Rôle soignant lorsque s'associent vieillesse, mésusage d'alcool et maladies d'Alzheimer. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2012 ; 12 : 9-14.
- Menecier P, Girard A, Bernard B, Menecier Ossia L, Pellissier-Plattier S, Afifi A, Ploton L, Intoxication éthylique aigue après 75 ans : une situation clinique loin de l'anecdote à l'hôpital. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*: 2008; 6(2): 129-35.
- Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L, Plattier S, Ploton L. L'ivresse alcoolique après 60 ans, une occurrence non exceptionnelle à l'hôpital. *Revue de Gériatrie* 2012 ; 37(2) : 111-8.
- Menecier P., Prieur V., Arèzes C., Menecier L., Rotheval L. Alcool et sujet âgé en institution *Gérontologie et Société* : 2003 ; 105 : 133-49.
- Menecier P. L'alcool en EHPAD : un plaisir un risque ou un problème ? *Revue de la Fédération Hospitalière de France* 54 : 65-9.
- Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Lefranc D, Plattier S, Ploton L : Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé. Etude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers. *Alcoologie Addictologie* 2010 ; 32(4) : 291-8.
- Menecier P, Sagne A, Menecier-Ossia L, Plattier S, Ploton L. (2012) Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : Etude exploratoire en milieu hospitalier : *Psychotropes* : 18(2) ; 61-76.
- Menecier P, Menecier-Ossia L, Clair D, Choplin A, Constant N, Ploton L (2009) : Prendre soin d'un aîné en difficulté avec l'alcool. *Soins gérontologie*; 80 :11-3.