



Tout ce que vous avez
toujours voulu savoir sur
**l'alcool chez
les seniors**
sans jamais oser le demander

Pr. Michel Lejoyeux. Service Universitaire de psychiatrie et
d'addictologie. Hôpital Bichat-Claude Bernard (AP-HP) Paris.

Sommaire

1. Edouard boit « comme tout le monde » et depuis toujours.....7
2. César boit en maison de retraite.....9
3. Fabrice n'avait jamais abusé de l'alcool avant 70 ans 14
4. Alexandre a rangé sa perceuse.....20
5. Aimée est tombée seule chez elle.....24
6. Barbara perd la mémoire.....27
7. Baudouin aime les voitures et le whisky.....30
8. Jacqueline veut arrêter de boire et de fumer33
9. Raymonde s'est fracturée le col du fémur.....35
10. Le gynécologue de Madeleine lui parle d'alcool.....37
11. Denis entretient sa forme et son cœur et surveille sa consommation d'alcool.....40
12. Louise, infirmière libérale, donne des conseils alcoologiques aux seniors dont elle s'occupe.....43
13. Annexe : Une échelle spécifique pour évaluer l'alcoolisme chez les personnes âgées.....47

Introduction

- Votre médecin traitant vous propose une nouvelle brochure d'information sur l'alcool. Elle concerne l'alcoolisation des personnes âgées. Elle fait suite aux brochures précédentes sur l'abus d'alcool et sur les particularités de l'alcoolisation des femmes et des adolescents. La consommation d'alcool des personnes âgées est aussi une forme de consommation fréquente et méconnue. Il peut s'agir de la poursuite d'une consommation apparue tôt dans l'existence ou de l'apparition à la sénescence d'un recours à l'alcool pour supporter une situation d'isolement ou un handicap nouveau. Les signes des difficultés avec l'alcool ne sont pas les mêmes chez les personnes âgées. Il existe une clinique de la dépendance tardive qui commence à être connue. Les manifestations spectaculaires de l'alcoolisation sont plus rares. Les dépendants les plus âgés font moins de grandes ivresses ou d'accidents de sevrage. Leurs souffrances sont souvent plus cachées jusqu'à ce qu'une chute ou une atteinte médicale grave ne vienne révéler brutalement leur lien de sujétion vis-à-vis de l'alcool.
- L'abus d'alcool chez les personnes âgées représente ainsi une question importante de santé publique. L'organisme supporte particulièrement mal l'alcool dans la sénescence. La prévention est difficile à mettre en place chez les adultes jeunes. Elle l'est encore davantage chez les personnes âgées où cette question est masquée par une gêne et une pudeur qui tiennent du tabou. Qui oserait parler à un aïeul « respectable » et « irréprochable » de sa relation à l'alcool s'il n'est pas convaincu qu'en abordant ce sujet, il augmente son espérance de vie et sa qualité de vie ?
- Au-delà des quelques exemples que chacun d'entre nous peut rencontrer dans son entourage ou sa vie professionnelle, de nombreuses études récentes tentent de préciser l'ampleur du phénomène, ses conséquences et ses déterminants. Les principales conclusions de ces travaux seront présentées dans cette brochure. Elles seront illustrées d'exemples réels d'hommes et de femmes âgés entretenant une relation d'abus ou de dépendance vis-à-vis de l'alcool.
- L'information est d'autant plus utile à faire circuler largement que la conduite est cachée ou méconnue. Les hommes ou les femmes en difficulté avec l'alcool n'évoquent pas spontanément leur dépendance. Le repérage de

l'alcoolisation pathologique chez le sujet âgé est pourtant facile. Il n'est pas très différent du repérage diagnostique fait chez l'adulte jeune. Les principaux signes de la dépendance sont la fixité de la consommation, la perte de contrôle et la sensation de manque quand l'alcool est réduit.

- Certaines complications de l'abus d'alcool sont spécifiques au sujet âgé. La plus fréquente et souvent la plus grave est le risque de chute et de fracture. La dépendance aggrave tous les états médicaux pathologiques qui peuvent être présents chez les seniors. Les médicaments qu'ils peuvent être amenés à recevoir pour une pathologie somatique associée interagissent avec l'alcool. Il peut en résulter des effets indésirables graves. Là encore, on retrouve un risque de chute et de complications médicales.
- Tout examen d'un patient âgé doit donc évoquer la question de l'alcool. L'objectif est de repérer la consommation d'alcool qui était présente à l'adolescence, à l'âge adulte. La suite de l'entretien évalue l'évolution de cette consommation d'alcool avec le vieillissement. Les antécédents familiaux d'alcoolisme sont eux aussi à étudier. De nombreuses complications médicales doivent faire évoquer, même si le patient n'en parle pas spontanément, une consommation d'alcool supérieure aux normes sanitaires. Les principales complications somatiques associées à l'alcool et qui doivent orienter le diagnostic sont l'hypertension, les douleurs digestives, les traumatismes, les cancers du foie, les cancers de l'œsophage et les démences.

Principales manifestations de l'abus ou de la dépendance à l'alcool chez le sujet âgé

- Anxiété
- Cardiomyopathie
- Cancers
- Cirrhose du foie
- Etat confusionnel
- Dépression
- Trouble de l'érection
- Maladies gastro-intestinales
- Hypertension
- Insomnie
- Syndrome de Korsakoff
- Déficit nutritionnel
- Ostéoporose
- Chutes à répétition
- Accidents et traumatismes à répétition
- Incurie
- Angiome stellaire
- Perte de poids
- Encéphalopathie de Wernicke

- Les questions posées au patient lui-même seront complétées par un entretien avec la famille et parfois les amis. Il n'est pas rare que chez les sujets âgés consommant de l'alcool on retrouve aussi une alcoolisation parmi les membres de leur famille.



- Une fois le diagnostic de dépendance à l'alcool ou d'abus d'alcool établi, une autre difficulté consiste à trouver un traitement réalisable et acceptable par la personne âgée. Les aides peuvent être proposées par le médecin généraliste lui-même. Elles peuvent aussi consister en des soins spécialisés en ambulatoire ou en hospitalisation. Les mouvements d'anciens buveurs accueillent particulièrement facilement les personnes âgées. Les réunions d'information facilitent la prise de conscience de leur difficulté. Celles-ci sont animées par d'anciens malades abstinents depuis un temps plus ou moins long. Ces réunions favorisent la motivation de patients plus réticents à des approches psychothérapeutiques ou addictologiques plus classiques ou plus médicales. En cas de désinsertion sociale ou de pathologie somatique sévère, l'hospitalisation reste une possibilité précieuse de soins.

- Le traitement est par bien des aspects comparable à celui de l'adulte jeune. Les conférences de consensus sur le sevrage et le traitement de la dépendance n'identifient pas des prises en charge spécifiques au sujet âgé. Après le repérage diagnostique à l'aide de l'examen clinique et de l'entretien avec le patient et son entourage, le traitement passe par un sevrage quand un syndrome de dépendance est repéré. Le patient est informé de la nécessité de ce sevrage et des conséquences somatiques et psychiatriques que provoquerait la poursuite de son alcoolisation. Le sevrage peut se réaliser en ambulatoire ou à l'occasion d'une hospitalisation. L'indication d'hospitalisation est plus large que chez l'adulte jeune du fait du risque de complications de sevrage (delirium tremens, désorientation temporelle ou hallucinations de sevrage). Le traitement médicamenteux consiste en la prévention de la déshydratation et un traitement par vitaminothérapie B1. Les benzodiazépines seront prescrites à plus faible dose que chez l'adulte jeune.

Référence :
Michel Lejoyeux.
Du plaisir à la dépendance. Editions de la Martinière, Paris, 2007.

Edouard boit « comme tout le monde » et depuis toujours

Edouard a commencé à boire à 15 ans. L'alcool est une histoire de famille. Son père présentait lui aussi une relation de dépendance à l'alcool. Edouard a travaillé comme maçon. L'alcool avait dans son métier une valeur initiatique. Les jeunes apprentis étaient obligés de remplacer la limonade par de la bière s'ils voulaient avoir l'air adulte et faire partie de la communauté des vrais maçons. Très rapidement, Edouard est devenu dépendant de l'alcool tout en ayant l'impression de boire normalement. Il a fait des accès de delirium tremens quand il a essayé d'arrêter seul le vin. Il avait des visions d'animaux, des tremblements et il était désorienté. A 21 ans, Edouard a fait sa première cure de sevrage. Il est ensuite resté abstinent pendant dix ans. Il a fréquenté régulièrement les réunions des Alcooliques Anonymes. A 35 ans, Edouard a du faire une deuxième cure de sevrage. Il avait recommencé à boire « autant que ses amis ». Ensuite, de manière assez régulière, Edouard a fait tous les 10 ans une nouvelle cure de sevrage. Il était hospitalisé pour deux ou trois semaines. Il était ensuite suivi de manière régulière. Edouard explique son goût de l'ivresse. « Je suis un insatiable », dit-il. « Quand je commence, je ne sais pas m'arrêter. » Toute prise d'alcool, même d'un verre, s'accompagne d'un retour rapide vers un état de dépendance. Edouard a aujourd'hui 70 ans. Sa dernière cure de sevrage remonte à 8 ans. C'est à l'occasion d'une fête de famille, le baptême de sa petite-fille, qu'il a repris un verre de vin. « En trois jours, tout a recommencé. » Edouard connaît bien sa maladie. Il sait qu'il va devoir rapidement entreprendre un nouveau sevrage.

- Quand ils ne sont pas dépendants de l'alcool, la plupart des sujets âgés ont tendance à diminuer leur consommation d'alcool avec l'âge. Ils tolèrent moins l'alcool au niveau médical. Celui-ci leur est moins accessible. S'ils sont hospitalisés, soit en maison de retraite, soit dans des services de soins somatiques, l'alcool ne leur est normalement pas fourni. Dans un plus petit nombre de cas, l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation de la consommation d'alcool.



- De nombreux travaux épidémiologiques tentent de préciser la fréquence de ces conduites de dépendance tardive à l'alcool. La fréquence de la dépendance des seniors est souvent sous-estimée. Globalement, 15 % de la population générale présente à un moment de sa vie un abus ou une dépendance à l'alcool. Selon les études américaines, 62 % des personnes âgées de 60 à 94 ans boivent de l'alcool. 13 % des hommes et 2 % des femmes sont « gros consommateurs » c'est à dire des consommateurs réguliers buvant plus que ne le recommandent les normes de santé publique.

- Le coût social de la consommation d'alcool et de ses conséquences chez le sujet âgé a lui aussi tendance à être minimisé. Les modifications physiologiques induites par l'âge rendent pourtant l'organisme plus sensible aux effets de l'alcool. L'action de l'alcool sur la tension artérielle et sur la fonction hépatique est particulièrement sévère après 60 ans et plus encore après 80 ans. Les personnes âgées ont tendance à être polymédiquées. La consommation d'alcool modifie le métabolisme des traitements médicaux qu'elles peuvent prendre. Le catabolisme de l'alcool est lui aussi plus lent chez le sujet âgé. Il en résulte un niveau d'alcoolisation plus élevé, à quantité ingérée égale, chez le sujet âgé.

- **Le repérage des conduites de dépendance est un enjeu majeur à tout âge du fait de la fréquence du comportement. Tous les intervenants médicaux, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux sont concernés par ce repérage qu'ils soient ou non spécialisés en alcoologie.**

Référence :
Christina Knauer.
Geriatric Alcohol Abuse : a National Epidemic. Geriatric Nursing – volume 24 – N°3 – juin 2003.

César boit en maison de retraite

César a fini par accepter de s'installer dans une maison de retraite. Il était de moins en moins autonome. Il n'arrivait pas à se déplacer seul et à assumer les gestes de la vie quotidienne. César est maintenant depuis deux ans dans une maison de retraite qui devrait lui plaire. Il n'arrive cependant pas à s'habituer à sa nouvelle situation. Il s'est vite intégré dans ce que les autres pensionnaires appellent « le club des joueurs de cartes ». En réalité les joueurs de cartes sont des buveurs de vin. Ils se réunissent tous les après-midi et boivent en cachette un litre de vin que certains membres du personnel de la maison de retraite – peu scrupuleux – leur apportent à l'insu de la direction. Ils ne sont jamais ivres. Ils sont seulement un peu « assommés ». A l'exception de son rendez-vous quotidien au club des joueurs de cartes, César apparaît comme un pensionnaire modèle. Il ne fait jamais parler de lui. Il semble intégré à la vie de la maison de retraite. Il faudra que le médecin généraliste qu'il rencontre régulièrement lui pose de nombreuses questions, très précises, pour qu'il finisse par évoquer son besoin d'alcool et les rendez-vous qu'il ne peut manquer avec cette consommation tous les après-midi.



- Les gériatres proposent des explications à l'apparition de l'alcoolisme chez les personnes âgées, surtout quand elles perdent de l'autonomie. Le vieillissement normal ne s'accompagne pas de modifications majeures du comportement et de la personnalité. L'apparition de comportements régressifs et d'une perte de souplesse des traits de caractère ne doit pas être considérée comme une modification inéluctable liée à l'âge. Elle doit faire rechercher une affection sous-jacente, qu'il s'agisse d'une dépression, d'une démence ou aussi souvent d'une consommation abusive d'alcool.

- Un autre symptôme d'appel souvent négligé chez le sujet âgé est la réduction de l'intérêt et des capacités sexuelles. L'activité sexuelle reste possible chez le sujet âgé. Ses modifications rapides et sévères doivent là encore faire évoquer une pathologie médicale ou psychiatrique. Par ailleurs, l'activité sexuelle dépend du statut du patient (solitude ou vie conjugale), de son lieu de vie, de l'existence d'un handicap comme une démence. Les troubles de la fonction sexuelle sont difficilement évoqués par le patient âgé. Il éprouve vis-à-vis de ces questions de l'embarras, voire de la honte. Il est confronté à l'image dévalorisée de son corps vieilli.

L'entourage et parfois même aussi les praticiens n'évoquent qu'avec difficulté la question de la sexualité. Cependant les effets délétères de la consommation d'alcool sur la sexualité sont précoces. Ils peuvent constituer un signe d'appel évocateur du diagnostic et incitant à poursuivre l'analyse sémiologique.

- Plus généralement, toute plainte concernant un organe ou une fonction ne doit pas être considérée comme normale sous prétexte qu'elle émane d'une personne âgée. Elle doit faire l'objet d'investigations, en particulier quand elle est d'apparition récente.

- L'évaluation clinique d'une personne âgée doit prendre en compte les aspects psychologiques particuliers au vieillissement en parallèle à l'évaluation de sa dépendance. Qu'il s'accompagne ou non d'alcool en excès, le vieillissement représente une crise existentielle. Il fragilise l'individu. Il crée un état de déséquilibre psychologique. Il impose à la personne âgée d'accepter l'idée de sa mort prochaine. Enfin, la vieillesse confronte à un certain nombre d'événements éprouvants ou de difficultés d'existence comme les deuils, les déménagements, les mises en retraite, l'éloignement des enfants, les conflits familiaux,

l'isolement social, les affections somatiques. On note aussi comme facteurs propres à la vieillesse et pouvant favoriser l'apparition d'une conduite addictive, les altérations sensorielles et la diminution des ressources financières.

- Ces situations sont à l'origine d'un sentiment de perte d'autonomie et de perte d'efficacité. Certaines personnes âgées ont l'impression que leur identité sociale est atteinte. Si leur personnalité antérieure était suffisamment « solide », elles parviennent à élaborer les ajustements et les réorganisations imposés par le changement de leur statut. Dans d'autres cas, elles ont recours à des toxiques et notamment à l'alcool pour supporter ces modifications.

- L'efficacité des mécanismes de défense du sujet âgé doit donc être systématiquement étudiée. Quand ceux-ci sont présents, ils exercent un rôle protecteur tant pour la santé physique que pour le risque de conduite addictive. Les mécanismes de défense adaptés sont la capacité à acquérir des pôles d'intérêt différents de ceux des précédentes étapes de la vie, le maintien d'une activité physique et d'une sociabilité.

- Le diagnostic d'abus ou de dépendance est souvent difficile. Les

quantités consommées sont habituellement modérées. La personne âgée boit seule, en cachette. Son alcoolisation est méconnue par l'entourage. Les femmes en difficulté avec l'alcool associent souvent alcool et psychotropes. Les conséquences sur les fonctions cognitives peuvent être confondues avec les effets d'un trouble démentiel débutant. Les modifications somatiques et biologiques peuvent être interprétées comme des signes d'affection organique. La dépendance à l'alcool reste longtemps méconnue. Elle se révèle souvent à l'occasion d'une maladie somatique ou d'une complication psychiatrique. Il peut s'agir d'une dépression ou d'une anxiété. Dans certains cas, une crise avec troubles du comportement vient révéler brutalement une dépendance jusque là cachée.

- Les signes de l'alcoolisation chronique chez le sujet âgé ne sont pas spécifiques. On retrouve des troubles du caractère, une tendance à l'isolement, des troubles de l'humeur, une anxiété, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire et des troubles du comportement. Le diagnostic différentiel avec une démence débutante est difficile. Ces troubles doivent encore être distingués d'une dépression. L'un des éléments diagnostiques utiles est leur fluctuation au cours de la journée.

Les symptômes d'une démence ou d'une dépression ne fluctuant pas autant au cours de la journée ou d'un jour à l'autre.

- D'autres signes évocateurs sont l'incurie, la dénutrition, l'amaigrissement et les antécédents de chutes ou de fractures. Les « petits signes somatiques » de l'alcoolisme contribuent eux aussi au diagnostic. On retrouve ainsi : un teint congestionné ou terreux, une dilatation des capillaires du visage, des conjonctives jaunâtres, des tremblements. Les signes biologiques sont les mêmes que chez les alcooliques plus jeunes. On retrouve une élévation des Gamma GT, des transaminases et du Volume Globulaire Moyen.

- Les ivresses sont particulièrement mal tolérées, tant au niveau somatique qu'au niveau psychiatrique. Elles s'accompagnent de troubles du comportement et peuvent induire aussi des atteintes médicales irréversibles.

- D'autres signes neurologiques font suspecter le diagnostic de dépendance à l'alcool. Il s'agit d'un syndrome cérébelleux, d'une polynévrite des membres inférieurs, d'une névrite optique rétro-bulbaire, d'une épilepsie d'apparition récente, d'un syndrome de Korsakoff ou d'une

démence alcoolique. L'alcoolisation est souvent très intriquée à la démence. Elle peut accompagner ou compliquer une démence dégénérative de type Alzheimer. Dans ce cas, les deux troubles, l'abus d'alcool et la démence, s'aggravent l'un l'autre. La poursuite de l'évolution de la démence, malgré la réalisation d'un sevrage effectif, représente un argument en faveur du diagnostic d'Alzheimer.

- A.S. Rigaud et coll. notent à juste titre dans le cadre de leur approche gériatrique que l'approche du patient âgé doit être d'emblée globale. Cette approche globale permet d'évaluer la relation à l'alcool, la personnalité, les antécédents médicaux et chirurgicaux et l'ensemble des traitements pris par le patient. Cette évaluation porte aussi sur les habitudes de vie, les conditions de logement, la qualité de l'entourage et les aides éventuelles. Une situation de maltraitance est à rechercher d'autant plus minutieusement que le patient consomme de l'alcool ou que son entourage en consomme également. Dans tous les cas l'examen clinique s'accompagne d'une évaluation des capacités sensorielles et des fonctions cognitives. Les critères de la démence sont utiles. Le Mini Mental State Examination est un bref questionnaire qui peut lui aussi

être proposé. L'entretien avec la famille ou avec l'entourage « aidant » (infirmier à domicile, aide-ménagère...) permet de préciser l'existence ou non d'altération des fonctions intellectuelles et le maintien ou non de l'autonomie. Seule une prise en charge globale des aspects médicaux, sociaux et psychologiques, sans oublier l'environnement, permet d'établir une relation de confiance. C'est à

cette condition qu'une alliance thérapeutique peut avoir lieu. Cette alliance est la seule qui rende vraiment efficace la prise en charge de la conduite de dépendance.

- **L'évaluation et la prise en charge alcooliques en gériatrie sont globales. Elles intègrent la question des conditions de vie, des mécanismes de défense psychologique et de l'état d'autonomie physique.**

Référence :
AS Rigaud et coll.
Troubles psychiques des personnes âgées. Encyclopédie-Médico-Chirurgicale.
Traité de Psychiatrie 2 (2005) 259-281.

Fabrice n'avait jamais abusé de l'alcool avant 70 ans

Fabrice est le troisième garçon de la fratrie. Ses deux frères sont morts de manière prématurée du fait de l'alcool. L'un est décédé des suites d'une cirrhose. L'autre est mort de manière accidentelle. Son père était lui aussi dépendant de l'alcool. Fabrice s'était vite aperçu que l'alcool était chez lui une boisson « interdite ». Pourtant, Fabrice supportait bien l'alcool. Il pouvait en boire de grandes quantités sans être malade. Il ne se sentait ni endormi, ni excité par l'alcool. Il avait cependant toujours suivi les conseils de son médecin traitant qui l'avait mis en garde sur les dangers d'une perte de contrôle vis-à-vis de l'alcool. Pour ne pas prendre de risque, Fabrice avait donc décidé de s'abstenir complètement de boire. Ses résolutions ont tenu jusqu'à l'âge de 70 ans. Après cette date, Fabrice a ressenti une impression de libération. Il se sentait tout permis. Il ne rencontrait plus les personnes qu'il trouvait ennuyeuses. Il ne se pliait plus aux rituels familiaux qui lui apparaissaient contraignants. Il a également trouvé dans l'alcool une manière d'exprimer son souhait de libération. Il oubliait quand il buvait ses difficultés financières et familiales. Le répit induit par l'alcool n'a été que très bref. Fabrice a été vite piégé par le besoin de boire de manière régulière. Fabrice n'a jamais pu être un buveur occasionnel. Après quelques semaines d'effet de l'alcool, il en est devenu dépendant. Il se demande aujourd'hui si l'alcool est vraiment l'instrument de libération qu'il croyait être. Il a décidé de prendre rendez-vous avec un centre spécialisé en alcoologie pour avoir des informations sur la dépendance. Il se demande si l'on peut devenir dépendant à 70 ans quand on n'a jamais bu d'alcool dans sa jeunesse. Il se demande aussi quel autre calmant pourrait l'aider à supporter les angoisses de sa vie s'il se passait de bière.

- Deux types d'alcoolisme sont individualisés chez les seniors : l'alcoolisme à début précoce et ayant vieilli (deux tiers des patients) et l'alcoolisme à début tardif (après 60 ans). Les principaux facteurs de risque à début tardif sont l'isolement, le veuvage, la présence au foyer d'un conjoint infirme ou grabataire, les maladies physiques



graves ou invalidantes, l'existence d'une maladie cérébrale organique. Les alcoolismes à début tardif correspondent parfois à une tentative de résolution par l'alcool de difficultés sociales ou affectives apparues au cours de la vieillesse. Du point de vue clinique, la tolérance (réduction progressive des effets de l'alcool) ne se manifeste pas autant chez l'alcoolique âgé que chez l'adulte jeune.

- Tilman Wetterling et coll., psychiatres à Lübeck en Allemagne, ont étudié de manière précise l'alcoolisme du sujet âgé. Ils ont distingué les alcoolismes ayant commencé avant 25 ans et les alcoolismes étant apparus après 45 ans. L'alcoolisme apparaissant après 45 ans, ou alcoolisme « tardif », est associé à moins d'antécédents familiaux. Les troubles du comportement apparaissent moins marqués.

- Leur travail de recherche spécifique a porté sur des patients hospitalisés aux urgences d'un hôpital général pour un sevrage d'alcool. L'hôpital allemand étudié dessert 200 000 personnes. Ils ont inclus 268 patients (196 hommes et 72 femmes). Les patients présentant un alcoolisme tardif avaient un comportement vis-à-vis de l'alcool différent de ceux qui avaient bu depuis qu'ils étaient jeunes. Ils buvaient moins souvent pour éviter le sevrage. Ils s'alcoolisaient de manière moins aiguë. Les grandes ivresses sont plus fréquentes dans l'alcoolisme à début précoce que dans cette forme d'alcoolisme tardif. Les patients ayant un alcoolisme à début tardif avaient moins de contacts sociaux avec des patients alcooliques. Seuls les alcoolismes à début précoce étaient le fait de patients vivant dans un compagnonnage avec d'autres alcooliques et rencontrant également des toxicomanes. Le nombre de fumeurs était important dans les deux groupes. Le nombre de cigarettes fumées par jour était comparable en cas d'alcoolisme à début précoce ou d'alcoolisme tardif.
- L'évolution semble meilleure dans l'alcoolisme tardif. Après un an de suivi, le pourcentage de patients restés abstinents vis-à-vis de l'alcool était plus élevé dans les formes

d'alcoolisme tardif. Les modifications biologiques induites par l'alcoolisme (augmentation de la Gamma GT et augmentation du Volume Globulaire Moyen) sont les mêmes dans l'alcoolisme tardif et dans l'alcoolisme à début précoce. La comorbidité psychiatrique est elle aussi comparable. Les critères cliniques de la dépendance sont différents selon les types d'alcoolisme. En cas d'alcoolisme à début tardif, certains critères de dépendance sont moins fréquents. Il s'agit de l'envie obsédante de boire, de l'incapacité à contrôler sa consommation d'alcool, des signes de sevrage, de l'envie irrépressible de boire. D'autres différences apparaissent. Les cas d'alcoolismes à début tardif :

- ont moins souvent dans leur famille de personnes en difficulté avec l'alcool
- boivent de plus faibles quantités d'alcool en moyenne
- se font moins souvent sevrer
- présentent moins de conséquences sociales négatives induites par l'alcool. Ils sont par exemple plus souvent mariés et moins en détresse sociale que les cas d'alcoolisme à début précoce.
- Ils ont un meilleur pronostic à un an.

- Les motifs de l'alcoolisation ne sont pas les mêmes en cas d'alcoolisme à début précoce ou tardif. Dans le groupe d'addiction tardive, les patients boivent moins souvent dès le matin pour éviter les signes de sevrage. Les entretiens conduits avec eux suggèrent que l'envie obsédante d'alcool diminue avec l'âge même si la dépendance persiste. Ces résultats sont à rapprocher de la réduction de la fréquence, elle aussi connue, des grandes toxicomanies chez le sujet âgé. Le ratio entre les hommes et les femmes tend à s'égaliser avec l'âge et les troubles psychiatriques sont moins fréquents. Les sujets âgés s'alcoolisent donc moins par envie obsédante d'un toxique que par recherche d'un état de relaxation. Ils consomment de l'alcool comme un « tranquillisant sauvage » qui les aide à supporter les difficultés de leur existence. Ils sont d'autant plus exposés à l'alcool qu'ils présentent aussi une maladie somatique chronique ou douloureuse. Les conséquences négatives s'expriment plus en terme de dommages cérébraux qu'au niveau des conséquences sociales.

Caractéristiques socio-démographiques selon l'âge de début :			
	Alcoolisme à début précoce	Alcoolisme à début tardif (après 45 ans)	Statistiques
Pourcentage de femmes	15,7 %	26,7 %	Pas significatif
Vit seul	62 %	6,7 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Marié	11,8 %	40 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Revenu moyen en Marks	1 419	1 952	* différence statistiquement significative
Membre de la famille présentant une dépendance à l'alcool	61,2 %	34,1 %	* différence statistiquement significative p < 0,02
Age de la première consommation d'alcool	13,3 ans	18 ans	* différence statistiquement significative p < 0,05
Nombre de cures de sevrage	6,2	2,3	* différence statistiquement significative p < 0,05
Nombre de jours avant alcool par mois	26,2	21,3	* différence statistiquement significative p < 0,05
Consommation moyenne d'alcool depuis 6 mois en grammes d'alcool par jour	311	142	* différence statistiquement significative p < 0,05
Maintien de l'abstinence un an après l'hospitalisation	5,9 %	31 %	* différence statistiquement significative p < 0,01

Critères de la dépendance en cas d'alcoolisme à début précoce ou tardif

	Alcoolisme à début précoce	Alcoolisme à début tardif (après 45 ans)	Statistiques
Forte envie ou sensation de compulsion vis-à-vis de l'alcool	86 %	55 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Incapacité à contrôler sa consommation	56,9 %	22,2 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Sevrage physique	88 %	71 %	* différence statistiquement significative p = 0,02
Tolérance à l'alcool	58 %	37 %	Non significatif
Préoccupé par l'alcool	84 %	40 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Critères de la CIM10 de la dépendance	94 %	62 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Diagnostic sur la vie entière d'un trouble psychiatrique (hors dépendance à la nicotine)	43 %	26 %	Non significatif
Diagnostic de dépendance à la nicotine	62 %	31 %	* différence statistiquement significative p = 0,04
Existence au moins d'une complication sociale	96 %	60 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Nombre de complications sociales	2,4	1,3	* différence statistiquement significative p < 0,05
Conséquences médicales de l'alcoolisation	88 %	86 %	Non significatif
Nombre de maladies induites par l'alcool	2,9	1,8	* différence statistiquement significative p < 0,05
Blessures dues à l'alcool	47 %	17 %	* différence statistiquement significative p < 0,01

Autres différences cliniques selon l'âge de début

	Alcoolisme à début précoce	Alcoolisme à début tardif (après 45 ans)	Statistiques
Boit chaque matin pour éviter les syndrome de sevrage	55 %	18 %	* différence statistiquement significative p < 0,01
Ivrresse plus d'une fois par semaine	61 %	20 %	* différence statistiquement significative p < 0,001
Interaction sociale fréquente avec des alcooliques	64 %	31 %	* différence statistiquement significative p < 0,02
Fume actuellement	93 %	71 %	* différence statistiquement significative p < 0,02
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour	27,4	25,2	Non significatif

Paramètres biologiques et âge de début de l'alcoolisme

	Alcoolisme à début précoce	Alcoolisme à début tardif (après 45 ans)	Statistiques
Taux de Gamma GT moyen	174	240	Non significatif
Volume Globulaire Moyen	96	96	Non significatif
Taux de CDT	35,3	36,7	Non significatif

- L'alcoolisme à début tardif consiste en une recherche d'effets apaisants et relaxants induits par l'alcool. Les ivresses et la dépendance physique sont moins fréquentes. Il s'agit moins d'une relation « toxicomaniaque » à l'alcool que d'une tentative répétée et infructueuse de s'abstraire d'une situation nouvelle induite par la sénescence.

Référence :
Tilman Wetterling, Clemens Veltrup, Ulrich John.
Late onset alcoholism, European psychiatry 18 (2003) 112-118.

Alexandre a rangé sa perceuse.

Alexandre avait deux passions dans la vie : le bricolage et les champs de courses. Il aimait aussi beaucoup s'occuper de ses petits enfants qu'il accompagnait dans les musées et au cinéma. Très progressivement, presque sans s'en rendre compte, Alexandre s'est éloigné. Il communique moins. Il parle moins avec son épouse. Il dit qu'il a perdu l'envie et l'énergie. Il se sent fatigué dès le matin. Il lui arrive même de se sentir triste sans raison. Il explique que tous les gestes quotidiens lui coûtent. Il voit passer les annonces des grandes courses hippiques sans avoir envie d'y aller. Lui qui était si patient avec ses petits enfants se révèle irascible. Il donne l'impression d'avoir changé de personnalité. On ne le reconnaît plus. Son appétit diminue. Tout en lui semble ralenti. Il n'a plus le courage de sortir sa perceuse et d'entretenir sa maison qui pourtant en aurait bien besoin. Le médecin traitant qu'il a consulté a posé le diagnostic de dépression. Les antidépresseurs, cependant, ne l'ont pas amélioré. Il faudra beaucoup de temps pour qu'Alexandre accepte d'expliquer, certes, qu'il a bien pris le traitement antidépresseur qui lui était prescrit, mais qu'il consomme aussi une grande quantité d'alcool en cachette et que cet alcool contribue à le déprimer.

- **Les signes de la dépression avec ou sans abus d'alcool associé :**
 - Désintérêt
 - Tristesse
 - Ralentissement
 - Troubles du sommeil et de l'appétit
- La dépression est, chez le sujet âgé comme dans d'autres populations, plus souvent secondaire à la dépendance à l'alcool que primaire. Quoiqu'en disent les personnes en difficulté avec l'alcool, les boissons alcooliques n'ont, à long terme, rien d'euphorisant. Leur consommation régulière n'induit que de très brefs moments de bonne humeur, vite suivis de dépressions sévères.
- Qu'elle soit ou non associée à un abus d'alcool, la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez le sujet âgé. Sa prévalence est comprise, selon les études, entre 2 et 60 %. Les travaux fondés sur des diagnostics précis retrouvent 15 % de dépression majeure. La dépression du sujet âgé se distingue des modifications cliniques normales liées au

vieillesse. A la tristesse transitoire et banale s'associent d'autres symptômes. Les signes les plus spécifiques sont la perte d'intérêt et le ralentissement. La perte d'intérêt ou perte de l'élan vital, est vécue comme désagréable. Elle altère les aptitudes physiques et intellectuelles du déprimé. Cette dépression, surtout quand elle est associée à une dépendance à l'alcool, fait l'objet d'un important déni. Le patient refuse de consulter un médecin. Il considère son état comme normal et expliqué par son âge. Il trouve dans sa vie des raisons d'être triste qui sont en fait des arguments pour ne pas sortir de sa dépendance.

- Une autre situation pouvant être associée à une consommation pathologique d'alcool est le deuil. Les états de deuil font suite à la perte d'un proche ou à un événement traumatisant. Ils peuvent s'observer dans les six mois suivant cet événement. Ils s'accompagnent davantage de tristesse et de réactions émotionnelles fortes que d'une perte d'intérêt. Ils peuvent, comme la dépression « classique », évoluer vers une consommation pathologique d'alcool. L'alcool est utilisé comme un moyen d'oubli transitoire jusqu'à ce que sa consommation régulière ne finisse par entretenir la tristesse et le découragement.



- Les troubles du comportement se retrouvent à la fois dans la dépression et dans l'abus d'alcool. Ils se traduisent par une modification de l'attitude générale. Le patient devient hostile, irritable. Il fait des crises de colère. Il est intolérant à la moindre situation lui apparaissant comme un abandon. Il devient revendiquant vis-à-vis de son entourage. Dans d'autres cas, les troubles du comportement s'expriment par une régression. Le patient adopte une attitude relativement infantile. Il perd progressivement son autonomie et refuse de gérer seul les gestes quotidiens les plus simples. Les états dépressifs associés à une prise d'alcool, quelle qu'en soit la sémiologie, doivent d'abord être traités par un sevrage d'alcool.

- Quelques données épidémiologiques nord-américaines rappellent la fréquence de l'association entre alcoolisme et dépression. Parmi les 14 millions d'américains considérés comme abuseurs ou dépendants de l'alcool, environ 20 % présentent aussi une dépression. Cette coexistence de maladies ou morbidité se retrouve autant chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. Plus les critères de la dépendance sont recherchés avec précision, plus l'association entre les deux troubles apparaît nette. Les sujets âgés ayant des effets délétères de l'alcool sur leur fonctionnement social et quotidien sont particulièrement exposés à une dépression secondaire à l'alcool.
- D'autres travaux montrent que les personnes âgées déprimées ont un risque d'abus ou de dépendance à l'alcool multiplié par trois à quatre comparées aux personnes âgées non déprimées. Dans une large étude auprès de patients de 65 ans ayant des antécédents de dépression majeure, il a été retrouvé 13 % d'abus et de dépendance à l'alcool contre seulement 4,5 % d'abus et de dépendance chez les personnes âgées sans antécédents de dépression. La dépression multiplie ainsi par 3,25 le risque d'être en difficulté avec l'alcool. Dans les populations de personnes âgées déprimées, la

prévalence de la dépendance à l'alcool varie entre 15 et 30 %.

- Chez la personne âgée alcoolodépendante et déprimée, l'alcool est souvent le seul toxique consommé. Il est en effet exceptionnel que la conduite de dépendance s'organise sur le mode d'une polytoxicomanie avec prise de médicaments ou de drogues illicites. Cette polytoxicomanie est beaucoup plus fréquente chez l'adulte jeune qui souffre de dépression et de dépendance.
- En cas d'association entre alcoolisme et dépression, on ne retrouve pas chez le sujet âgé d'antécédents familiaux plus marqués, soit d'alcoolisme, soit de dépression. Cette observation est à interpréter avec prudence. Elle n'en suggère pas moins que la dépression chez l'alcoolique âgé est plus déterminée qu'à d'autres âges de la vie par des facteurs environnementaux. Elle apparaît moins comme l'expression d'une susceptibilité induite par un terrain biologique ou même génétique. Le déterminisme biologique apparaît plus net dans les troubles bipolaires de l'adulte jeune.
- La dépression chez l'alcoolique induit un risque élevé de tentatives de suicide et de conduite suicidaire.

Ce risque est présent chez l'adulte jeune. Il l'est aussi chez le sujet âgé qui s'alcoolise.

- Les deux troubles – la dépression et l'abus d'alcool – tendent à s'aggraver l'un l'autre. Les patients qui ont en même temps un alcoolisme et une dépression ont un pronostic plus sévère que ceux qui sont « seulement » alcooliques ou seulement déprimés.
- Quand une dépression complique l'alcoolisme, il est important de traiter le trouble de l'humeur sans oublier que celui-ci est provoqué par l'alcool. Le traitement ne passe pas nécessairement par des médicaments antidépresseurs, mais plutôt dans un premier temps par une action sur la

consommation d'alcool, des psychothérapies et un repérage du trouble de l'humeur. En pratique, les antidépresseurs ne sont indiqués qu'à distance du sevrage. Il n'est pas recommandé de prescrire des antidépresseurs à un homme ou une femme âgé déprimé qui continue à boire. Les antidépresseurs n'agiront pas sur leur dépression et les effets des interactions entre alcool et antidépresseurs ne sont pas anodins.

- **L'abus et la dépendance à l'alcool augmentent le risque de dépression chez les personnes âgées. Le principal traitement de la dépression associée à l'alcoolisme est le contrôle et l'interruption complète de la consommation d'alcool.**

Référence :
D.P. Devanand.
Comorbid psychiatric disorders in Late life depression. Biological psychiatry. 2002. 51:236.242.

5 Aimée est tombée seule chez elle

Aimée vit seule depuis plus de dix ans. Elle a aujourd'hui 85 ans. Depuis environ un an, elle a tendance à faire des chutes à son domicile. Elle perd l'équilibre. Il lui arrive aussi de somnoler et d'être en proie à quelques vertiges. Son examen médical est normal. Rien n'explique de manière très évidente les chutes. Aimée raconte cependant qu'elle prend en « abusant parfois un peu » les somnifères que lui prescrit son



médecin traitant. Il lui arrive aussi de mélanger du Porto et des calmants. Elle ressent un état de tranquillité qui lui fait oublier ses soucis. Elle apprécie la griserie que provoque le vin doux. Elle ne sent plus ses douleurs et supporte mieux l'indifférence de sa fille unique.

En poursuivant la discussion avec Aimée, on apprend que ce recours aux calmants et au Porto devient de plus en plus fréquent. Maintenant c'est presque tous les jours qu'Aimée se sert ses deux verres de Porto devant la télévision. Elle a, de plus, tendance à prendre ses médicaments pour dormir de plus en plus tôt dans l'après-midi. Pour essayer de résister à la somnolence, elle prend le matin de plus en plus de café. Elle alterne les moments où elle s'endort et ceux où elle tente de se stimuler. C'est un jour où elle avait pris beaucoup de café et de calmants qu'Aimée a glissé dans sa douche.

- Les chutes représentent avec les accidents le principal motif d'hospitalisation en urgence pour raison traumatique chez les personnes âgées. Elles sont également fréquentes chez les patients séjournant en maison de

retraite. En hospitalisation, la prévention des chutes et la prise en charge de leurs conséquences restent une préoccupation constante. Chaque bilan de chute devrait poser, surtout chez le sujet âgé, la question de l'alcool. Le diagnostic d'abus

d'alcool est trop souvent réfuté avant même d'avoir été sérieusement évoqué. Au moindre doute, surtout en urgence, une éthylométrie oriente vers la question de l'alcool.

- Les chutes peuvent être provoquées par les médicaments prescrits au patient et aussi l'alcool qu'il peut consommer. Quand un patient âgé mélange des antalgiques, des psychotropes et de l'alcool, le risque de chute est particulièrement élevé. Parmi les classes de médicaments impliqués dans les chutes, les benzodiazépines sont souvent retrouvées. Les benzodiazépines comme l'alcool peuvent ainsi provoquer des troubles de la vigilance, ainsi que des troubles de l'équilibre. Ilsemarie Kurzthaler et ses collaborateurs travaillent à Innsbruck en Autriche. Elle a relevé pendant un an les dossiers de 1 611 patients examinés aux urgences dans les suites d'un traumatisme. 38 % des patients présentaient des lésions dues à des chutes. Les autres patients avaient été accidentés dans d'autres circonstances. 48 % des patients examinés dans les suites d'une chute avaient plus de 70 ans. Dans l'autre groupe de patients, le plus souvent examinés dans les suites d'un accident de la circulation, la prévalence des plus de 70 ans n'était que de 4,8 %. Le nombre de femmes

était plus important parmi les patients hospitalisés pour une chute (55,9 % contre 25,9 % dans le groupe des accidentés). Les traumatismes étaient souvent des traumatismes uniques. Le pourcentage de polytraumatisme était plus élevé dans les suites d'un accident.

- Les hommes consommaient globalement plus d'alcool que les femmes. Les sujets de plus de 70 ans avaient tendance à moins consommer d'alcool que les plus jeunes. 18 % des hommes de plus de 70 ans contre 49 % des hommes de moins de 70 ans avaient pris de l'alcool avant leur accident. 0,9 % des femmes de plus de 70 ans contre 18,9 % des femmes de moins de 70 ans étaient alcoolisées.

- Contrairement à une idée reçue selon laquelle les femmes sont les plus dépendantes des tranquillisants, les hommes prenaient plus souvent des benzodiazépines (8,5 %) que les femmes (3,2 %). La consommation de benzodiazépines n'était pas significativement différente en fonction de l'âge. La consommation associée de benzodiazépines et d'alcool était retrouvée chez 3 % des hommes et 0,3 % des femmes. Cette consommation était plus fréquente chez les patients de moins de 50 ans.

- Si l'on compare, parmi les plus de 70 ans, ceux qui ont fait une chute et ceux qui ont subi un accident, les patients blessés après une chute avaient plus tendance à consommer de l'alcool. La consommation de benzodiazépines, en revanche, était comparable chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés après une chute ou après un accident. Les taux de benzodiazépines correspondaient à des taux thérapeutiques. Aucun cas d'abus de benzodiazépines n'a été repéré.

- Cette étude rappelle la fréquence et la gravité des chutes chez le sujet âgé, la plus grande fréquence des chutes chez les femmes et le poids de la consommation d'alcool sur ce risque traumatique. Le risque est d'autant plus inquiétant que le patient a tendance à associer à l'alcool des tranquillisants ou même du café pour tenter de stimuler sa vigilance.

Référence :
Ilsemarie Kurzthaler, Markus Wambacher, Karl Golser.
Alcohol and benzodiazepines in falls : an epidemiological view. Drug and Alcohol Dependence 79 (2005) 225-230.

Barbara perd la mémoire

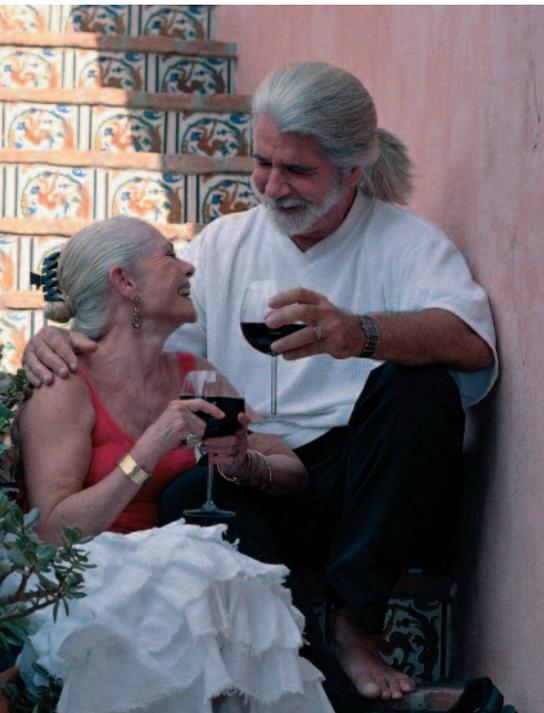
Barbara a toujours vécu seule. Elle a longtemps tenu un kiosque à journaux. Débordante d'énergie, elle a continué à travailler jusqu'à 72 ans. A sa retraite, Barbara s'est consacrée à des activités bénévoles. Elle passe ses soirées à servir des plats chauds aux « Resto du Cœur ». Barbara est également très impliquée dans l'activité de sa Paroisse. Elle est une bénévole discrète et appréciée. Chacun aime son sourire, son humour et son énergie. Barbara se rend compte que son cerveau « ne tourne pas comme avant ». Elle ne se souvient plus des numéros de téléphone de ses amis. Elle a du mal à mémoriser les codes de ses cartes de crédit. Il lui arrive, brièvement, de se sentir un peu perdue, ne sachant plus très bien où elle est. Toutes ces difficultés évoluent très lentement. Barbara, qui est très fière et très coquette, tente de cacher à son entourage et même à son médecin généraliste ce petit handicap qui lui fait un peu honte. Elle en cherche la cause. Elle se demande si elle n'est pas atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle s'est même acheté un livre pour voir si son état correspondait aux critères de la maladie d'Alzheimer. Il existe pourtant une cause beaucoup plus simple à ses trous de mémoire. Barbara n'y a pas pensé. Elle ne met pas en cause les trois verres de Cognac qu'elle boit chaque soir. Peut-être a-t-elle décidé d'oublier qu'elle boit même parfois un peu plus... ce d'autant qu'elle est persuadée qu'elle n'aime pas l'alcool. Il faudra que son médecin généraliste lui parle très directement de sa relation à l'alcool pour qu'elle commence à faire le lien entre ses trous de mémoire et sa consommation d'alcool.

- Les démences alcooliques se manifestent par des troubles de la mémoire, des troubles du comportement et un état fluctuant. Les symptômes négatifs ou déficitaires comportent un repli, une indifférence affective, une absence d'initiative, un désintérêt et une absence de plaisir ou d'émotion. Ce déficit n'est pas aussi douloureux et

anxieux que chez le déprimé. On retrouve aussi, dans les démences alcooliques, des idées délirantes à type de préjudice, de persécution ou de jalousie. Les thèmes de jalousie sont particulièrement spécifiques à l'alcool. Le conjoint est alors accusé d'infidélité. Les hallucinations peuvent apparaître à l'occasion des sevrages. L'humeur fluctue entre des

moments d'abattement et des états de désinhibition ou d'excitation conduisant à des paroles ou des actes inadaptés en public, embarrassants pour l'entourage.

- Le traitement des démences alcooliques débutantes ou avancées fait appel au sevrage d'alcool en première intention. Une bonne part du déficit est curable et réversible sous l'effet du sevrage. Certains travaux neuro-anatomiques ont même montré qu'un sevrage prolongé induisait une récupération de la morphologie cérébrale.



- Le traitement aborde aussi de la manière la plus complète possible les déficits repérés. Les déficits sensoriels, qu'ils soient auditifs ou visuels, contribuent à la perte d'autonomie et à la gravité des conduites addictives. Les affections somatiques douloureuses ou invalidantes renforcent le sentiment de perte de l'autonomie et d'altération de l'estime de soi. La prise en charge sociale est elle aussi essentielle. Le déficit intellectuel réduit la capacité à vivre seul et même dans le milieu familial. Un support social favorise le maintien de l'autonomie ainsi que de la situation financière.

- L'addiction de la personne âgée présentant une démence débutante est rapidement à l'origine de situations de co-dépendance. La détresse du conjoint confronté aux troubles du comportement et aux accès d'agressivité induits par l'alcoolisation de son mari ou de sa femme doit être reconnue. Une approche familiale conduite de manière prudente peut être proposée à tout âge. Les aides familiales se révéleront particulièrement utiles quand il existe un conflit de couple ou une incapacité de communication dans la famille. Elles dédramatisent la situation et rendent plus souple le fonctionnement du groupe familial. Parmi les intervenants, le médecin

généraliste est l'acteur principal de la prise en charge de l'abus d'alcool chez le sujet âgé. Il coordonne les soins. Il en suit les effets à long terme. Le traitement ambulatoire est souvent préférable. Il est complété par des réseaux d'aide à domicile. Le patient bénéficie du passage d'une infirmière qui distribue ses médicaments. Il reçoit aussi la visite d'une aide ménagère et peut se faire apporter des repas à domicile. Ces aides à domicile ne peuvent être instituées qu'une fois levée la phase initiale de déni du déficit intellectuel et de l'addiction. Il est donc important que la personne âgée repère la réalité de son addiction, ainsi que ses conséquences négatives pour qu'elle accepte qu'interviennent à son domicile des soignants. En cas de risque d'agressivité sur soi-même

ou envers autrui, une hospitalisation peut être proposée. Celle-ci est également envisagée quand la consommation d'alcool est à l'origine d'une atteinte cérébrale sévère ou rapidement évolutive.

- **La démence alcoolique s'exprime dans des tableaux cliniques de gravité variable. Les formes débutantes comportent des troubles de la mémoire modérés. Les formes les plus sévères réalisent un tableau de démence complète avec trouble de la mémoire et du langage. La démence alcoolique est longtemps réversible si un sevrage complet en alcool peut être obtenu. Une hospitalisation est parfois indiquée dans les formes les plus graves. Les troubles de mémoire débutants représentent une forte incitation à entreprendre un sevrage.**

Référence :
AS Rigaud et coll.
Troubles psychiques personnes âgées. EMC Psychiatrie 2 (2005) 259-281.

7 Baudouin aime les voitures et le whisky

Baudouin a toujours été un fanatique de voitures. Quand il commence à vous en parler, cela peut durer des heures. Il vous raconte la manière dont il a trouvé son premier cabriolet à l'âge de 20 ans. Il l'avait acheté d'occasion. Il continue à acheter et revendre des voitures. Il a trouvé avec les sites de vente en ligne un nouveau moyen d'assouvir sa passion. Maintenant qu'il est retraité - de l'automobile bien sûr - il regarde les annonces parues dans le monde entier. Il se renseigne aussi sur Internet au sujet des nouveaux modèles que proposent ses marques préférées. Quand il va au cinéma, il repère moins les acteurs que leur voiture. Il aime les films de James Bond pour les Aston Martin. Il aime aussi les vieux films de Claude Sautet pour leurs anciens modèles de Citroën. La vie de Baudouin était tranquille jusqu'aux deux accidents de voiture qu'il a connus récemment. « J'ai particulièrement honte », explique-t-il. « J'ai perdu le contrôle de mon véhicule comme un débutant. Je n'ai pas réussi à freiner à temps. La deuxième fois, je n'ai pas vu la voiture qui venait de la droite. Je suis complètement dans mon tort. Pour la première fois de ma vie, je n'ai pas le maximum de bonus. Et en plus, j'ai abîmé une de mes voitures préférées ».

Baudouin ne met pas en cause la perte de ses capacités de conduite. Il a fait vérifier sa vue auprès d'un ophtalmologiste. Celle-ci est parfaitement corrigée avec ses lunettes. Son audition est bonne elle aussi. Si on lui parle d'alcool, Baudouin se met presque en colère. Il vous explique qu'il a toujours pris un petit verre avant de prendre le volant et que ce verre, précédé par de nombreux autres, ne lui a jamais fait de mal et ne l'a jamais conduit à des accidents.

Baudouin sait-il que l'alcool est, avec la vitesse, l'une des principales causes d'accident ? Chez les personnes âgées qui ont pu un certain temps tolérer les effets de l'alcool, les accidents sont particulièrement fréquents en cas de conduite après une consommation de boisson alcoolique. Baudouin se retrouvera facilement face à un dilemme. Sa famille et son médecin traitant lui ont posé presque un ultimatum. Il doit choisir entre le whisky et la voiture. Et puis, ajoute son médecin traitant, je crois que je ne vous laisserai pas le choix parce que de



toute manière il vaut mieux que vous arrêtiez le whisky que vous buvez beaucoup trop actuellement.

Quand Baudouin apprend en plus que le taux d'alcoolémie autorisé sur la route vient de baisser, il se demande s'il n'est pas victime d'une véritable coalition...

- Les personnes âgées supportent particulièrement mal les effets de l'alcool sur la vigilance. Elles sont plus exposées que les autres aux accidents de la circulation et aux accidents domestiques quand elles consomment de l'alcool. Gary Sorock et coll., statisticiens à Baltimore, ont montré que les morts accidentelles liées à des accidents de voiture, des chutes ou des suicides sont plus fréquentes chez les sujets âgés. Dans 6 cas sur

10 les personnes âgées mortes de manière accidentelle avaient consommé de l'alcool. D'autres études ont trouvé que 4 % des personnes âgées mortes au volant avaient une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l. Le risque de suicide est lui multiplié par 9 chez les personnes âgées consommant de l'alcool. Le fait de consommer plus de 7 verres par semaine augmente tout à la fois le risque de mortalité accidentelle et de suicide.

• Si l'on consomme 12 ou plus de 12 verres d'alcool par an, le risque d'accident de voiture augmente de 50 à 70 %. Il en est de même du risque de chute. Cet effet peut être dû à l'action directe de l'alcool sur la vigilance. Il peut aussi traduire les effets indirects de l'alcool sur la santé. Les hommes ont 7 fois plus de risques que les femmes de se suicider. Ce risque est encore majoré chez les consommateurs d'alcool qu'ils soient des adultes jeunes ou des personnes âgées. Les effets de l'alcool sont d'autant plus marqués qu'ils s'exercent sur un conducteur chercheur de risque, irascible ou impulsif. L'alcoolisation ne permet pas une analyse complète des situations. Il crée des états de désinhibition et incite les

conducteurs, notamment les plus âgés, à surestimer leurs réflexes et leurs capacités de conduite. Enfin l'alcool pourrait induire un état de fatalisme vis-à-vis du risque provoquant des accidents dont la nature s'apparente à un jeu avec le sort ou à un équivalent suicidaire.

• **Les effets de l'alcool sur le comportement au volant des adolescents sont connus. De nombreuses campagnes de prévention les incitent à ne pas boire d'alcool avant de conduire. Le risque d'accident induit par l'alcool doit aussi être repéré chez le sujet âgé. Il est plus rare mais il se retrouve particulièrement chez l'homme ayant une tendance à l'impulsivité et la recherche de risque.**

Jacqueline veut arrêter de boire et de fumer

La dernière émission qu'elle a vue à la télévision l'a convaincue. Les bronchites à répétition ont fait le reste. Jacqueline est maintenant convaincue qu'elle boit trop et que les quelques cigarettes qu'elle fume sont aussi en trop. Elle n'est pas physiquement dépendante de l'alcool.

Elle peut l'arrêter pendant une semaine sans difficulté. Elle ne ressent pas non plus de manque quand elle arrête de fumer. Ces deux substances représentent quand même une consommation habituelle dont elle a du mal à se passer. Jacqueline se demande si l'on peut arrêter en même temps l'alcool et le tabac. Elle se demande si elle va supporter les effets d'un double sevrage. Elle redoute des effets négatifs sur sa santé et sur son moral.

Le médecin généraliste qu'elle rencontre va vite la rassurer. Il lui expliquera qu'elle aura d'autant plus d'effets positifs qu'elle réussira à arrêter en même temps

ces deux substances. Jacqueline est maintenant motivée. Elle sait que le jour du sevrage est fixé. Elle s'y prépare. Elle apprend avec son médecin traitant des stratégies pour résister aux envies de boire à nouveau.

• Une équipe d'épidémiologistes finlandais a évalué la consommation d'alcool et de tabac chez les personnes âgées entre 1985 et 2001. Ils ont inclus des finlandais âgés de

65 à 79 ans. Leur travail était soutenu par l'Institut National de Santé Publique de Finlande. Ils ont interrogé chaque année 300 hommes et 300 femmes sur leur relation à



Référence :

Gary S. Sorock, Li-Hui Chen, Sheil R. Gonzalgo, Susan P. Baker.
Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. Alcohol 40 (2006) 193-199.

l'alcool et au tabac. Ils ont défini la consommation pathologique d'alcool comme plus de 8 verres par semaine pour les hommes et de 5 verres par semaine pour les femmes. La consommation de tabac était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Elle diminuait avec l'âge, tant chez l'homme que chez la femme. Le tabagisme diminuait modérément chez l'homme avec le temps. Il restait à un niveau très bas chez la femme. La consommation d'alcool, dans le même temps, avait tendance à augmenter tant chez l'homme que chez la femme. Les consommations de forte quantité d'alcool étaient plus fréquentes chez les employés de bureau ayant été récemment mis en retraite. La consommation d'alcool était moins fréquente chez la femme. Les « plus jeunes » des sujets âgés fumaient plus souvent et consommaient de l'alcool de manière plus fréquente. Le type de consommation d'alcool chez les finlandais âgés correspond aux traditions du pays. Ils ne boivent pas de l'alcool tous les jours. Ils boivent des alcools forts en fin de semaine.

Ils recherchent plutôt les ivresses en groupe qu'une consommation d'alcool quotidienne.

- Nombre d'études ont suggéré que les hommes veufs ou divorcés consommaient plus d'alcool que ceux qui étaient mariés. Le travail de Sulander et coll. ne confirme pas cette association. Il trouve, en revanche, plus de fumeurs parmi les hommes vivant seuls.

- **Les auteurs de cette étude épidémiologique finlandaise mettent en évidence une fréquence de l'association alcool-tabac chez les jeunes retraités. Cette consommation concerne des hommes et des femmes peu informés des risques que font courir ces substances. Les épidémiologistes finlandais concluent sur l'importance d'une information répétée dans le champ de la santé publique à l'intention des personnes âgées et en particulier des hommes vivant seuls. L'information doit également rester très insistante à l'intention des femmes et des sujets vivant en couple.**

Référence :
Tommi Sulander, Satu Helakorpi, Ossi Rahkonen et coll.
Smoking and alcohol consumption among the elderly : trends and associations, 1985-2001
Preventive Medicine, 39, 2004, 413-418.

Raymonde s'est fracturée le col du fémur

Raymonde a été hospitalisée en orthopédie pour une fracture du col du fémur. Elle a été opérée en urgence. Le bilan pratiqué après l'intervention révèle une perte de densité osseuse. Raymonde a des os particulièrement fragiles. Le diagnostic posé est celui d'une ostéoporose. Le service hospitalier dans lequel elle a été admise a recherché avec elle les causes possibles de cette ostéoporose. Son état



hormonal est normal. Son alimentation l'est aussi. La seule cause mise en évidence est une consommation d'alcool importante et ancienne. Raymonde n'était pas dépendante de l'alcool. Elle n'était pas obsédée par la consommation d'alcool. Elle avait malgré tout tendance à consommer des quantités d'alcool trois fois supérieures aux normes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (environ un verre de boisson alcoolique par jour pour les femmes).

L'ostéoporose est un facteur de risque reconnu de fractures et notamment de fractures du col du fémur. L'ostéoporose augmente, du fait des fractures, la mortalité et provoque une perte

d'indépendance. Le risque de fracture est corrélé à la baisse de la densité osseuse. Les principaux déterminants de l'ostéoporose sont la baisse du poids corporel, les déséquilibres nutritionnels et la consommation d'alcool. La baisse du poids corporel peut être due à une dénutrition, fréquente chez le sujet âgé qui s'alimente de façon anarchique ou néglige ses repas. Les femmes de plus de 70 ou de 80 ans qui perdent du poids sont ainsi sensiblement plus à risque de fracture et d'ostéoporose. Les autres facteurs envisagés sont l'inactivité physique, la sédentarité, le faible apport de calcium, la tendance à boire beaucoup de café, à fumer et la forte consommation d'alcool.

- R. Korpelainen est médecin du sport en Finlande. Il a inclus dans son étude 1 222 femmes âgées de 70 à 73 ans. 30 % des femmes qu'il a étudiées ont présenté une fracture après leur ménopause. En plus de la consommation d'alcool, les autres déterminants de l'ostéoporose confirmés par ce travail sont la sédentarité, la dépression et la consommation de plus de cinq tasses de café par jour. Le café agit sur la vigilance. Il est également diurétique. Il peut provoquer des incontinences qui sont elles aussi déterminantes dans le risque de fracture du col. La consommation de café est également liée, chez de nombreuses femmes âgées, à la cigarette et à l'alcool. Ces trois facteurs augmentent sensiblement, tant l'ostéoporose que le risque de fracture.

Risque relatif de fracture après la ménopause

Facteurs de risque	Risque relatif
Faible niveau d'exercice	3,7
Solitude	1,7
Faible mobilité	3
Dépression	2,3
Consommation de plus de 5 tasses de café	2,4

- **La consommation d'alcool, avec la dénutrition et la sédentarité, expose la femme âgée au risque d'ostéoporose et de fracture en cas de chute. L'action sur la consommation d'alcool améliore l'espérance de vie et la qualité de vie.**

10 Le gynécologue de Madeleine lui parle d'alcool

Madeleine a 65 ans. Elle souffre depuis l'âge de 30 ans d'une mastose. En tout cas c'est ainsi qu'elle dénomme les symptômes qu'elle éprouve. Avant sa ménopause, ses seins étaient souvent très tendus et très douloureux. Elle devait réaliser des mammographies de manière plus fréquente du fait de la densité de ses seins. Madeleine continue à se faire surveiller. Elle le fait d'autant plus qu'il existe dans sa famille de nombreux antécédents de cancer du sein. Elle apprend avec étonnement que les verres d'alcool qu'elle consomme chaque jour augmente son risque de cancer du sein et peuvent aussi contribuer à aggraver ses difficultés gynécologiques.

- Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Comme nombre d'autres pathologies, elle dépend de facteurs génétiques et environnementaux. La consommation d'alcool est le principal facteur non hormonal augmentant très sensiblement le risque de cancer du sein. La manière dont l'alcoolisation augmente le risque du cancer du sein n'est pas connue avec précision. De nombreuses hypothèses sont avancées parmi lesquelles l'effet mutagène de l'alcool, la perturbation du métabolisme des œstrogènes et la modification sous l'effet de l'alcool de l'épithélium des seins. Selon Tan et coll., épidémiologistes à Washington, 14 000 cancers du sein peuvent chaque année aux Etats-Unis être

attribués à une consommation excessive d'alcool. Ce nombre est supérieur à celui des cancers du sein retrouvés dans les familles à risque. L'effet cancérigène de l'alcool est l'un des plus documentés. Les autres facteurs sont les facteurs génétiques et nutritionnels.

- La consommation excessive d'alcool augmente le cancer du sein tant en pré-ménopause qu'en post-ménopause. Le risque de cancer augmente de 7 à 9 % pour chaque verre d'alcool par jour consommé. Le risque est augmenté de 41 % chez les femmes qui boivent 2 à 5 verres de boisson alcoolique par jour. En cas de tabagisme associé, le risque est encore augmenté et ce de manière indépendante à l'effet de l'alcool.

Référence :
R. Korpelainen, J. Korpelainen, K. Heikkinen et coll.
Lifelong risk factors for osteoporosis and fractures in elderly women with low body mass index. A population-based study Bone 39 (2006) 385-391.



- Les études épidémiologiques conduites à grande échelle montrent que le risque est multiplié par 1,32 chez les femmes buvant 3 à 4 verres d'alcool par jour. Il est multiplié par 1,46 en cas de consommation supérieure à 44 grammes d'alcool par jour. Ces risques sont comparés à ceux des femmes qui ne boivent pas du tout d'alcool. La quantité d'alcool consommée par jour est un facteur de risque plus important que l'ancienneté de la consommation. Quelle que soit la durée antérieure de l'alcoolisation, les femmes qui

boivent de l'alcool ont un risque de cancer augmenté de 40 à 45 %. Ce risque est donc dose-dépendant. L'effet cumulatif sur le temps n'apparaît pas très net. Chez les femmes ménopausées, ayant consommé de l'alcool depuis plusieurs années, la question d'un risque cumulatif reste discutée. Cependant, même chez les femmes ménopausées, la consommation récente d'alcool apparaît comme plus déterminante vis-à-vis du risque de cancer que la dose totale.

- Chez l'animal, cet effet cancérigène a pu être confirmé. Des rats exposés de manière expérimentale à l'alcool ont développé de manière plus fréquente des cancers et des métastases. Ces modèles animaux suggèrent une action spécifique de l'alcool sur le cancer.
- Certaines études ont suggéré que tous les alcools n'exposaient pas au même risque de cancer. Une méta-analyse citée par les épidémiologistes de Washington a porté sur 13 études. Elle a comparé les risques de cancer induits par la consommation de bière, de vin et de spiritueux. Elle n'a pas mis en évidence de différence considérable selon le type d'alcool. Quelques travaux considèrent que chez la femme ménopausée les alcools forts exposent encore davantage au cancer que les autres boissons alcoolisées. Par ailleurs, les travaux

suggérant un effet « protecteur » du vin sont très controversés. Leurs conclusions n'ont jamais pu être reproduites.

- L'un des mécanismes à l'origine de l'augmentation du risque de cancer du sein chez la femme est l'augmentation de la densité mammaire. Les femmes consommant de l'alcool de manière importante et régulière ont des seins plus denses. Cette hyperdensité s'accompagne d'un risque de cancer augmenté.

- **Le principal facteur de risque non familial de cancer du sein est la consommation d'alcool. Ce risque est présent chez la femme jeune et aussi chez la femme âgée. Il incite à surveiller, en plus de la présence ou de l'absence d'un syndrome de dépendance, la consommation quotidienne. Celle-ci est limitée à un verre de boisson alcoolisée chez la femme.**

Référence :
Duan-Jun Tan, Julie S. Berber, Peter G. Shields.
Alcohol drinking and breast cancer Breast Cancer Online, 2006, 9(4):1-11.

11 Denis entretient sa forme et son cœur et surveille sa consommation d'alcool

Denis vit dans l'obsession de l'éternelle jeunesse. Il s'est inscrit comme volontaire pour tester la DHEA, l'hormone censée empêcher de vieillir. Il rêvait d'une substance magique qui lui donne une jeunesse inaltérable. Il aime à croire au mythe de Faust. Il voudrait aussi se prendre pour Dorian Gray qui avait chez lui un portrait vieillissant à sa place. Il s'habille dans les magasins plutôt destinés aux adolescents. Il écoute de la musique « de jeunes ». Sa femme, ses enfants et même ses petits enfants s'étonnent un peu de son langage ostensiblement adolescent. Il connaît les groupes de rap et fuit tout ce qui pourrait ressembler à un loisir de son âge. Denis a trouvé dans l'exercice à haute dose une autre manière d'essayer de rester jeune. Il se donne l'illusion d'augmenter son « capital santé » en passant plusieurs heures par jour dans un club de gymnastique. Il soulève les altères. Il court et pratique différents exercices. Il est fier de ses muscles. Il surveille aussi de très près son alimentation. Il contrôle ses calories et connaît par cœur son chiffre de tension artérielle. Il a été très étonné quand il s'est aperçu qu'il restait deux domaines dans lesquels il manquait de vigilance : l'alcool et le tabac. Denis s'est renseigné. Il a appris qu'une consommation d'alcool très modérée n'était pas mauvaise pour la santé. Il a aussi dû accepter l'idée qu'une consommation incontrôlée ruinait tous les autres efforts qu'il faisait pour sa santé. Denis envisage aussi de s'arrêter de fumer. Il a moins peur du risque de cancer que provoque le tabac que d'un effet éventuel sur son teint ou sur son souffle et son endurance.

- La qualité de vie est un objectif recherché chez le sujet âgé. Tae Wha Lee et coll. sont infirmières à Séoul en Corée du Sud. Elles rappellent que la population coréenne a tendance, comme dans d'autres pays, à vieillir. Le nombre de sujets de plus de

65 ans était de 8,3 % en 2003. Il est prévu qu'il atteigne 15 % en 2019. L'espérance de vie passe de 75,9 ans en 2000 à une prédiction de 80,7 ans en 2020. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la question de la qualité de vie se pose de manière de

plus en plus précise. Les actions vis-à-vis de l'alcool sont l'une des mesures les plus rapidement efficaces sur la qualité de vie.

- Les principales actions susceptibles d'améliorer la qualité de vie sont l'exercice physique régulier, le contrôle de la consommation d'alcool, l'arrêt du tabac, les conseils nutritionnels et les vaccinations adaptées à l'âge, en particulier la vaccination antigrippale. Ces comportements réduisent la mortalité du sujet âgé et améliorent aussi son existence au quotidien. Le contrôle de la consommation d'alcool a un effet sur la manière dont un individu perçoit la situation de sa vie dans le contexte de sa culture et de ses valeurs. Il peut plus facilement assumer les buts de son existence et trouver des actions valorisantes. Celles-ci sont adaptées à son âge. Il peut aussi poursuivre des relations sociales et amicales valorisantes.



- Tae Wha Lee et ses collaborateurs ont inclus dans leur étude les pensionnaires de 32 maisons de retraite coréennes. La majorité de leurs participants était des femmes âgées de 65 à 74 ans dans 56 % des cas. 53 % de ces femmes étaient veuves. L'âge moyen était de 73 ans. Du fait d'une campagne de santé publique relayée par des médecins généralistes et des infirmières, les personnes âgées de l'étude avaient modifié leur comportement dans quatre domaines en moyenne. 80 % des participants après l'intervention de santé publique ne buvaient pas d'alcool ou alors en quantité très modérée. L'effet sur la qualité de vie a été objectivé.

- **Comportements favorisant la santé de la personne âgée et sa qualité de vie :**

- Arrêt du tabac
- Arrêt de l'alcool ou contrôle strict de l'alcoolisation
- Exercice physique au moins trois fois par semaine
- Régime pauvre en sel
- Surveillance de la tension artérielle au moins une fois par an
- Vaccination antigrippale
- Consultation annuelle avec le médecin traitant

- L'abus d'alcool est un facteur de mortalité et de morbidité. Les effets relativement positifs d'une

alcoolisation très contrôlée ne doivent pas être niés non plus. Une étude épidémiologique vient d'être conduite en Amérique du Sud. Cette étude (SABE) a porté sur les personnes nées à partir de 1939, habitant à Buenos Aires, à la Barbade, à Cuba, au Mexique, en Uruguay, au Chili et au Brésil. Aucune des personnes évaluées dans l'étude n'était hospitalisée. Les données ont été collectées entre 1999 et 2000. Elles ont mesuré la consommation de tabac, le niveau d'exercice et la consommation d'alcool. Parallèlement, le statut cardiovasculaire a été établi. 23 % des sujets âgés de plus de 75 ans présentaient une pathologie cardiovasculaire. Le fait de fumer augmentait de 31 % le risque de pathologie cardiovasculaire. L'exercice régulier diminuait de 59 % ce même risque. Un statut nutritionnel correct diminue de 43 % le risque et la consommation régulière et modérée d'alcool diminuait de 26 % le risque de maladie cardiaque.

Augmentation et diminution du risque de pathologie cardiovasculaire chez le sujet âgé

Tabagisme	+ 31 %
Exercice régulier	- 59 %
Nutrition correcte	- 43 %
Consommation modérée d'alcool	- 26 %

Ces données étaient comparables chez l'homme et chez la femme.

• **Le repérage des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs des maladies cardiovasculaires ne doit se faire que de manière globale. Il ne suffit bien évidemment pas de conseiller à une personne âgée de boire de l'alcool pour réduire son risque de maladie cardiaque. Une consommation modérée d'alcool n'a un éventuel effet protecteur que si :**

- Elle ne s'accompagne jamais d'alcoolisation majeure et encore moins d'abus ou de dépendance
- Elle s'inscrit dans une stratégie globale de prévention associant aussi une nutrition adéquate et un exercice physique régulier.

Références :

- Anselm Hennis, Ian Hambleton, Henry Fraser et coll. Risk factors for cardiovascular disease in the elderly in Latin America and the Caribbean Prevention and Control. Sous presse.
- Tae Wha Lee- Il Sun Ko - Kyung Ja Lee. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. A cross-sectional survey International journal of nursing studies.

12

Louise, infirmière libérale, donne des conseils alcoologiques aux seniors dont elle s'occupe

Louise, infirmière libérale, se forme en alcoologie. Louise n'a pas de difficulté avec l'alcool. Elle travaille comme infirmière libérale depuis plusieurs années. Elle souhaite, en plus des soins infirmiers classiques, réaliser une information en addictologie. Elle pose à tous les patients qu'elle rencontre des questions sur leur consommation d'alcool et de tabac. Elle cherche un modèle d'intervention en alcoologie pouvant donner à son action un cadre pratique et théorique. Louise ne souhaite en effet pas travailler sans référence ou sans s'appuyer sur l'expérience d'autres équipes. Elle trouve dans une revue consacrée aux soins infirmiers le modèle Brenda qui lui propose une explication et un mode de prise en charge utile dans sa pratique.

Carmen est sa première cliente. Louise la rencontre pour une vaccination antigrippale au début de l'automne. C'est une grand-mère coquette. Carmen n'a jamais fait son âge. Elle a aujourd'hui 80 ans. Elle aime que l'on s'étonne quand elle annonce son âge réel. Elle ne le fait d'ailleurs qu'à contre-cœur. Elle essaie de se donner dix ans de moins. Elle s'amuse à l'idée que personne ne la corrige. Carmen a toujours aimé se gâter et se faire plaisir. Elle s'est occupée de sa famille. Elle a eu deux maris et sa vie de couple s'est toujours très bien passée. Carmen raconte comment, à toutes les époques de sa vie, elle a eu besoin de s'échapper pour s'offrir ce qu'elle appelle des petites folies. Quand elle était adolescente et jeune, elle aimait s'acheter des vêtements. Elle faisait les soldes et mettait quelquefois un peu en danger les comptes de sa famille. Elle a ensuite découvert les charmes des centres de massage et de thalassothérapie. « J'aime ce qui me fait du bien et me détend ». C'est à l'occasion d'un de ses derniers séjours en thalassothérapie que Carmen a essayé le Champagne. L'une de ses voisines de table lui a dit « Quand tu te sens un peu seule ou que tu as envie de pleurer, plutôt que de pleurer, bois un verre de Champagne ». Carmen a trouvé dans la consommation de Champagne un grand plaisir. Elle est

rapidement devenue dépendante. Elle ne peut s'empêcher aujourd'hui de boire jusqu'à 7 ou 8 coupes de Champagne par jour. Elle tente de se rassurer en se disant que le Champagne est un alcool de star. Elle se rappelle que Romy Schneider en buvait. Elle dépense une énergie considérable pour masquer les conséquences de sa prise d'alcool. Elle se parfume. Elle est toujours très coquette. Si son apparence résiste à peu près, son état physique commence lui à pâtir de sa relation avec l'alcool. Lors du dernier bilan sanguin prescrit par son médecin généraliste, Carmen avait une fonction hépatique perturbée. Son taux de cholestérol était augmenté. L'entretien conduit par Louise révèle que Carmen est une vraie dépendante. Elle est physiquement obligée de boire dès le matin. Si elle s'arrête de boire, elle tremble. Sa consommation d'alcool est mécanique, presque automatique. Elle n'y pense pas. Elle ne se rend compte de l'alcool et de ses effets que lorsqu'elle en manque. Louise applique à la dépendance de Carmen le modèle « Brenda ».

- Gail Kaempf et coll. travaillent en Pennsylvanie. Elles ont mis au point un modèle biopsychologique d'évaluation de l'alcoolisme du sujet âgé. Les auteurs suggèrent également l'utilisation de manière systématique du questionnaire DETA ou CAGE et des critères de la dépendance du DSM IV-R.

• Signification de l'acronyme

BRENDA :

- B** pour évaluation Biopsychosociale
- R** pour Retour auprès du patient des données de l'évaluation initiale
- E** pour Empathie
- N** pour Needs : identification des besoins du patient
- D** conseil Direct en fonction des besoins du patient
- A** pour Assessment : évaluation des effets du conseil direct

- Le principe de cette évaluation, qui a fait la preuve, à l'occasion d'études ouvertes, de son utilité, est de maintenir avec la personne âgée en difficulté avec l'alcool une interaction. Une fois l'évaluation initiale réalisée, il est important d'en communiquer les résultats, tant au patient qu'à la famille.

- Gail Kaempf donne un exemple d'explication pouvant être donnée au patient.

« Chère Madame, vous me dites que vous voulez boire moins. Mais vous ne pouvez pas arrêter en une fois votre consommation. Je comprends bien que cette réponse est un peu frustrante pour vous mais je m'intéresse à votre santé et je sais qu'il va falloir encadrer cet arrêt de l'alcool. »



- L'identification des besoins authentiques du patient est un autre temps important. Gail Kaempf donne un autre exemple.

« Cher Monsieur, je vois bien que vous avez besoin d'une aide pour vous relaxer et mieux dormir. Vous avez aussi besoin d'augmenter votre niveau d'énergie. Vous ne pourrez plus le faire comme quand vous essayiez avant avec l'alcool. Votre corps ne le supporte pas. »

- Ces explications confirment au patient qu'il a été entendu. Après de telles explications vient le temps des conseils directs. Là encore Gail Kaempf donne des exemples précis. Elle recommande de s'adresser directement au patient vis-à-vis de sa consommation d'alcool.

« Je vous recommande d'essayer d'éliminer complètement l'alcool qui provoque chez vous des maladies physiques, de la dépression, une perte d'énergie et de l'insomnie. Je sais que l'arrêt ne sera pas facile mais je vais vous aider et nous nous rencontrerons régulièrement. De plus, je vous conseille des activités de distraction. Ce pourrait être un peu d'exercice au lieu de passer la journée à regarder la télévision. »

- Après ces conseils, le retour du patient est important. La manière dont il les a perçus et sa capacité à les intégrer sont des déterminants de l'évolution. Si le patient n'intègre pas ces recommandations, il risque de ne pas se présenter à la consultation suivante. Celle-ci doit être réalisée

peu de jours après la consultation de sevrage. Les visites de suivi doivent inscrire ensuite l'ancien dépendant dans une stratégie de prise en charge à long terme.

- Ce modèle BRENDA est un exemple, parmi de nombreux autres, d'adaptation du cadre classique de la psychothérapie aux personnes âgées présentant une dépendance. Les psychothérapies classiques ne sont pas souvent pratiquées chez le sujet âgé en difficulté avec l'alcool. Elles demandent des capacités d'introspection et de réflexion sur soi-même dont ne peuvent faire preuve tous les patients. Il est rare que les patients âgés acceptent la remise en question que suggère les approches psychothérapeutiques. Dans tous les cas, la psychothérapie de soutien se révèle utile. Elle est plus facilement acceptée et ce d'autant qu'elle aborde de manière directe la question de l'alcool et de ses conséquences. Elle prend en compte les éléments de la réalité. Elle ne remet pas en cause de manière radicale le fonctionnement antérieur du patient.

- Les nouvelles techniques psychothérapeutiques les plus souvent appliquées aux addictions tardives font appel au modèle cognitivo-comportemental. Elles portent sur les facteurs déclenchant la consommation d'alcool, sur les envies de boire et sur le repérage des conséquences négatives des alcoolisations. Le patient peut être invité à tenir un journal de ses prises d'alcool, des effets de l'alcool et des circonstances qui les ont déclenchés.

- Les techniques de psychothérapie centrées sur le corps n'agissent pas de manière spécifique sur les conduites addictives. Elles ont cependant un effet global bénéfique. Elles passent par des actions de relaxation et de massage. Elles ont pour objectif de faire réinvestir le corps comme un objet de plaisir et de relation. Elles aident le patient à contrôler lui-même ses réactions corporelles et à réduire son angoisse. Indirectement, elles renforcent sa motivation vis-à-vis du sevrage.

Référence :
Gail Kaempf, Charles O'Donnell, David W. Oslin.
The BRENDA model : a psychosocial addiction model to identify and treat alcohol disorders in elders.
Geriatr Nurs 1999;20:302-4.

13 Annexe : Une échelle spécifique pour évaluer l'alcoolisme chez les personnes âgées

Stéphane avait commencé à consulter son psychiatre quand il avait cinquante ans. Il avait été déprimé à l'époque. Il va aujourd'hui très bien au regard de sa dépression. Les consultations sont très espacées. Elles consistent à vérifier l'état clinique de Stéphane. Le psychiatre traitant de Stéphane, qui a aujourd'hui soixante ans, se rend bien compte que son patient est en difficulté avec l'alcool. Mais Stéphane se fâche quand on lui parle d'alcool. Il dit qu'il n'a jamais bu plus que de raison. Le psychiatre de Stéphane a trouvé une manière de lever ce déni. Il lui propose un questionnaire de dépistage. Seul face au questionnaire, Stéphane se sent plus en confiance. Le score qu'il recueille ne lui laisse pas de doute quant aux difficultés qu'il entretient avec l'alcool. Le psychiatre de Stéphane regrette d'avoir dû utiliser ce « subterfuge ». Il peut se consoler en disant qu'il n'est ni le premier ni le dernier thérapeute à être confronté à la question du déni en alcoologie !

- Les questionnaires classiques que sont le DETA et le MAST (Michigan Alcoholing Screening Test) peuvent être utilisés chez le sujet âgé. Les paramètres biologiques tels que le dosage des Gamma GT et du Volume Globulaire Moyen sont également utiles. Rappelons cependant que le diagnostic de dépendance, tel qu'il figure dans la Classification Internationale des Maladies ou la classification américaine du DSM, est purement clinique. Aucune

modification biologique n'est imposée pour retenir le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool.

- Le questionnaire CAGE est pertinent en tant qu'instrument de dépistage de masse. Il permet de poser de manière systématique quatre questions orientant l'approche clinique. Une version du Michigan Alcohol Screening Test adaptée à la gériatrie a une sensibilité de 91 % et une spécificité de 84 %. Cette

sensibilité est plus importante que celle du questionnaire CAGE qui n'est que de 48 %. La spécificité du questionnaire CAGE pour un score supérieur ou égal à deux est de 99 %. Le questionnaire MAST adapté à la gériatrie apparaît donc comme un instrument clinique utile, validé par Joy Morton et coll. Chaque question est cotée un point. Cinq réponses positives ou plus sont évocatrices d'une difficulté avec l'alcool. Ce questionnaire ne permet pas de poser un diagnostic. Celui-ci doit être complété par l'impression clinique et les critères diagnostiques des

classifications internationales. Il est particulièrement précieux chez les patients qui sont réticents à la perspective d'évoquer leurs difficultés vis-à-vis de l'alcool.

Questionnaire MAST (Michigan Alcohol Screening Test) gériatrique

• Cette liste de questions porte sur vos habitudes d'alcoolisation passées et actuelles. Répondez oui ou non à chaque question. Quand vous aurez fini de répondre à toutes les questions, vous pourrez calculer votre score en comptant le nombre de OUI.

	OUI	NON
1. Après avoir bu, vous est-il arrivé de ressentir une augmentation de la fréquence de votre cœur (palpitations ou des battements dans poitrine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand vous parlez avec les autres, vous arrive-t-il quelquefois de minimiser ce que vous buvez actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que le fait de boire de l'alcool vous rend tellement somnolent que vous vous endormez sur votre chaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Après quelques verres, vous est-il arrivé de ne pas manger ou de sauter un repas parce que vous n'aviez pas faim ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce qu'il vous arrive de boire pour diminuer des tremblements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que, à cause de l'alcool, il vous arrive d'avoir des difficultés à vous rappeler ce que vous avez fait pendant le jour ou pendant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous donnez-vous des règles pour ne pas commencer à boire à partir d'une certaine heure de la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous perdu de l'intérêt dans des loisirs ou des activités que d'habitude vous appréciez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
9. Quand vous vous réveillez le matin, avez-vous du mal à vous souvenir de ce que vous avez fait la nuit d'avant ou le soir d'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Est-ce que le fait de boire un verre vous aide à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cachez-vous les bouteilles que vous buvez aux membres de votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Après une réunion avec des amis ou la famille, vous est-il arrivé de vous sentir gêné parce que vous aviez trop bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Est-ce que vous vous êtes quelquefois aperçu que l'alcool pouvait être mauvais pour votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aimez-vous finir une soirée avec un dernier verre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous est-il arrivé de boire plus du fait de la mort d'un proche dans votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. En général, préférez-vous boire seul à la maison plutôt que de sortir pour rencontrer des amis ou de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Buvez-vous plus que dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Est-il habituel pour vous de prendre un verre pour vous relaxer ou calmer vos nerfs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Buvez-vous pour oublier vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous déjà augmenté les quantités d'alcool que vous buviez après avoir perdu quelqu'un de proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Vous est-il arrivé de conduire alors que vous aviez trop bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit qu'ils étaient inquiets au sujet de votre relation à l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vous êtes-vous donné des règles pour essayer de contrôler ce que vous buviez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quand vous vous sentez seul ou isolé, est-ce que cela vous aide de boire un verre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total des OUI =

Un score supérieur ou égal à 5 indique des difficultés avec l'alcool.

Référence :

Joy L. Morton, Thomas V. Jones, Maureen A. Manganaro. Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans American Journal of Medicine 1996 101 : 153-159.

Merck Serono
37 rue Saint-Romain
F-69379 Lyon cedex 08
www.merckserono.fr
s.a.s. au capital de 16 398 285 euros
955 504 923 rcs Lyon
Information médicale/Pharmacovigilance :
Tél. (N° vert) 0 800 888 024
E-mail : infoqualit@merck.fr