

### LES OBJECTIFS



Ils doivent être précisés pour chaque patient car ce sont eux qui permettent de définir la stratégie thérapeutique la mieux adaptée pour les atteindre.

#### Patients non dépendants

**L'objectif thérapeutique principal est de ramener leur consommation en dessous des repères de risque considérés comme acceptables en France** chez la personne âgée (voir fiche N°1) de façon à faire disparaître ou régresser les risques et les dommages liés à leur consommation d'alcool.

#### Patients dépendants

L'abstinence reste l'objectif à encourager et à atteindre prioritairement chaque fois que possible et lorsqu'il est accepté par le patient. Il semble cependant parfois difficile à négocier. **Dans ce cas, une réduction de consommation et donc des dommages paraît un objectif réaliste.**

### LES MOYENS D'INTERVENTION



Il n'y a que peu d'études spécifiques chez les personnes âgées. Il n'y a guère de raisons de penser que les bases du traitement doivent être différentes de celles utilisées chez l'adulte. Des adaptations aux spécificités de ces personnes sont cependant nécessaires.

#### LES PATIENTS NON DÉPENDANTS

**Une intervention brève ou de durée moyenne en soins primaires, protocolisée et adaptée au sujet âgé est efficace.** Elle réduit la consommation hebdomadaire d'environ un tiers, les épisodes aigus de 45 à 75 %, le pourcentage de patients âgés ayant une consommation excessive de 20 à 60 % selon les critères retenus. Le rapport coût/efficacité est bon.

**Il faut proposer des techniques spécifiquement orientées vers les personnes âgées.**

Un retour sur les caractéristiques de leur consommation associé à une éducation thérapeutique, permet de réduire davantage leur consommation par rapport à la prise en charge usuelle.

Les personnes âgées acceptent plus facilement un traitement collaboratif pour des troubles psychiques ou addictifs lorsqu'il est proposé dans le cadre de soins primaires plutôt qu'en établissement psychiatrique ou addictologique.

## LES PATIENTS DÉPENDANTS : SEVRAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS

### LES INDICATIONS DE SEVRAGE HOSPITALIER

Au-delà de 75-80 ans, du fait de la fragilité de ces personnes, de la fréquence des pathologies associées, du risque de syndrome de sevrage prolongé et plus sévère, il semble raisonnable de réaliser les sevrages en hospitalisation pour contrôler ou prévenir plus facilement les complications graves : delirium tremens, convulsions, chutes, hématomes intra-cérébraux. De plus, la qualité de l'hydratation et de l'équilibre hydro-électrolytique, chez ces personnes en équilibre précaire sur ce point, présentant souvent des problèmes cardio-vasculaires, est essentielle.

Chez les patients plus jeunes, les indications de sevrage hospitalier sont posées comme chez les adultes. Elles reposent d'abord sur les critères de fragilité, le risque de complications de sevrage et l'environnement des patients.

### LES SPÉCIFICITÉS DU SEVRAGE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

**La survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée par rapport aux plus jeunes.** Il faut être particulièrement attentif à la prescription de benzodiazépines (plus grande sensibilité). Elles restent le traitement de choix, mais contrairement à l'adulte,

il est **recommandé de privilégier des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...)** de façon à éviter le risque d'accumulation. Les doses initiales doivent être diminuées de 30 à 50 % et réparties en 4 à 6 prises de façon à limiter les fluctuations plasmatiques. Les doses d'entretien sont adaptées sur la clinique. Comme chez l'adulte, la prescription de vitamine B1 devrait être systématique (500 mg pendant 5 jours, puis 20 mg par jour pendant 1 à 2 semaines).

En dehors de ces spécificités, le sevrage d'alcool chez une personne âgée est basé sur les mêmes règles que chez l'adulte. Deux situations peuvent être rencontrées :

- ◆ Lorsque le sevrage est programmé, la situation est relativement simple et l'enjeu est d'en prévenir les complications.
- ◆ C'est souvent dans les situations aiguës (accident, traumatisme, pathologie infectieuse intercurrente...) que surviennent les complications d'un sevrage non anticipé et auquel on ne pense pas nécessairement. Dans ces cas, il faut penser au risque de survenue d'un syndrome de sevrage d'alcool, le rechercher et le traiter, alors même que les symptômes peuvent parfois être trompeurs et rapportés à une autre cause. A l'inverse, ne pas attribuer systématiquement au sevrage toute la symptomatologie observée.

La surveillance clinique et l'adaptation des posologies de benzodiazépines peuvent s'appuyer sur des échelles, l'index de Cushman par exemple, bien qu'il n'ait pas fait l'objet d'études spécifiques chez les personnes âgées.

## LES PATIENTS DÉPENDANTS : L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

### TRAITEMENT

Le traitement repose d'abord sur les stratégies thérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité chez l'adulte : suivi prolongé, psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales (TCC), relaxation, thérapies de groupe non confrontantes, thérapies familiales et systématiques...

Les mouvements d'entraide peuvent aussi être particulièrement intéressants grâce au support social qu'ils peuvent apporter.

Un travail sur l'estime de soi et les relations avec les pairs, les TCC (orientées vers l'acquisition de compétences vis-à-vis de la pression sociale, de la solitude, des sentiments de dépression, de l'anxiété et de la tension, des envies, des rechutes...), et une approche d'auto-gestion, améliorent très significativement le taux d'abstinence des patients à 6 mois.

**Cependant, les problèmes spécifiques posés par ces personnes, en particulier très âgées, nécessitent souvent une approche multidisciplinaire, médico-sociale, intégrant des soins psychogériatriques.**

**La prise en charge sociale et environnementale visant à lutter contre l'isolement est particulièrement importante dans la mesure où celui-ci est souvent considéré comme une cause majeure d'alcoolisation des personnes âgées.** Pour les patients vivant à domicile, le portage des repas, l'aide-ménagère, le passage d'une infirmière peuvent être des aides au maintien de l'abstinence. Ceci permet aussi d'alerter les services médicaux et sociaux en cas de difficultés. Pour les patients vivant en institution, l'amélioration du cadre de vie, l'intervention d'associations, la rupture de l'isolement sont aussi d'une grande aide.

Les personnes âgées s'engagent moins dans les soins ambulatoires que les plus jeunes. Elles peuvent considérer que leur addiction n'est pas suffisamment sévère pour justifier un tel suivi. Celui-ci peut aussi être limité par d'autres facteurs propres à chaque patient. En revanche, la personne âgée qui débute un traitement semble le terminer plus fréquemment que le sujet jeune.

**Ainsi, le pronostic est meilleur si le cadre de soins est adapté à l'âge**, aussi bien pour les soins hospitaliers qu'ambulatoires (groupes thérapeutiques d'âge homogène), et personnalisé pour tenir compte des spécificités de chaque patient : médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Il est important d'avoir une équipe intéressée à travailler avec la personne âgée et en réseau avec les différents services participant aux soins. Il faut proposer des programmes thérapeutiques adaptés en termes de contenu, de respect de la vie privée, de rythme et être attentif aux facteurs de stress tels que retraite, isolement, perte (décès du conjoint, maladie...). Travailler au maintien du tissu social autour du patient est essentiel.

Il est nécessaire d'adapter le suivi aux problèmes financiers, aux pathologies et handicaps (distance du logement, fréquence des consultations...) pour favoriser la compliance au traitement.

Des alternatives au suivi traditionnel pourraient être envisagées : contact téléphonique, internet, télémédecine..., bien que l'on ne dispose pas d'études sur leur apport réel.

### LE DISULFIRAME

Il est particulièrement à risque de provoquer des complications neurologiques (confusion) et cardiovasculaires dans cette population. L'effet antabuse peut-être sévère. **Il doit être évité chez les personnes âgées fragiles.**

**L'acamprosate (Aotal®) et la naltrexone (Revia®)** ont une AMM dans l'aide au maintien de l'abstinence. Il n'y a pas d'arguments pharmacologiques permettant de penser qu'ils soient moins efficaces que chez l'adulte. La naltrexone s'est montrée efficace et bien tolérée chez les sujets de moins de 70 ans. L'acamprosate n'a pas été étudié spécifiquement chez le sujet âgé.

### LES MÉDICAMENTS RÉDUCTEURS DE L'APPÉTENCE À L'ALCOOL

Le **nalmefene (Sélincro®)** a comme indication la réduction de consommation chez les personnes alcoolo-dépendantes et pourrait être une aide intéressante chez les patients âgés, mais on ne dispose pas actuellement d'études spécifiques.

Le **baclofène (Liorésal®, Baclofène Zentiva®)** a obtenu fin 2018 une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la réduction de consommation. En attendant son prix et son remboursement, la recommandation temporaire d'utilisation (RTU) continue de s'appliquer. Non évalué chez les personnes âgées, il doit être évité du fait de son effet sédatif et myorelaxant.

## LES RESULTATS



Les rares études disponibles **semblent suggérer que les sujets âgés, dépendants ou non, bénéficient autant que les plus jeunes d'un traitement spécialisé.**

**Globalement, les patients âgés ont même des résultats à long terme meilleurs sur l'abstinence d'alcool que les plus jeunes.** De ce fait, il est dommage que leurs problèmes d'alcoolisation soient très sous-diagnostiqués et sous-traités.

**Les facteurs de bons résultats** qui ressortent des différentes études seraient :

- ◆ le genre féminin,
- ◆ une conduite d'alcoolisation peu sévère et relativement récente,
- ◆ une forte motivation,
- ◆ des complications de cette alcoolisation peu sévères et récentes, même si l'existence de complications somatiques, notamment chez les femmes, pourrait augmenter la motivation,
- ◆ la durée et la bonne observance du traitement, probablement reliées aussi à la motivation,
- ◆ un soutien de l'entourage et l'absence d'incitation à consommer.



La prévention primaire doit être développée et encouragée en direction des personnes âgées, mais le poids des représentations sociales est extrêmement fort et limitant.

Une attention particulière devrait être apportée à la prévention de l'alcoolisation tardive.

Concernant les seuils de risque d'alcool pour les personnes âgées, les messages à promouvoir sont de ne pas dépasser 7 verres par semaine (pas plus d'un verre par jour pour les consommateurs quotidiens) et 3 verres par occasion.

**LORADDICT**

Réseau Lorrain d'Addictologie

03 83 15 71 92 • [loraddict@loraddict.org](mailto:loraddict@loraddict.org) • [www.loraddict.org](http://www.loraddict.org)

**LOR** RESEAU LORRAIN  
D'ADDICTOLOGIE  
**LADDICT**