

Personnes âgées et consommation d'alcool – Question 2

Complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé

Les personnes âgées figurent, en France, parmi les consommateurs d'alcool les plus réguliers, même si les quantités consommées sont équivalentes à celles des jeunes, ou moindres, et que les excès sont moins fréquents après 65 ans. Un récent rapport de l'Institut de santé publique suédois (1) fait état d'une augmentation drastique du nombre de décès liés à l'alcool chez les hommes et les femmes âgés européens ; l'alcool est responsable de 195 000 décès chaque année en Europe : les personnes âgées de 60 à 69 ans sont concernées par 5 % de l'ensemble des décès attribuables à l'alcool, ce pourcentage étant probablement sous-estimé en raison de la sous-détection des problèmes liés à la consommation d'alcool.

La France a un niveau de mortalité qui reste légèrement supérieur à la moyenne européenne. Avec 100 décès liés à l'alcool pour 100 000 hommes en 2008, elle se place au 12^{ème} rang sur 23 pays européens (ordre croissant). Ce sont les Pays-Bas qui ont le taux le plus faible (56 décès pour 100 000). Le classement pour les femmes est similaire, mais avec un taux de mortalité plus faible de 35 décès pour 100 000. Toutefois, on ne dispose toujours pas de données spécifiques sur la mortalité des sujets âgés.

Si l'effet délétère de l'alcool est bien identifié tant sur le plan somatique que psychique chez le sujet plus jeune, il est finalement peu documenté chez les seniors. Il est vraisemblable que la fréquence du diagnostic de mésusage d'alcool dans la population âgée est souvent sous-estimée et que le lien de cause à effet avec les pathologies induites n'est pas toujours établi. Dès 1998, certains auteurs utilisaient le terme "d'épidémie invisible" pour évoquer les dommages liés à l'alcool chez les seniors (2). C'est pourquoi le repérage d'une consommation à risque et d'une dépendance est essentiel en termes de prévention,

d'accompagnement, d'éducation thérapeutique et, au-delà, d'amélioration de la qualité de vie.

L'intérêt porté aux pathologies induites par le mésusage d'alcool chez des sujets âgés est relativement récent et de nombreuses difficultés expliquent sans doute la pauvreté des études dans ce domaine. Elles concernent déjà la définition du terme "âgé" (voir question 1). Autre écueil et pas des moindres, la définition d'un usage à risque diffère selon les pays, rendant souvent bien délicates les comparaisons entre les travaux, d'autant que certaines études ne précisent pas les seuils de consommation retenus.

Il est donc difficile de préciser à partir de quelle consommation un risque de complication existe dans cette population ou quel est le seuil de consommation associé à un risque acceptable de complication.

Risque de mortalité et/ou d'incapacité fonctionnelle en fonction de la consommation d'alcool

Des études récentes apportent un éclairage sur ce point. Moore et al. (3) ont étudié le retentissement de différentes modalités de consommation d'alcool sur les capacités fonctionnelles : ADL (activités de la vie courante) et IADL (activités instrumentales de la vie courante) de 161 personnes âgées de 60 ans ou plus. Comparées aux personnes consommant sept unités standard ou moins par semaine, celles consommant plus de 14 unités par semaine (hommes et femmes) avaient plus fréquemment une altération des IADL et, à un degré moindre, une altération des ADL. Ceux consommant de huit à 14 unités par semaines

avaient aussi davantage d'altération des IADL, mais pas des ADL. Enfin, les consommateurs présentant des épisodes aigus (*binge drinkers*, définis comme consommant plus de trois unités par occasion pour les femmes et quatre unités pour les hommes) avaient aussi davantage d'altération des IADL, mais pas des ADL (3). Ces résultats confirment que la consommation d'alcool est un facteur de risque pour les activités de la vie courante les plus fines et les plus liées à l'aspect cognitif.

Une publication plus récente a étudié deux cohortes, une cohorte américaine (*The Health and Retirement Study* – 10 710 personnes) et une cohorte anglaise (*The English Longitudinal Study of Aging* – 2 623 personnes), soit au total 13 333 personnes de 65 ans ou plus, suivies pendant quatre ou cinq ans. Les critères de suivi ont été la mortalité et un certain nombre d'incapacités fonctionnelles évaluées par les ADL, les IADL et les troubles cognitifs. Elle n'a pas montré d'augmentation statistiquement significative du risque de mortalité ni d'incapacité fonctionnelle chez les personnes consommant en moyenne une à deux unités standard par jour par rapport à ceux qui ne consommaient que zéro à une unité (4).

Dans certaines études, le risque de complications somatiques est lié à une consommation importante, mais non corrélé à une consommation modérée (5). En revanche, en 2009, la Direction générale de la santé, en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa), a proposé une plaquette, dans le cadre de la prévention du cancer, sur le thème de la nutrition et prévention du cancer, dans laquelle il est clairement inscrit que la consommation d'alcool est déconseillée (6).

L'une des difficultés pour l'interprétation de ces études est l'hétérogénéité de la population des personnes âgées. L'augmentation de l'espérance de vie, notamment de l'espérance de vie sans incapacité, rend la population des plus de 65 ans très hétérogène, en ce sens que "les jeunes vieux" s'apparentent aux adultes alors que les vrais problèmes gériatriques débutent le plus souvent à partir de 75 ans, voire plus. Or cette tranche d'âge est encore peu représentée dans les études et il n'y a pas d'analyse portant spécifiquement sur elle.

Si l'on s'en réfère à la dernière réunion d'experts sur "alcool et santé" consacrée aux personnes âgées (7), les consommations maximales recommandées ne font pas l'objet d'un consensus ni chez les sujets jeunes, ni chez les seniors. Cette question est d'autant plus d'actualité que de nombreux articles sont parus dans la littérature sur

les vertus suspectées d'une faible consommation d'alcool, notamment sur le plan cardiologique, même si des biais méthodologiques ont été soulignés (8).

Bien des interrogations demeurent donc sur le seuil de consommation acceptable, le risque restant potentiellement faible, avec un éventuel effet protecteur sur certaines pathologies. Il n'en demeure pas moins qu'une consommation excessive d'alcool est source de complications somatiques, psychiques et socio-familiales qui n'épargnent pas les seniors. Le thème même de la conférence de Stockholm montre bien la prise de conscience de cette problématique touchant les personnes âgées.

Âge et toxicité de l'alcool

Chez le sujet âgé, les modifications physiologiques inhérentes à l'âge majorent la toxicité de l'alcool par plusieurs mécanismes notamment :

- la diminution de la concentration gastrique d'alcool déshydrogénase conduisant à une augmentation du taux d'alcoolémie ;
- la diminution de la masse maigre et du volume corporel d'eau qui favorise également l'augmentation du taux d'alcoolémie.

Ces modifications métaboliques pourraient expliquer qu'à consommation égale, l'avancée en âge conduit à une majoration des complications liées à l'alcool (9-11). Une plus grande sensibilité aux effets toxiques de l'alcool avec l'âge est une autre hypothèse.

Il n'entre pas dans les objectifs de ce travail de détailler les nombreuses complications d'origine alcoolique. Nous nous limiterons à souligner celles qui sont les plus pertinentes au vu de l'âge, puis d'essayer de préciser en quoi l'alcool retentit sur les grands syndromes gériatriques.

Les principales complications de l'alcool chez la personne âgée

Il convient de distinguer les effets aigus et chroniques.

Les effets aigus

Comparativement aux sujets plus jeunes, les sujets âgés présentent une susceptibilité exacerbée conduisant à l'ivresse pour des consommations moins importantes. Il existe cependant de grandes disparités selon les sujets.

De nombreux facteurs interviennent, notamment l'âge, l'état nutritionnel, les comorbidités, les traitements médicamenteux...

Les complications les plus fréquentes induites par des consommations massives sont les chutes et les complications traumatiques associées, les états confusionnels et les troubles comportementaux. La corrélation entre troubles du comportement et consommation excessive d'alcool a été bien documentée dans plusieurs études, notamment auprès de sujets institutionnalisés (12, 13). Il est très probable que le lien de cause à effet n'est pas toujours évoqué en raison d'un sous-diagnostic des consommations excessives d'alcool en institution (14).

Il convient également de souligner les risques de décès par troubles du rythme ventriculaire lors d'une consommation importante et rapide d'alcool (*binge drinking*) (15) et les risques d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire (ACFA) dans le cadre des consommations chroniques massives mais favorisées par la consommation aiguë (16).

Les effets chroniques

De nombreux articles décrivent les complications somatiques liées à une consommation chronique excessive d'alcool chez le sujet âgé, mais plusieurs biais méthodologiques sont à souligner, notamment :

- l'absence de précision des catégories de consommation, ce qui justifie le recours fréquent au terme vague de "consommation excessive" à défaut de pouvoir être plus précis ;
- la consommation en verres standard d'alcool est très rarement précisée, avec comme autre limite la non-homogénéisation du verre standard sur le plan international.

État de santé global

Si certaines complications sont citées régulièrement dans la littérature, globalement, l'état de santé du sujet âgé présentant un mésusage d'alcool est peu connu, mais celui-ci semble conduire à une altération du score de santé physique d'après une enquête menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies à partir d'une analyse du Baromètre santé (17) : "*Le score de santé physique est inférieur de sept à huit points pour les 60-75 ans qui présentent des signes de dépendance à l'alcool ou au tabac*". Les études de suivi de cohorte de sujets âgés présentant un mésusage d'alcool (consommation à risque ou alcoolodépendance)

sont encore trop rares. Citons une étude déjà ancienne, concernant une population de 21 sujets en institution ayant une alcoolisation excessive et suivis pendant trois ans (18). L'âge de décès de ces personnes est précoce (70 ans). Durant le suivi sur 36 mois, 11 patients sur 21 sont décédés et sept décès sont en lien avec l'alcool ou une pathologie liée au tabac.

Alcool et foie

Le métabolisme hépatique de l'alcool diminue avec l'âge du fait de la réduction d'activité du cytochrome P450 et des fonctions mitochondriales. Seitz et al. (10) soulignent une susceptibilité particulière des femmes de plus de 65 ans à développer une complication hépatique d'origine alcoolique. Mais la cirrhose est finalement peu fréquente chez les seniors en raison d'une espérance de vie réduite et des sujets déjà décédés prématurément. Cependant, quand elle survient, le pronostic est nettement plus défavorable en termes de complications et de mortalité (19, 20). Ainsi, le décès surviendrait dans l'année pour la moitié des patients suite au diagnostic de cirrhose hépatique.

Alcool et appareil cardiovasculaire

La consommation d'alcool peut induire des troubles cardiovasculaires et/ou aggraver des pathologies préexistantes, fréquentes en gériatrie : hypertension artérielle (HTA), cardiomyopathies dilatées, troubles du rythme, notamment les fibrillations atriales (21-23). L'arrêt de l'alcool est de nature à améliorer ces troubles. Le sevrage d'alcool peut aussi entraîner transitoirement des complications cardiologiques du fait de l'activation du système sympathique qu'il entraîne : accès hypertensif, troubles du rythme cardiaque, notamment supra-ventriculaires (ACFA, flutter) (16). Ces complications cardiovasculaires méritent d'être soulignées d'autant plus que la littérature s'avère riche d'études sur le caractère protecteur d'une faible consommation régulière d'alcool (15, 24, 25) au risque de faire oublier le caractère nocif de l'excès d'alcool.

Alcool et cancer

L'augmentation du taux d'incidence des cancers est corrélée à la durée d'exposition aux carcinogènes, et l'âge en est donc le principal facteur de risque, mais l'alcool a été également bien identifié comme facteur évitable de mortalité par cancers (deuxième cause après le tabac en France). La relation est bien établie pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage (globalement, pour les cancers des VADS, l'OR varie de 2,1 à 107 selon l'importance de la consommation et l'association ou non au

tabac), du colon-rectum (OR = 2,1 à 8,6) et, à un degré moindre, du sein (OR = 1,2). Elle est probable pour le cancer du foie, associé à la cirrhose (OR = 1,2 à 7,3) (26). Il existe une corrélation plus ou moins marquée selon les localisations entre la quantité d'alcool consommée et le risque de survenue des cancers (27).

Alcool et pathologies neurologiques

Le mésusage d'alcool représente un facteur de risque important dans de nombreuses pathologies neurologiques, direct du fait de sa toxicité propre sur le cerveau, ou indirect par les carences vitaminiques ou par les troubles de la coagulation induits. Comme pour la pathologie coronarienne, un effet protecteur d'une consommation modérée d'alcool sur l'incidence des démences, toutes étiologies confondues, a été décrit (28, 29). Les principales complications neurologiques sont :

- Les accidents vasculaires cérébraux : une consommation excessive d'alcool est retrouvée dans 28 % des cas d'AVC (16). Si l'âge représente le facteur de risque le plus important des accidents cérébraux, la consommation excessive d'alcool, du fait de l'effet hypertenseur de l'alcool et de son effet sur la coagulation, est un facteur de risque "modifiable" des AVC, en particulier hémorragiques (30).

- Les troubles cognitifs et le syndrome démentiel : la consommation massive d'alcool entraîne des conséquences sur le fonctionnement cognitif, sources de complications dans tous les actes de la vie quotidienne. Les déficits cognitifs varient en intensité. Les complications classiques, sévères, tels les syndromes de Gayet-Wernicke ou de Korsakoff, sont relativement rares. En revanche, les troubles cognitifs moins importants mais ayant cependant un retentissement dans la vie courante concerneraient 50 à 80 % des patients alcoolo-dépendants (31). Le caractère réversible des déficits, du moins en partie, justifie leur repérage et leur prise en soin. Plusieurs facteurs interviennent sur les dommages cognitifs induits qui portent essentiellement sur les fonctions exécutives : la durée de la consommation, la quantité consommée et la durée de l'abstinence (32). Une corrélation étroite entre les performances cognitives et les dommages observés à l'imagerie cérébrale a pu être établie (33). Bien qu'encore controversée, la démence alcoolique a été décrite précisément par Oslin et Cary (34) sous le terme "*alcohol-related dementia*" (ARD). Son caractère curable, du moins en partie, traduit toute l'importance de ce concept. Cliniquement, la démence alcoolique s'exprime par un tableau de démence sous-corticale avec des atteintes prédominantes sur les fonctions exécutives (35). Elle suscite actuellement de nombreuses études étayées par l'imagerie cérébrale qui objective la régression des

dommages parallèlement à l'amélioration des scores des tests neuropsychologiques en cas d'arrêt de l'alcool. Ce caractère réversible incite une fois de plus à repérer le mésusage d'alcool afin d'éviter des erreurs diagnostiques avec d'autres démences non curables.

- Le syndrome cérébelleux : source de troubles de l'équilibre, les atteintes cérébelleuses suscitent également un grand intérêt dans l'étiologie de certains troubles cognitifs bien spécifiques décrits sous le terme de syndrome affectivo-cognitif cérébelleux (36).

- Enfin, citons les atteintes périphériques, les neuropathies alcooliques qui sont à rechercher systématiquement, notamment dans le cadre d'une instabilité posturale.

Alcool et pathologie psychiatrique

Chez l'adulte, les liens entre mésusage d'alcool, anxiété, dépression, suicide et troubles de la personnalité sont bien établis (37-39). Chez les personnes âgées, les études disponibles confirment que le mésusage d'alcool est fréquemment associé à des troubles mentaux comme les troubles anxieux et/ou dépressifs (40-42). Les données d'une étude longitudinale américaine montrent que les personnes âgées alcooliques ont plus de trois fois plus de risques de présenter une dépression majeure (43). Ces personnes se négligent plus fréquemment que celles qui n'ont pas de mésusage d'alcool, ont un degré plus élevé d'anxiété, de dysfonctionnement psychosocial, elles ont plus de problèmes de santé physique et mentale, elles sont moins susceptibles d'avoir un réseau social de soutien satisfaisant. Chez les consommateurs d'alcool, le risque de dépression est plus élevé chez les femmes, non mariées, ayant une alcoolisation ancienne, des problèmes de santé et conjugaux, confrontées à plus d'événements de vie et utilisant des stratégies d'évitement lorsqu'elles y sont confrontées (44).

À l'inverse, la dépression joue un rôle central dans la compréhension de l'alcoolisme des personnes âgées, en plus de représenter un obstacle important lorsqu'elle n'est pas traitée. Les nombreuses pertes ou transitions associées au vieillissement, les événements de vie négatifs, un soutien environnemental faible sont de nature à créer l'ennui, la solitude, un sentiment d'inutilité, la dépression. Le mécanisme de ces formes de dépression à début tardif diffère des formes à début précoce. Il est plus réactionnel, lié au mode de vie et aux événements de vie (45). Ainsi, le recours tardif à l'alcool survient souvent dans un contexte de vie marqué par des traumatismes affectifs dont les conséquences représentent aussi des facteurs de risque de comportement suicidaire (46-48). Les personnes qui utili-

sent des stratégies inefficaces (évitement) en réponse à ces événements stressants sont davantage portées à recourir à l'alcool (49), bien que la relation entre le contexte de vie et la consommation s'avère plus complexe, notamment en rapport avec les ressources sociales.

Concernant le risque suicidaire, Grabbe et al. soulignent que, chez les personnes de 65 ans et plus, les grands buveurs et les consommateurs modérés ont neuf à dix fois plus de risque de décéder par suicide que de mort naturelle par rapport aux personnes de même âge abstinentes (50). Les hommes âgés qui ont développé un mésusage d'alcool suite au décès de leur conjointe seraient particulièrement touchés. Dans une récente étude rétrospective française concernant l'analyse de 51 cas de suicide chez des sujets de plus de 65 ans, 9,3 % des sujets présentaient une alcoolo-dépendance. Il est très probable que le pourcentage est sous-estimé en raison des difficultés de repérage du mésusage (51). La gravité de ces complications justifie donc un repérage précoce et une prise en charge rapide de ces patients. Enfin, soulignons le fait que l'alcoolisation aiguë, étant donné son rôle désinhibiteur, est de nature à favoriser chez les personnes en difficulté, le passage à l'acte suicidaire.

Le retentissement gériatrique de la consommation d'alcool

De façon générale, si l'on peut penser qu'il existe un lien, au moins d'aggravation, entre les grands syndromes gériatriques fréquemment présentés par les personnes âgées et le mésusage d'alcool, rares sont les études qui se sont attachées à évaluer la corrélation entre quantité d'alcool consommée et risque somatique. Les études effectuées dans le cadre des services des urgences sont particulièrement intéressantes et permettent de préciser les pathologies sources d'hospitalisation chez les sujets présentant un mésusage d'alcool avec ou sans dépendance associée. À titre d'exemple, citons les résultats de l'étude d'Onen (52). Le tableau I présente les motifs d'hospitalisation des 128 patients présentant un mésusage d'alcool et accueillis aux urgences. Les comorbidités retrouvées dans cette étude sont précisées dans le tableau II.

Les chutes

Chez le sujet âgé, les chutes sont fréquentes, d'étiologie polyfactorielle. Il est très vraisemblable que le mésusage d'alcool intervienne, qu'il soit aigu ou chronique, de façon

non négligeable dans ces chutes, à domicile ou en institution, bien qu'il ne soit pas toujours diagnostiqué (13, 53-56). La consommation excessive d'alcool est retenue comme facteur précipitant de chute dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009) consacrées à l'évaluation et à la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (57). Soulignons à nouveau que trop peu de travaux précisent la quantité d'alcool à partir de laquelle le risque existe.

Les syndromes démentiels

Les syndromes démentiels ont une prévalence en augmentation, en raison du vieillissement de la population, et représentent un enjeu de santé publique important. Si la maladie d'Alzheimer reste actuellement la principale cause de démence, bien d'autres pathologies peuvent conduire à des états démentiels ou à des troubles cognitifs variés, dont la consommation excessive d'alcool qui peut induire des troubles cognitifs plus ou moins marqués ou aggraver des troubles d'autre origine. Par ailleurs, Menecier (58) insiste sur les risques d'erreur de diagnostic, en particulier les diagnostics hâtifs de maladie d'Alzheimer chez ces patients âgés, anxieux voire dépressifs et présentant un mésusage d'alcool. Kopelman et al. (59) estiment que dix à 24 % des démences en Grande-Bretagne sont imputables à l'alcool, le diagnostic n'ayant pas été posé dans 80 % des cas, ce qui montre bien la fréquence des erreurs dia-

Tableau I : Motifs d'hospitalisation en urgence dans une population de personnes âgées ayant une consommation excessive d'alcool (52)

Motif	Pourcentage
Chutes	42,0 %
Confusion	13,3 %
Douleurs aiguës	10,9 %
Tentatives de suicide	3,0 %
Autres	28,0 %

Tableau II : Comorbidités retrouvées dans cette population de personnes âgées ayant une consommation excessive d'alcool (52)

Comorbidité	Pourcentage
Pathologies cardiovasculaires	38,3 %
Pathologies gastro-intestinales	32,0 %
Pathologie du système nerveux central	20,3 %
Pathologie endocrinienne	16,4 %
Pathologie orthopédique	12,5 %
Pathologie néoplasique	9,3 %

gnostiques, notamment avec la maladie d'Alzheimer chez les patients âgés dont l'alcoolodépendance n'a pas été repérée, alors que le caractère réversible de certaines de ces démences d'origine alcoolique en rend le diagnostic et la prise en charge d'autant plus importants.

Les syndromes confusionnels

La consommation d'alcool a bien été identifiée comme facteur prédisposant et précipitant d'un syndrome confusionnel chez le sujet âgé (60). L'alcool peut favoriser ou provoquer un syndrome confusionnel dans plusieurs circonstances :

- au cours d'une consommation aiguë : ivresse par effet direct de l'alcool sur le cerveau ;
- au cours d'une consommation chronique excessive comme facteur aggravant ou précipitant ;
- au cours d'un sevrage : ce diagnostic est souvent non reconnu chez le sujet âgé, y compris lors d'une hospitalisation, et le tableau confusionnel attribué à d'autres hypothèses étiologiques qu'à l'alcool. Il est vrai que le tableau peut s'avérer atypique. Classiquement, les symptômes apparaissent dans les heures qui suivent la dernière prise d'alcool. L'aggravation survient dans les 12 à 24 heures en l'absence de traitement préventif, pouvant conduire à un état confusionnel voire à un delirium tremens. Une spécificité gériatrique est la survenue possible d'un delirium tremens plusieurs jours (jusqu'à dix jours) après l'arrêt de la consommation (61).

Là encore, la reconnaissance du bon diagnostic permet de proposer une thérapeutique adaptée.

Les états de dénutrition

La dénutrition du sujet âgé représente un réel problème de santé public et mérite un dépistage systématique. La HAS dans ses recommandations sur les "Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée" (2007) a clairement identifié la consommation à risque d'alcool comme un facteur de risque de dénutrition, soit du fait de la gravité des complications somatiques, soit parce que la consommation d'alcool remplace l'alimentation habituelle, y compris du fait que les patients n'ont pas envie de se faire à manger, soit encore du fait des problèmes économiques engendrés par l'achat des boissons alcoolisées (62). Sur le plan métabolique, la consommation excessive d'alcool entraîne une dénutrition protéino-énergétique et des carences en micronutriments : multiples carences en vitamines (vitamines B1, B6, B9, B

12, vitamine C, vitamines D, vitamines E) et en magnésium, zinc, sélénium (63).

Si le mésusage d'alcool peut conduire à un véritable état de dénutrition, il est aussi susceptible d'entraîner une surcharge pondérale, chez les sujets les moins atteints chez qui les calories d'origine alcoolique s'ajoutent aux calories de l'alimentation.

Les conséquences psychosociales

La consommation excessive d'alcool du sujet âgé entraîne des complications psychosocio-familiales multiples. Sur le plan social, le mésusage d'alcool est souvent à l'origine d'un état d'adynamisme, de laisser-aller et d'aboulie avec isolement dans l'espace de vie. Cette désocialisation s'installe insidieusement. Elle peut-être aggravée par un sentiment de honte souvent rencontré chez les femmes. Les complications somatiques liées à une consommation excessive favorisent la perte d'autonomie physique et psychique et contribuent au risque de désocialisation et de rupture du maintien à domicile.

Sur le plan familial, la consommation excessive génère des conflits conjugaux et/ou familiaux majeurs. Les risques de maltraitance sont importants, physiques et financiers en particulier du fait d'un entourage épuisé. À l'inverse, la maltraitance du patient envers son entourage est favorisée par la consommation excessive aiguë. Soulignons également que le mésusage d'alcool conjugal conduit à des situations de huis clos intra-conjugaux dont la prise en charge s'avère bien délicate.

Sur le plan institutionnel, le mésusage de l'alcool reste encore un sujet tabou et, comme le souligne Leurs et al. (14), "chez les sujets institutionnalisés, entre déni et rejet, la maladie alcoolique reste trop souvent sans réponse appropriée".

Alcool et médicaments

Il s'agit là d'un enjeu essentiel compte tenu de l'importance de la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées et du nombre d'interactions potentielles qu'il n'est pas possible de reprendre de façon exhaustive dans cette synthèse. Les interactions médicaments-alcool chez les seniors ont fait l'objet de plusieurs études avec des biais méthodologiques concernant notamment la quantité d'alcool consommée qui n'est pas toujours précisée, ce qui rend bien difficile l'analyse des résultats et l'évaluation des in-

cidents et accidents liés à ces interactions. Les interactions médicaments-alcool concernent de nombreuses classes médicamenteuses. Citons en particulier les psychotropes dont les effets sédatifs sont potentialisés par l'alcool.

La revue de la littérature la plus complète (64) confirme que les effets délétères de la prise concomitante d'alcool et de médicaments sont soumis à plusieurs facteurs comme le taux d'alcoolémie et les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments, avec des risques de majoration des effets secondaires ou d'inefficacité thérapeutique. Certains articles soulignent les risques d'inobservance médicamenteuse liée au mésusage d'alcool, voire d'automédication par les benzodiazépines.

L'information des sujets sur les risques d'une consommation d'alcool lors de la délivrance du médicament apparaît nécessaire et implique la participation active des pharmaciens et des acteurs de santé (19, 65-67). La recherche d'une interaction possible est aussi une façon d'aborder la consommation d'alcool.

En conclusion, les complications liées à un mésusage d'alcool chez le sujet âgé sont nombreuses, très probablement sous-estimées et trop souvent attribuées à l'âge. Les tableaux cliniques peu spécifiques sont fréquents en gériatrie et le lien de cause à effet avec un mésusage d'alcool n'est pas toujours évident, ce qui implique d'y penser et de le rechercher. ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG

Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool".

Question 2 – Complications liées au mésusage d'alcool chez le sujet âgé

Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (3) : 239-246

Références bibliographiques

- 1 - Hallgren M, Högberg P, Andréasson S. Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues. Östersund : Swedish National Institute of Public Health ; 2009.
- 2 - Blow FC, Barry KL, BootsMiller BJ, Copeland LA, McCormick R, Visnic S. Longitudinal assessment of inpatient use and functioning of seriously mentally ill veterans with and without co-occurring substance use disorders. *J Psychiatr Res.* 1998 ; 32 : 311-9.
- 3 - Moore AA, Endo JO, Carter MK. Is there a relationship between excessive drinking and functional impairment in older persons? *J Am Geriatr Soc.* 2003 ; 51 : 44-49.
- 4 - Lang I, Guralnik J, Wallace RB, Melzer RB. What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in US and English national cohorts? *J Am Geriatr Soc.* 2007 ; 55 : 49-57.
- 5 - Institut National du Cancer. Alcool et risque de cancers. État des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2007 (www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/alcool/).
- 6 - Institut National du Cancer. Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2009 (www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/alimentation-activite-physique-et-cancers/).
- 7 - Collectif. Expert Conference on Alcohol and Health ; 21-22 septembre 2009 ; Stockholm.
- 8 - Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzts T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol.* 2007 ; 17 (5 Suppl.) : S16-23.
- 9 - Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatr Med.* 2003 ; 19 : 743-61.
- 10 - Seitz HK, Stickel F. Alcoholic liver disease in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2007 ; 23 : 905-21.
- 11 - Smith JW. Medical manifestations of alcoholism in the elderly. *Int J Addict.* 1995 ; 30 : 1749-98.
- 12 - Bedford S, Melzer D, Guralnik J. Problem behavior in the last year of life: prevalence, risks, and care receipt in older Americans. *J Am Geriatr Soc.* 2001 ; 49 : 590-5.
- 13 - Weyerer S, Schäufele M, Zimmer A. Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999 ; 33 : 825-30.
- 14 - Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *Presse Med.* 2010 ; 39 : e280-8.
- 15 - Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, Barnes GE. Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *Am J Epidemiol.* 2002 ; 155 : 242-8.
- 16 - Castelain V, Lavigne T, Jaeger A, Schneider F. Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives: alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. *Réanimation.* 2005 ; 14 : 186-95.
- 17 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Alcool, tabac et psychotropes chez les seniors : les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. *Tendances.* 2001 ; (16) (www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend16.pdf).
- 18 - Joseph CL, Rasmussen J, Ganzini L, Atkinson RM. Outcome of nursing home care for residents with alcohol use disorders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997 ; 12 : 767-72.
- 19 - Floreani A. Liver disorders in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009 ; 23 : 909-17.
- 20 - Michielsen P, Vandewoude M. Liver diseases in the older adult.

- Acta Gastroenterol Belg.* 2010 ; 73 : 1-4.
- 21 - Conen D, Osswald S, Albert CM. Epidemiology of atrial fibrillation. *Swiss Med Wkly.* 2009 ; 139 : 346-52.
- 22 - Conen D, Tedrow UB, Cook NR, Moorthy MV, Buring JE, Albert CM. Alcohol consumption and risk of incident atrial fibrillation in women. *JAMA.* 2008 ; 300 : 2489-96.
- 23 - Le Heuzey JY, Otmani A, Marijon E, Waintraub X, Lepillier A, Chachoua K, Lavergne T, Pornin M. Atrial fibrillation: the most common arrhythmia. *Presse Med.* 2008 ; 37 : 821-6.
- 24 - Bos S, Grobbee DE, Boer JM, Verschuren WM, Beulens JW. Alcohol consumption and risk of cardiovascular disease among hypertensive women. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010 ; 17 : 119-26.
- 25 - Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW Jr, Doll R. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *N Engl J Med.* 1997 ; 337 : 1705-14.
- 26 - Institut National du Cancer. Alcool et risque de cancers. Boulogne-Billancourt : INCa ; 2007 (www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/rapports-et-expertises/sante-publique).
- 27 - Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med.* 2004 ; 38 : 613-9.
- 28 - Lemeshow S, Letenneur L, Dartigues JF, Lafont S, Orgogozo JM, Commenge D. Illustration of analysis taking into account complex survey considerations: the association between wine consumption and dementia in the PAQUID study. *Personnes Ages Quid. Am J Epidemiol.* 1998 ; 148 : 298-306.
- 29 - Ruitenbergh A, van Swieten JC, Wittman JC, Mehta KM, van Duijn CM, Hofman A, Breteler MM. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet.* 2002 ; 359 : 281-6.
- 30 - Bejot Y, Caillier M, Rouaud O, Benatru I, Maugras I, Osseby GV, Giroud M. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. *Presse Méd.* 2007 ; 36 : 117-27.
- 31 - Bates ME, Bowden SC, Barry D. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2002 ; 10 : 193-212.
- 32 - Oscar-Berman M, Marinkovic K. Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychol Rev.* 2007 ; 17 : 239-57.
- 33 - Chanraud S, Martelli C, Delain F, Kostogianni N, Douaud G, Aubin HJ, Reynaud M, Martinot JL. Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology.* 2007 ; 32 : 429-38.
- 34 - Oslin DW, Cary MS. Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003 ; 11 : 441-7.
- 35 - Pierucci-Lagha A, Derouesne C. Alcool et vieillissement. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil.* 2003 ; 1 : 237-49.
- 36 - Fitzpatrick LE, Jackson M, Crowe SF. The relationship between alcoholic cerebellar degeneration and cognitive and emotional functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008 ; 32 : 466-85.
- 37 - Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 ; 64 : 830-42.
- 38 - Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010 ; 44 : 817-26.
- 39 - Chabaud F, Debarre J, Serazin C, Bouet R, Vaiva G, Roelandt JL. Étude des profils de population selon le niveau de risque suicidaire en France : enquête "santé mentale en population générale". *Encéphale.* 2010 ; Suppl. 1 (3) : 33-8.
- 40 - Pierucci-Lagha A. Alcool et vieillissement. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil.* 2003 ; 1 : 197-205.
- 41 - Blow FC, Serras AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep.* 2007 ; 9 : 14-9.
- 42 - Chou KL, Mackenzie CS, Liang K, Sareen J. Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2011 ; 72 : 144-55.
- 43 - Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend.* 1995 ; 39 : 197-206.
- 44 - Brennan PL, Moos RH. Late-life problem drinking: personal and environmental risk factors for 4-year functioning outcomes and treatment seeking. *J Subst Abuse.* 1996 ; 8 : 167-80.
- 45 - Voshaar RC, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare N. Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord.* 2011 ; 132 : 185-91.
- 46 - Brennan PL, Moos RH. Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychol Aging.* 1990 ; 5 : 491-501.
- 47 - Gamber SR. Alcohol abuse: medical effects of heavy drinking in late life. *Geriatrics.* 1997 ; 52 : 30-7.
- 48 - Blow FC, Brockmann LM, Barry KL. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 ; 28 (5 Suppl.) : 48S-56S.
- 49 - Moos RH, Brennan PL, Foncaro MR, Moos BS. Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychol Aging.* 1990 ; 5 : 31-40.
- 50 - Grabbe L, Demi A, Camann MA, Potter L. The health status of elderly persons in the last year of life: a comparison of deaths by suicide, injury, and natural causes. *Am J Public Health.* 1997 ; 87 : 434-7.
- 51 - Laly F, Toulouse O, Duveau J-P, Veyseyre O, Soussy A. Le suicide âgé. Étude rétrospective de 247 levées de corps effectuées dans un centre de consultation médico-judiciaire. *NPG.* 2009 ; 9 : 23-31.
- 52 - Onen SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil.* 2008 ; 8 : 9-14.
- 53 - Mukamal KJ, Mittleman MA, Longstreth WT Jr, Newman AB, Fried LP, Siscovick DS. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc.* 2004 ; 52 : 1174-9.
- 54 - Onen S, Onen F, Mangeon JF, Abidi H, Courpron P, Schmidt J. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 ; 41 : 191-200.
- 55 - Pluijm SM, Smit JH, Tromp EA, Stel VS, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos Int.* 2006 ; 17 : 417-25.
- 56 - Selway JS, Soderstrom CA, Kufera JA. Alcohol use and testing among older trauma victims in Maryland. *J Trauma.* 2008 ; 65 : 442-6.
- 57 - Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition. Paris : HAS ; 2009 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees?xtmc=chutes%20et%20personnes%20agees&xtcr=2).
- 58 - Menecier P. L'alcool et le sujet âgé en institution. *Gerontologie et Société.* 2003 ; 105 : 133-49.
- 59 - Kopelman MD, Thomson AD, Guerrini I, Marshall EJ. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol Alcohol.* 2009 ; 44 : 148-54.
- 60 - Haute Autorité de Santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Paris : HAS ; 2009 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation?xtmc=confusion%20aigue%20et%20personnes%20agees&xtcr=1).
- 61 - Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs.* 2005 ; 26 : 176-83.
- 62 - Haute Autorité de Santé. Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Paris : HAS ; 2007 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee).
- 63 - Maillot F, Farad S, Lamisse F. Alcohol and nutrition. *Pathol Biol (Paris).* 2001 ; 49 : 683-8.
- 64 - Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007 ; 5 : 64-74.
- 65 - Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005 ; 20 : 680-5.
- 66 - Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterveger B, Haidekker A, Pavlic M, Kemmler G, Fleischhacker WW. Alcohol and benzodiazepines in falls: an epidemiological view. *Drug Alcohol Depend.* 2005 ; 79 : 225-30.
- 67 - Pringle KE, Ahern FM, Heller DA, Gold CH, Brown TV. Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2005 ; 53 : 1930-6.