

Personnes âgées et consommation d'alcool – Question 4

Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées ? Quels sont les moyens pertinents d'intervention ? Quels en sont les résultats ?

Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées ?

Les objectifs d'intervention doivent être précisés pour chaque patient car ce sont eux qui permettent de définir la stratégie thérapeutique la mieux adaptée pour l'atteindre. Comme chez l'adulte, ils peuvent différer selon que le patient est dépendant ou non.

Chez les patients non dépendants, les objectifs thérapeutiques principaux sont :

- d'aider les patients à ramener leur consommation en dessous des seuils de risque considérés comme acceptables en France. Cependant, les seuils d'intervention pour les personnes âgées ne sont pas clairement établis (voir annexe 4) ;
- de faire disparaître ou régresser les dommages dus à l'alcool lorsqu'ils existent.

Chez les patients dépendants, l'abstinence reste sans doute 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 risques paraît un objectif réaliste.

Les études chez les patients non dépendants

Il n'y a pas, en France, de recommandations spécifiques concernant la consommation d'alcool des personnes âgées.

Quel que soit l'âge, actuellement, ce sont les recommandations pour l'adulte qui sont utilisées. Les publications reprennent toutes que la sensibilité physiologique accrue à l'alcool des personnes âgées et bien sûr les pathologies doivent être prises en compte, sans donner d'éléments chiffrés. Comme chez l'adulte dans les situations de mésusage sans dépendance, l'objectif est celui de réduction du risque et/ou de disparition du(des) dommage(s) lorsqu'il(s) existe(nt).

Les études chez les patients alcoolo-dépendants

Les publications sont plus nombreuses. Elles font toutes référence à l'arrêt de l'alcool. Les critères d'évaluation des résultats sont identiques à l'adulte. Le problème de fond est qu'elles portent habituellement sur des patients peu âgés, parfois sur des personnes à partir de 55 ans... L'une des questions est de savoir si une diminution de consommation est possible chez ces patients dont la tolérance à l'alcool est diminuée et qui ont souvent baissé spontanément leur consommation.

L'objectif peut dépendre du profil des patients : parmi 135 patients âgés ayant des antécédents de mésusage d'alcool mais aucun symptôme depuis au moins un an, deux groupes ont été constitués en fonction de leur consommation pendant l'année précédant leur inclusion dans l'étude : abstinence ou consommation contrôlée. Les

abstinents (n = 92) avaient eu des problèmes plus sévères, des consommations plus importantes en nombre de jours de consommation et en quantité consommée par occasion, ils avaient aussi eu plus souvent recours au système de soin spécifique et aux Alcooliques Anonymes comparés au groupe (n = 43) ayant une consommation modérée, groupe qui avait une plus longue histoire de consommation contrôlée avant la perte de contrôle. Ces résultats suggèrent que des critères comme la sévérité de la conduite d'alcoolisation, le recours à des soins spécifiques, le mode de consommation sont associés à la capacité des personnes âgées présentant un mésusage d'alcool de s'en sortir soit par une abstinence soit par une consommation contrôlée (1).

La plupart des publications proposent l'abstinence qui reste l'objectif à privilégier. Ce critère est cependant parfois difficile à faire accepter et à atteindre. On dispose de très peu d'études sur la capacité des personnes âgées à diminuer leur consommation d'alcool. De l'avis de certains professionnels, un objectif de consommation contrôlé serait dans certains cas plus réaliste et plus facile à faire accepter.

Quels sont les moyens pertinents d'intervention chez les personnes âgées ?

Les patients non dépendants

Un certain nombre d'études a montré la capacité des personnes âgées à diminuer leur consommation et a évalué l'efficacité des interventions brèves (IB). L'IB est un terme générique recouvrant un ensemble cohérent de modalités d'intervention dont le contenu associe de façon constante trois points : l'information, le conseil comportemental et l'attitude motivationnelle (2).

L'étude de Fleming et al. (3) est la première à démontrer l'efficacité d'une intervention protocolisée et adaptée au sujet âgé sur la consommation d'alcool par rapport à un groupe contrôle (étude GOAL – *Guiding Older Adult Lifestyles*). Son objectif est d'évaluer l'efficacité d'une IB chez des consommateurs âgés (65 ans ou plus) à risque. Il s'agit d'une étude contrôlée. 158 patients, 105 hommes et 53 femmes, âgés de 65 ans ou plus, vus en soins primaires, ont été inclus et randomisés dans deux groupes : le groupe intervention (n = 87) a bénéficié de deux séances d'IB de dix à 15 minutes avec un médecin. Il a également reçu une brochure, ainsi qu'un appel de suivi par une infir-

mière deux semaines après l'intervention. Il a été comparé à un groupe témoin recevant une brochure générale sur la santé (n = 71). Le suivi a été de 12 mois. Le groupe intervention a significativement réduit sa consommation d'alcool à trois, six et 12 mois : réduction de 34 % de la consommation hebdomadaire, de 74 % des épisodes aigus et de 62 % du pourcentage de patients ayant une consommation excessive (> 21 verres par semaine). Il faut noter que cette étude n'a pas mis en évidence d'amélioration de l'état de santé des patients (3).

Une étude complémentaire n'a pas montré d'impact économique de cette stratégie. Elle a évalué le rapport coût/bénéfices de l'intervention précédente avec un recul de 24 mois. Le groupe intervention a significativement réduit sa consommation d'alcool et la fréquence des épisodes aigus à 24 mois par rapport au groupe témoin, mais cela n'a pas eu d'influence sur les coûts, incluant les jours d'hospitalisation, le nombre de passage aux urgences, les consultations, les médicaments, les examens complémentaires (biologiques ou radiologiques), les blessures, les problèmes judiciaires ou la mortalité. Les auteurs concluent que la démonstration d'une réduction des coûts nécessite peut-être des interventions plus importantes (4).

Une autre étude a porté sur 367 personnes âgées de 55 ans et plus suivies pendant un an. L'intervention, spécifiquement orientée vers les personnes âgées, comprenait un conseil bref réalisé par un psychologue ou un travailleur social et des entretiens motivationnels. Les résultats étaient similaires à ceux de Fleming et al. sur le "binge drinking" (quatre verres ou plus par occasion) et le nombre de jours de consommation par semaine (5).

Plusieurs études ont ensuite montré l'intérêt de développer des techniques spécifiquement orientées vers les personnes âgées (6, 7). Le fait de donner aux patients, grâce à un recueil informatisé de données, un retour sur leur consommation, associé à une éducation thérapeutique, permet de réduire davantage leur consommation que la prise en charge usuelle. Ainsi, Finck et al. montrent que fournir aux patients âgés vus en médecine générale, par un algorithme informatique (*Computerized Alcohol-Related Problems Survey – CARPS*), des données sur les caractéristiques de leur consommation d'alcool associées à une éducation thérapeutique est plus efficace que les soins usuels sur la consommation de ces patients après un suivi de 12 mois (7). L'éducation thérapeutique par la délivrance d'un livret personnalisé par l'ordinateur était plus efficace que la délivrance des conseils par le médecin généraliste (les deux étant plus efficaces que le traitement habituel).

L'étude PRISM-E (*Primary Care Research in Substance Abuse and Mental Health for the Elderly*) a montré l'intérêt de stratégies intégrées, en médecine générale, spécifiquement orientées vers les personnes âgées. Il s'agit d'une étude randomisée, multicentrique (dix sites), comparant deux types d'intervention, destinés notamment à réduire l'usage d'alcool à risque dans une population de patients âgés de 65 ans ou plus vus en soins primaires. Les consommateurs à risque sont définis par une consommation supérieure à 14 verres par semaine pour les hommes et 12 pour les femmes, ou par la survenue d'épisodes de consommation aiguë. Les deux interventions sont :

- soit des soins intégrés (*Integrated Care – IC*) délivrés dans une même structure de soins de santé primaires intégrant une offre de soins en santé mentale et en addictologie. Ils reposent sur une IB sur l'alcool basée sur la réduction des dommages à partir d'une stratégie motivationnelle ;
- soit l'orientation vers des soins spécialisés (*Enhanced Specialty Referral – ESR*), soins de recours délivrés dans des cliniques spécialisées en santé mentale ou en addictologie par des spécialistes de ces disciplines.

Dans les deux groupes, les soins ont été donnés par des médecins (psychiatres, généralistes) et des non-médecins (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers...). Le tableau I donne le type de soins reçus selon les groupes.

À noter que les personnes âgées acceptent plus facilement un traitement collaboratif pour des troubles mentaux ou addictifs lorsqu'il est proposé dans le cadre de soins primaires plutôt qu'en établissement psychiatrique ou addictologique (8).

Oslin et al. (9) ont publié les premiers résultats à trois et six mois de cette étude dont la méthodologie et la population ont été décrites antérieurement (10). 560 patients ont été randomisés dans les deux groupes. À six mois, les deux groupes ont montré une diminution significative de leur consommation hebdomadaire et des épisodes aigus, confirmant que les personnes âgées peuvent modifier de

façon importante leur consommation. Cependant, il n'a pas été montré de différence significative entre les deux groupes.

L'étude de Zanjani et al. (11) est une sous-étude de l'étude PRISM-E portant uniquement sur les consommateurs au moins à risque (plus d'un verre par jour), soit 258 personnes suivies pendant un an (125 dans le groupe IC, 133 dans le groupe ESR), dont 56 % étaient des consommateurs à problème. Tous ont réduit leur consommation d'alcool à un an, sans supériorité d'un traitement par rapport à l'autre. Le traitement intégré a cependant permis une meilleure adhésion au traitement et une réduction des épisodes aigus chez les consommateurs à problème par rapport au groupe ESR. À la fin de l'étude, 29 % des participants restaient consommateurs à risque.

À noter que cet échantillon de population est très particulier (anciens combattants, centres médicaux spécifiques, taux de participation très faible : 2,4 %), ce qui empêche une généralisation des résultats. Par ailleurs, il n'y avait pas de groupe contrôle ne recevant aucune intervention. Oslin et al. posent enfin la question de la qualité de la formation des intervenants : quatre heures dans cette étude, sans suivi au cours de l'essai. Selon une autre étude de Zanjani et al., les principaux facteurs prédictifs d'initiation d'un traitement et de compliance à celui-ci sont l'âge, l'état mental et les caractéristiques de la consommation à risque (12).

La sous-analyse d'un centre ayant participé à l'étude PRISM-E a été publiée par Lee et al. (13). 34 patients consommateurs à risque âgés de 65 ans ou plus, vus en soins primaires, ont été randomisés dans les deux programmes thérapeutiques. Contrairement à l'analyse globale, les patients inclus dans le programme intégré avaient significativement plus de chance de se rendre à une consultation médicale (psychiatre ou addictologue) (93 % vs 35 %, $p = 0,001$) et ont diminué leur consommation appréciée par le

Tableau I : Type de soins reçus dans les groupes "soins intégrés" et "orientation" (8)

Type de soins reçus	Soins intégrés	Orientation
Psychiatre ou psychiatre + non-médecin	35,3 %	59,9 %
Non-médecin	60,1 %	36,7 %
Généraliste ou généraliste + non-médecin	4,2 %	3,4 %
Psychothérapie seule	51,6 %	39,2 %
Médicaments seuls	20,7 %	18,2 %
Psychothérapie + médicaments	21,1 %	36,3 %
Case management	6,6 %	6,4 %

nombre de verres consommés la semaine précédant l'évaluation et le nombre d'épisodes de consommation aiguë dans les trois mois précédents, alors qu'aucun changement n'a été constaté dans le groupe contrôle.

L'étude AESOPS (14) avait pour objectif d'évaluer, chez des personnes âgées de 55 ans ou plus ayant une consommation d'alcool à risque, l'efficacité et le rapport coût/efficacité, après un suivi d'un an, d'une intervention sous forme de soins gradués par rapport à une intervention minimale. L'intervention minimale consistait en une discussion de cinq minutes avec une infirmière. L'intervention graduée en trois étapes comprenait :

1. des conseils de changement de comportement fournis par une infirmière (20 minutes) ;
2. trois sessions de renforcement motivationnel de 40 minutes par des personnes formées ;
3. enfin, une orientation vers des services spécialisés en alcoologie.

Le niveau d'intervention suivant est proposé si le précédent n'a pas donné de résultats suffisants sur la réduction de consommation d'alcool. 529 patients ont été randomisés. La consommation d'alcool a diminué dans les deux groupes. Les soins gradués n'ont pas permis d'obtenir des résultats significativement supérieurs à ceux de l'intervention minimale en termes de réduction de la consommation. Une méthode similaire s'est révélée intéressante chez des patient adultes suivis en médecine générale.

Ainsi, l'intervention brève ou de durée moyenne apparaît comme ayant un bon rapport coût/efficacité pour diminuer la consommation d'alcool des personnes âgées non dépendantes. Elle comprend des approches variées allant du conseil simple à des stratégies plus élaborées comme le *training* autogène. Il faut cependant souligner l'hétérogénéité de la notion d'intervention selon les études. Elle consiste, le plus souvent, en deux ou trois sessions d'information et d'éducation thérapeutique d'une durée de dix à 15 minutes, parfois un peu plus longues (20 à 30 minutes), réalisées par un médecin. Une évaluation est réalisée après un suivi de six à 12 mois (3, 4, 9, 13).

Mais certains auteurs ont proposé d'autres stratégies :

- évaluation suivie d'une information personnalisée définie par un logiciel informatique spécifique (6, 7) ;
- Zanjani et al. imposent une session au moins, mais ensuite le nombre de sessions pendant les six mois de suivi n'est pas limité (11) ;
- AESOPS compare l'efficacité d'une intervention minimale (courte discussion de cinq minutes avec une infirmière accompagnée d'un petit fascicule d'information sur

les conséquences de la consommation excessive d'alcool), à une intervention graduée en trois étapes : session de 20 minutes centrée sur le changement de comportement, session d'entretien motivationnel réalisée par un alcoologue formé, puis orientation vers un service spécialisé.

Les patients dépendants

Le sevrage des personnes âgées de plus de 65 ans

- Les indications de sevrage hospitalier

Au-delà de 75-80 ans, compte tenu de la fragilité de ces personnes très âgées, 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 des personnes en équilibre précaire sur ce point, présentant souvent des problèmes cardiovasculaires, est essentielle (15). 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 sur l'environnement des patients.

- Les spécificités du sevrage chez la personne âgée

Chez les personnes âgées, la survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée et prolongée par rapport aux plus jeunes. Compte tenu des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (augmentation de la sensibilité aux benzodiazépines) chez les personnes très âgées, il faut être particulièrement attentif à la prescription de benzodiazépines. Elles restent le traitement de choix, mais contrairement aux recommandations de l'adulte, il est proposé de privilégier des molécules à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...) de façon à éviter le risque d'accumulation (16). Les doses initiales doivent être diminuées de 30 à 50 %. Les doses d'entretien sont adaptées sur la clinique (16). Il faut penser à la prescription de vitamine B1.

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 prévu, 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. Il faut donc, dans ces situations, 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. À l'inverse, attention de ne pas attribuer systématiquement au sevrage toute la symptomatologie observée.

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

L'accompagnement psychosocial

Les personnes âgées présentent des spécificités : une sévérité de la dépendance à l'alcool moindre, des troubles psychiatriques associés moins fréquents, mais des atteintes somatiques plus nombreuses et plus sévères (19, 20). Globalement, le traitement de l'alcoolodépendance des personnes âgées est superposable à celui proposé chez les adultes plus jeunes et repose d'abord sur la psychothérapie de soutien, les thérapies cognitives et comportementales, la relaxation, les thérapies de groupe, le conseil individuel, les thérapies familiales et systémiques... Cependant, les problèmes spécifiques posés par les personnes, en particulier très âgées, nécessitent souvent une approche multidisciplinaire, médico-sociale, intégrant des soins psychogériatriques. Au mieux, le traitement devrait être personnalisé pour tenir compte des spécificités de chaque patient : médicales, psychologiques, sociales et culturelles.

L'une des premières études publiées sur ce point est celle de Kashner et al. (21) chez 137 patients alcooliques âgés randomisés dans deux programmes thérapeutiques

résidentiels et suivis un an après leur sortie. Le premier programme était réalisé par une équipe spécialisée dans le traitement des personnes âgées et développait l'estime de soi et les relations avec les pairs. Le deuxième programme était basé sur la confrontation avec les échecs passés du patient et les difficultés présentes. Les patients qui ont bénéficié du premier programme avaient 2,1 fois plus de chance d'être abstinentes à un an. La réponse à ce traitement était meilleure chez les patients de plus de 60 ans (21).

Schonfeld et al. ont montré qu'un programme de 16 sessions de groupe, associant thérapie cognitivo-comportementale (TCC, orientée 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 approche d'auto-gestion, améliore très significativement le taux d'abstinence des patients traités à six mois (22).

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 difficulté. 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 (15). Dans la conférence de consensus de 1999, il est indiqué que "Certains acteurs recommandent une prise en charge thérapeutique spécifique, par exemple au sein de groupes d'âge homogènes" (23). En effet, un traitement adapté à l'âge, rassemblant des personnes de même tranche d'âge, comparé à un groupe réunissant des personnes de tous âges, améliore le pronostic (24).

Tableau II : Index de Cushman (18)

	Calcul des points			
	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	80 à 100	100 à 120	> 120
TA systolique	< 135	135 à 145	145 à 155	> 155
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	25 à 35	> 35
Tremblements	0	mains en extension	membre supérieur	généralisés
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée mais contrôlable	généralisée non contrôlable
Troubles sensoriels	0	intolérance bruit et lumière	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

Alors qu'elles présentent des taux d'abstinence comparables aux plus jeunes au cours du mois qui suit un traitement résidentiel, 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 tels que des difficultés de déplacement, des problèmes de santé, financiers ou autres (20). En revanche, la personne âgée qui débute un traitement semble le terminer plus fréquemment que le sujet jeune (25, 26).

Les résultats suggèrent que l'offre thérapeutique ambulatoire doit aussi être adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées, tenant compte par exemple de leurs possibilités, handicaps et pathologies. Ainsi, des alternatives au suivi traditionnel pourraient être envisagées : contact téléphonique, internet..., bien que l'on ne dispose pas d'études sur leur apport réel (5, 27).

- Les femmes âgées

Il y a peu de travaux portant sur des options thérapeutiques spécifiques à proposer aux femmes âgées. Ces options pourraient inclure :

- les groupes d'auto-support ;
- les interventions brèves en soins primaires, qui ont démontré leur efficacité pour diminuer la consommation d'alcool ;
- les techniques cognitives et comportementales (28, 29). Mais d'autres études sont nécessaires.

- Quelques recommandations peuvent être proposées (20, 30, 31) :

. Réaliser une évaluation globale soigneuse de la situation de chaque personne, notamment des comorbidités somatiques, psychiatriques telles que dépression et troubles anxieux et de l'environnement.

. Du point de vue thérapeutique, privilégier les stratégies thérapeutiques qui ont démontré leur efficacité chez l'adulte et pour lesquelles il n'y a pas de raison de penser qu'il en soit autrement chez les plus âgés : suivi prolongé, TCC, entretien motivationnel, participation à un groupe d'entraide, thérapie systémique et familiale...

. Plus spécifiquement chez les personnes âgées :

- mettre en place un cadre de soins adapté à l'âge, aux pathologies et handicaps (distance par rapport au logement, fréquence des consultations) pour favoriser la compliance au traitement, avec une équipe intéressée à travailler avec la personne âgée et en réseau avec les différents services participant aux soins ;

- proposer des programmes thérapeutiques adaptés en termes de contenu, de respect de la vie privée, de rythme ;
- être attentif aux facteurs de stress tels que retraite, isolement, perte (décès du conjoint, maladie...). Dans ce sens, travailler au maintien du tissu social autour du patient ;
- envisager une thérapie groupale de soutien adaptée à l'âge, non confrontante et qui vise à améliorer l'estime de soi. Les thérapies familiales, les mouvements d'entraide peuvent aussi être particulièrement intéressants chez les personnes âgées grâce au support social qu'elles impliquent ;
- aider les patients à gérer les situations à haut risque de rechute, identifier les stratégies qui se sont révélées utiles dans le passé.

Des recommandations empiriques peuvent être proposées pour obtenir de meilleurs résultats et, en premier lieu, proposer des programmes spécifiques pour les personnes âgées. Ils reposent sur des principes thérapeutiques de base tels qu'une attitude respectueuse et le respect de la vie privée. La participation à des thérapies individuelles, de groupe ou familiales doit être encouragée, de même que la participation aux mouvements d'entraide. L'expérience clinique suggère que, dans ce cas, les personnes âgées bénéficient autant que la population générale adulte de leur prise en charge (32).

Les médicaments

Le disulfirame (Espéral®) : dans une étude, il pourrait être plus efficace chez les personnes âgées socialement stabilisées que chez les patients plus jeunes (33). Cependant, il présente de nombreuses contre-indications somatiques. Chez les personnes âgées, il est particulièrement à risque de provoquer des complications neurologiques (confusion) et cardiovasculaires.

En ce qui concerne les médicaments réducteurs de l'appétence à l'alcool (acamprosate – Aotal® ; naltrexone – Revia®), il n'y a pas d'argument pharmacologique pour penser a priori qu'ils soient moins efficaces que chez l'adulte. Cependant, il n'y a pas d'études spécifiques menées dans des populations très âgées (NICE, 16). La naltrexone s'est montrée efficace chez les sujets de moins de 70 ans. Une étude pilote chez des hommes en dessous de 70 ans a montré une bonne tolérance et une bonne réponse thérapeutique (34, 35). L'acamprosate n'a pas été étudié spécifiquement chez le sujet âgé.

Le nalméfène, qui dispose depuis 2013 d'une AMM européenne mais n'est pas commercialisé en France au

moment de la rédaction de ce document, et le baclofène n'ont pas non plus été évalués chez les personnes âgées. L'effet sédatif et myorelaxant du baclofène doit être particulièrement considéré chez ces patients.

Quels sont les résultats des interventions chez les personnes âgées ?

Chez les consommateurs à risque

L'étude de Fleming et al. a montré une réduction de la consommation d'alcool dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention brève : réduction de 34 % de la consommation hebdomadaire, de 74 % du nombre moyen d'épisodes aigus, de 62 % du pourcentage de patients âgés consommant plus de 21 verres par semaine. Mais cette étude n'a pas montré d'effet sur la santé en général (3). L'étude complémentaire de Mundt et al. n'a pas montré d'effet sur les coûts (4).

Quant à l'étude PRISM-E, elle a globalement montré que, quelles que soient les modalités de prise en charge, les personnes âgées avaient diminué significativement leur consommation d'alcool à six mois : baisse de la consommation hebdomadaire de 35 % et des épisodes aigus de 45 %. Au total, 21 % des participants ont réduit leur consommation en dessous des seuils de risque (< 7 verres par semaine et pas d'épisode aigu pendant les trois derniers mois) (9).

Chez les dépendants

Dans l'étude de Carstensen et al., après un traitement hospitalier à visée comportementale, 50 % des patients âgés de 60 ans ou plus avaient maintenu leur abstinence après au moins deux ans de recul. 12 % avaient modifié significativement leur consommation (25).

Il n'y a que peu d'études ayant comparé l'efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'addiction chez les sujets âgés, mais elles semblent suggérer que les patients âgés bénéficient autant que les patients plus jeunes d'un traitement spécialisé. De ce fait, il est dommage que les problèmes d'alcoolisation chez les personnes âgées soient très sous-diagnostiqués et sous-traités (36). Oslin et al. ont comparé 325 sujets âgés (moyenne d'âge non précisée) à 1 033 sujets adultes. Il n'a pas observé à un mois de diffé-

rence avec les sujets plus jeunes sur l'abstinence (84 % vs 85,1 %), l'amélioration globale ou la qualité de vie (20).

Lemke et Moos (37) ont comparé trois groupes de 432 patients chacun :

- un groupe de sujets jeunes : 21-39 ans ;
- un groupe d'adultes : 40-54 ans ;
- un groupe de patients plus âgés : 55-77 ans.

Les données ont été recueillies par questionnaire adressé au patient. À cinq ans, les patients les plus âgés ont obtenu des résultats significativement meilleurs que les autres groupes sur :

- la consommation lors des jours de forte consommation pendant les trois derniers mois (NS à un an) ;
- les problèmes liés à l'alcool ;
- l'état psychologique.

La durée du traitement et la participation à un mouvement d'entraide étaient des critères de bon pronostic.

De la même façon, Satre et al. ont comparé des résultats à cinq ans entre des patients âgés (55 à 77 ans à l'inclusion : 65 patients), des adultes (40-54 ans : 296 patients) ou des jeunes (18-39 ans : 564 patients). Tous étaient pris en charge pour une conduite addictive (alcool et/ou autre produit). Une enquête téléphonique a été réalisée cinq ans après une prise en charge ambulatoire. 925 patients ont participé à l'enquête. 52 % des patients âgés déclaraient une abstinence totale d'alcool et d'autres produits dans les 30 jours précédant l'enquête, contre 40 % chez les plus jeunes (ces chiffres étaient respectivement de 52 % et 47 %, NS, pour les patients présentant une alcoolodépendance isolée). Ils avaient également plus de chance d'avoir été abstinent pendant l'année précédente. Les femmes âgées avaient plus de chance d'être abstinentes que les hommes âgés ou que les femmes plus jeunes (38). Après sept ans de suivi (femmes : n = 25, hommes : n = 59), 76 % des femmes rapportent une abstinence dans les 30 jours précédents contre 54,2 % des hommes (p = 0,05). La durée du traitement est prédictive du meilleur devenir, indépendamment du sexe (39).

Globalement, les patients âgés ont des résultats à long terme meilleurs sur l'abstinence d'alcool que ceux des plus jeunes.

Les facteurs pronostiques

Différentes études se sont attachées à rechercher des facteurs pronostiques. Brennan et Moos (40) ont réalisé une étude prospective de 581 patients ciblée sur les facteurs

pronostiques. À quatre ans, les facteurs suivant ont été mis en évidence :

- une consommation initiale d'alcool élevée, le sexe masculin étaient des facteurs de consommation élevée à quatre ans ;
- l'existence de problèmes liés à l'alcool et un début précoce prédisent davantage de problèmes liés à l'alcool au terme du suivi ;
- les patients plus motivés pour le traitement au début du suivi, qui avaient plus de problèmes de santé et plus de pression de leur épouse, étaient plus demandeurs d'un traitement à la fin du suivi. Une dépendance forte aux stratégies d'évitement renforçait le risque que la pression de l'entourage à consommer conduise à davantage de problèmes liés à l'alcool, sauf pour les patients ayant le plus de problèmes au départ.

Dans l'étude de Schutte et al. (41), 140 sujets âgés, consommateurs à problème, en rémission de longue durée, ont été comparés à 184 consommateurs à problème poursuivant leur consommation et à 339 personnes sans problème d'alcool. Le sexe féminin, un début récent des problèmes d'alcool, des problèmes moins nombreux et moins sévères, un entourage favorisant une faible consommation, boire moins et moins fréquemment à l'inclusion étaient des facteurs d'abstinence à long terme. Si beaucoup de patients abstinentes ont retrouvé un état de santé proche des patients sans problème lié à l'alcool, un certain nombre d'entre eux ont continué à présenter plus de symptômes dépressifs, de problèmes liés à l'alcool, de difficultés financières et de santé, d'usage de médicaments psychotropes, de dépendance aux stratégies d'évitement et moins de support social de leur entourage que les personnes sans problème d'alcool après dix ans de suivi. Une étude plus récente de la même équipe apporte des conclusions similaires (42).

Il a été montré que l'observance du traitement est un facteur important pour le pronostic. Dans une étude d'Oslin et al., les patients âgés avaient une meilleure observance du traitement que les plus jeunes, qu'il s'agisse des sessions thérapeutiques ou des médicaments. L'âge était le seul facteur associé à l'observance. Cette meilleure observance s'est traduite par un taux de rechutes inférieur à celui des patients plus jeunes. Les auteurs concluent que les patients âgés répondent bien aux traitements médicaux individualisés (43).

Précédemment, Atkinson et al. (44) avaient identifié des facteurs prédictifs d'une meilleure observance thérapeutique (présence à une séance de thérapie de groupe par

semaine sur un an et abstinence) chez 205 hommes de 55 à 79 ans dits "consommateurs à problème". Les facteurs prédictifs identifiés étaient les injonctions de soin pour conduite en état d'alcoolisation, les débuts tardifs, la participation active des épouses. D'autres études confirment ces résultats. Lemke et Moos avaient trouvé que les facteurs de bon pronostic étaient la durée du traitement et la participation à un mouvement d'entraide (37).

Rappelons aussi les travaux de Satre et al. :

- en 2004 : les variables significativement associées à l'abstinence à cinq ans étaient le genre féminin, une durée de traitement plus longue, le fait d'être marié et de ne pas avoir de personne, dans l'entourage proche (famille, amis), qui incite à consommer (38) ;
- la même année, ils montrent qu'à six mois, 79,3 % des femmes déclaraient être abstinentes d'alcool et de drogues au cours des 30 jours précédents contre 54 % des hommes (45) ;
- en 2007 : au terme d'un suivi de sept ans, les femmes étaient plus fréquemment abstinentes que les hommes. Une analyse en régression logistique a montré que si les femmes avaient de meilleurs résultats que les hommes, c'est la durée du traitement qui était le meilleur facteur prédictif d'abstinence (39).

L'existence de pathologies somatiques pourrait contribuer à l'abstinence, spécialement chez les femmes (46). Ce résultat n'est contradictoire qu'en apparence avec d'autres études qui ont montré que des problèmes de santé moins nombreux et moins sévères étaient des facteurs de bon pronostic : dans ce dernier cas, la conduite d'alcoolisation est sans doute moins ancienne et moins sévère et donc plus facile à traiter. En revanche, des problèmes plus graves peuvent être source de plus grande motivation. Enfin, les résultats seraient plus favorables chez les personnes dont les problèmes d'alcool ont débuté tardivement (19).

Ainsi, les facteurs pronostiques de bons résultats chez les personnes âgées 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 reliée aussi à la motivation ;

- un soutien de l'entourage et l'absence d'incitation à consommer.

Pour les travaux futurs :

- élaborer des instruments d'évaluation plus spécifiques ;
- étudier les risques d'association entre l'alcool et les médicaments, notamment psychotropes ;
- Mener des essais thérapeutiques sur les traitements des différentes formes de mésusage d'alcool spécifiquement chez les personnes âgées dont la sous-représentation dans ces études est criante. ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG
Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool". Question 4 – Quels sont les objectifs d'intervention chez les personnes âgées ? Quels sont les moyens pertinents d'intervention ? Quels en sont les résultats ?

Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (3) : 252-261

Références bibliographiques

- 1 - Chermack ST, Blow FC, Gomberg ES, Mudd SA, Hill EM. Older adult controlled drinkers and abstainers. *J Subst Abuse*. 1996 ; 8 : 453-62.
- 2 - Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002 ; 97 : 279-92.
- 3 - Fleming MF, Manwell LB, Barry KL et al. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 ; 48 : 378-84.
- 4 - Mundt MP, French MT, Roebuck MC et al. Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *J Stud Alcohol*. 2005 ; 66 : 389-94.
- 5 - Blow FC, Barry KL. Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments in brief interventions. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000 ; 13 : 115-23.
- 6 - Wilson SR, Finck A, Verghese S et al. Adding an alcohol-related risk score to an existing categorical risk classification for older adults: sensitivity to group differences. *J Am Geriatr Soc*. 2007 ; 55 : 445-50.
- 7 - Fink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*. 2005 ; 53 : 1937-43.
- 8 - Coakley SJ, Coakley EH, Zubritsky C et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry*. 2004 ; 161 : 1455-62.
- 9 - Oslin DW, Grantham S, Coakley E et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatr Serv*. 2006 ; 57 : 954-8.
- 10 - Levkoff SE, Chen H, Coakley et al. Design and sample characteristics of the PRISM-E multisite randomized trial to improve behavioral health care for the elderly. *J Aging Health*. 2004 ; 16 : 3-27.
- 11 - Zanjani F, Mavandani S, Tenhave T et al. Longitudinal course of substance treatment benefits in older male veterans at-risk drinkers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 ; 63 : 98-106.
- 12 - Zanjani F, Zubritsky C, Mullahy M, Oslin D. Predictors of adherence within an intervention research study of the at-risk older drinkers: PRISM-E. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2006 ; 19 : 231-8.
- 13 - Lee HS, Mericle AA, Ayalon L, Arean PA. Harm reduction among at-risk elderly drinkers: a site-specific analysis from the multisite primary care research in substance abuse and mental health for elderly (PRISM-E) study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 ; 24 : 54-60.
- 14 - Watson J, Crosby H, Dale V et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Assess*. 2013 ; 17 : 1-158.
- 15 - Onen SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*. 2008 ; 8 : 9-14.
- 16 - National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders. The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National clinical practice guideline 115. London : NICE ; 2011.
- 17 - Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs*. 2005 ; 26 : 176-83.
- 18 - Cushman P Jr, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndrome: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res*. 1985 ; 9 : 103-8.
- 19 - Daeppen JB. Alcool chez la personne âgée. *Dépendances*. 2005 ; (26) : 10-2.
- 20 - Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC et al. Treatment outcomes alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addict Behav*. 2005 ; 30 : 1431-6.
- 21 - Kashner TM, Dodel DE, Ogden SR et al. Outcomes and costs of two VA inpatients treatment programs for older alcoholic patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1992 ; 43 : 985-9.
- 22 - Schonfeld I, Dupree LW, Dickson-Euhrmann E et al. Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000 ; 13 : 124-9.
- 23 - Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant. Conférence de consensus. *Alcoologie*. 1999 ; 21 (Suppl. 2) : 45-2185.
- 24 - Kofoed LL, Tolson RL, Atkinson RM et al. Treatment compliance of older alcoholics: an elder-specific approach is superior to "mainstreaming". *J Stud Alcohol*. 1987 ; 48 : 47-51.
- 25 - Carstensen LL, Rychtarik RG, Prue DM. Behavioral treatment of the geriatric alcohol abuser: a long term follow-up study. *Addict Behav*. 1985 ; 10 : 307-11.
- 26 - Linn BS, Linn MW, Knopka F. The very old patient in ambulatory care. *Med Care*. 1978 ; 16 : 604-10.
- 27 - Oslin DW, Sayers S, Ross J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom Med*. 2003 ; 65 : 931-7.
- 28 - Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. *J Women Aging*. 2007 ; 19 : 31-48.
- 29 - Blow FC. Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 ; 24 : 1257-66.
- 30 - Cancel E, Giardini U. Les abus de substances chez les personnes âgées. *Dépendances*. 2005 ; (26) : 2-4.
- 31 - Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clin Geriatr Med*. 2003 ; 19 : 743-61.
- 32 - Barrick C, Connors GJ. Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs Aging*. 2002 ; 19 : 583-94.
- 33 - Blanc M, Daeppen JB. Does disulfiram still have a role in alcoholism treatment? *Rev Med Suisse*. 2005 ; 1 : 1728-30.
- 34 - Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S. Tolerability of naltrexone in treating older, alcohol-dependent patients. *Am J Addict*. 1997 ; 6 : 266-70.
- 35 - Oslin D, Liberto JG, O'Brien J et al. Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1997 ; 5 : 324-32.
- 36 - Naegle M. Substance misuse and alcohol use disorders. In : Capezuti E, Zwicker D, Mezey M, Fulmer T, editors. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York : Springer Publishing Company ; 2008. p. 649-76.
- 37 - Lemke S, Moos RH. Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2003 ; 24 : 43-50.
- 38 - Satre DD, Mertens JR, Arean PA, WEISNER C. Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*. 2004 ; 99 : 1286-97.
- 39 - Satre DD, Blow FC, Chi FW, Weisner C. Gender differences in seven-year alcohol and drug treatment outcomes among older adults. *Am J Addict*. 2007 ; 16 : 216-21.
- 40 - 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.
- 41 - Schutte KK, Byrne FE, Brennan PL, Moos RH. Successful remission of late-life drinking problems: a 10-year follow-up. *J Stud Alcohol*. 2001 ; 62 : 322-34.
- 42 - Schutte KK, Nichols KA, Brennan PL, Moos RH. A ten-year follow-up of older former problem drinkers: risk of relapse and implications of successfully sustained remission. *J Stud Alcohol*. 2003 ; 64 : 367-74.
- 43 - Oslin DW, Pettinati H, Volpicelli JR. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 ; 10 : 740-7.
- 44 - Atkinson RM, Tolson RL, Turner JA. Factors affecting outpatient treatment compliance of older male problem drinkers. *J Stud Alcohol*. 1993 ; 54 : 102-6.
- 45 - Satre DD, Mertens JR, Weisner C. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults. *J Stud Alcohol*. 2004 ; 65 : 638-642.
- 46 - Satre DD, Arean PA. Effects of gender, ethnicity, and medical illness on drinking cessation in older primary care patients. *J Aging Health*. 2005 ; 17 : 70-84.