

Personnes âgées et consommation d'alcool – Question 3

Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ?

Les enjeux

Il s'agit d'un problème d'une importance significative chez les sujets âgés, mais peu détecté alors que ce pourrait être un vrai objectif de santé publique (1). Les sujets âgés, comme les soignants qu'ils rencontrent, perçoivent peu leur usage d'alcool comme problématique et sont ainsi sous-représentés dans les programmes de soins (2).

La littérature est pauvre en preuves scientifiques des bénéfices d'une stratégie de repérage dans ce groupe d'âge, essentiellement du fait d'une réelle confusion dans les esprits avec les bénéfices attendus chez les adultes plus jeunes (réduction de la mortalité ou amélioration de la qualité de vie et maintien à domicile) (3). En effet, on rappelle que l'espérance de vie en France est respectivement chez les femmes et chez les hommes de 22,4 et 17,9 ans à 65 ans, de 13,9 et 11 ans à 75 ans et de 10,3 et 8,1 ans à 80 ans. Le bénéfice attendu d'une amélioration de la qualité de vie à ces âges est donc certain lorsque l'on prend en compte l'espérance de vie en bonne santé : pour les femmes et les hommes âgés de 65 ans, l'espérance de vie en bonne santé est respectivement de 9,9 et 9,4 années (source Insee 2006).

La question du rapport coût/efficacité d'une telle stratégie est au cœur des débats entre les pour et les contre (4). La question plus large de la prévalence des problèmes d'alcool en France dans la population générale et dans cette classe d'âge en particulier est à prendre en compte dans cette réflexion.

Repérer quoi ?

Les critères standard du mésusage et de la dépendance peuvent-ils être appliqués aux sujets âgés ? Les catégories diagnostiques basées sur les critères d'abus et de dépendance sont discutables (5) car ils sont parfois difficiles à appliquer dans cette population (conduite motorisée, problèmes avec la loi, avec le conjoint). Les critères DSM-IV et CIM-10 sont rappelés dans les annexes 2 et 3.

On abordera rapidement ici la question de l'alcoolodépendance, mode minoritaire de mésusage dans cette classe d'âge. La dépendance alcoolique se présente souvent chez les personnes âgées sous des avatars mal connus. Il est classique de distinguer deux formes d'alcoolodépendance du sujet âgé (6) : une forme de début ancien qui s'est pérennisée dans la vieillesse pour environ deux tiers des cas, et une forme à début tardif, après 60 ans, le plus souvent réactionnelle.

Concernant les catégories de consommation à risque ou de mésusage sans dépendance, les questions soulevées par les experts sont celles des critères de quantité/fréquence difficiles à prendre en compte chez les sujets âgés du fait de leur moindre tolérance physiologique, de la coexistence de maladies chroniques, de prises médicamenteuses, de troubles fonctionnels. Cette prise en compte des facteurs spécifiques à l'âge a conduit à un travail mené par un panel d'experts sur la redéfinition de la consommation à risque et du mésusage chez les 65 ans et plus (7). Elle a par ailleurs, dans certains pays, conduit à recommander

des seuils plus bas chez les sujets âgés que chez les plus jeunes. On trouvera dans l'annexe 4 les différentes recommandations recensées.

On peut noter que la préoccupation médicale et sociale récente concernant le *binge* (consommations massives d'alcool en un temps court à visée de "défoncé") chez les adolescents et jeunes adultes ne doit pas faire sous-estimer cette modalité d'alcoolisation chez les plus âgés. Une étude récente identifie, dans une population nord-américaine de plus de 4 000 sujets de 65 ans et plus, 14 % d'hommes et 3 % de femmes rapportant au moins un épisode de *binge* dans le dernier mois (8).

Enfin, la question se pose de la reconnaissance de l'ivresse, en particulier aux urgences des hôpitaux généraux dans un bilan de chute, malaise, troubles du comportement, ivresse au tableau pas forcément typique et à risque de complications (9).

Où repérer et qui repère ?

Les soins primaires sont le lieu logique du repérage dans cette population puisque c'est là que les sujets âgés consultent. Or, il y a peu d'études sur le repérage et les outils de ce repérage dans ce cadre, mais plutôt dans les lieux de soins spécialisés et en particulier en milieu psychiatrique (10, 11). On ne retrouve pas de littérature sur le repérage des mésusages d'alcool chez le sujet âgé en médecine générale, ni en milieu hospitalier ou aux urgences en dehors des recommandations dans les protocoles infirmiers aux États-Unis (12).

L'expérience de la diffusion auprès des médecins généralistes d'une activité de repérage précoce et d'intervention brève du risque alcool au bénéfice de leur clientèle adulte laisse augurer de réelles difficultés s'il s'agissait d'étendre cette recommandation auprès des sujets âgés (13). L'intégration du risque alcool, comme comportement de santé à prendre en compte dans les facteurs de risque sanitaire et élément de la qualité de vie, reste dépendant d'une modification substantielle des représentations des soignants (penser risque plutôt que dépendance, penser modification du mode de consommation plutôt qu'abstinence, penser qualité des années de vie restantes pour la personne âgée plutôt que "dernier plaisir à ne pas supprimer").

Aux urgences, la place des équipes d'addictologie de liaison est bien établie même si les moyens qui leur sont attribués sont encore inhomogènes ; le détail de leur acti-

tivité ne permet pas d'évaluer de façon précise la proportion de plus de 65 ans auprès desquels elles interviennent. Le rôle des équipes de gériatrie de liaison, d'emblée ou en relais de la liaison addictologique, est aussi à discuter.

La littérature est particulièrement pauvre sur l'intérêt de questionner les patients sur leur consommation d'alcool dans les consultations spécialisées gériatriques et plus précisément à l'occasion de bilan de troubles cognitifs ou d'évaluation de la mémoire. L'évaluation gériatrique spécialisée (EGS), qui intègre des outils standardisés et validés et permet de repérer les facteurs physiques, cognitifs, psychosociaux et environnementaux pouvant affecter la santé du sujet âgé, pourrait être, par exemple, un moment privilégié de ce repérage. Certaines équipes françaises ont pris le parti d'intégrer des questions sur la consommation d'alcool dans leur EGS (14).

En dehors des structures de soins proprement dites, d'autres lieux peuvent être l'occasion de la rencontre d'intervenants de santé et de sujets âgés et donc du repérage : les foyers-logement, le domicile (15), les EHPAD (16). Enfin, compte tenu à la fois des interactions alcool-médicaments et du lien chez les sujets âgés entre mauvaise observance médicamenteuse et consommation d'alcool (17), on peut évoquer les pharmacies, importants lieux de passage des plus de 65 ans du fait de leur surconsommation médicamenteuse.

Cette conduite de repérage systématique ou opportuniste passe par une sensibilisation des acteurs de soin primaire en contact régulier ou ponctuel avec les sujets âgés et plus largement des personnes qui ont une responsabilité auprès des personnes âgées, aux signes non spécifiques possiblement attribuables à l'alcool, à la notion de risque et aux outils du repérage (18-20). La grande majorité des plus de 65 ans en difficulté avec leur consommation d'alcool ne rencontre pas le réseau spécialisé en addictologie (21), ce qui justifie leur repérage en amont. La modification des représentations des intervenants (soignants ou non, professionnels ou non) sur ce sujet semble être un préalable indispensable (22).

Comment repérer ?

Si le repérage systématique a probablement un faible rapport coût/efficacité compte tenu du petit nombre de sujets concernés dans cette classe d'âge (23), il y a peu de littérature sur le repérage opportuniste dans cette population. Certains s'orientent vers un repérage ciblé auprès

de populations considérées comme “à haut risque” après avoir identifié des facteurs prédictifs de mésusage (être un homme, fumeur, ayant des difficultés sociales) (24).

D'autres, comme pour la population adulte en général, mettent l'accent sur la symptomatologie non spécifique fréquemment rencontrée à domicile ou en consultation, qui devrait donner l'occasion de se questionner sur la place de l'alcool facteur causal ou d'aggravation du trouble ou secondaire à celui-ci : troubles du sommeil, chutes, dénutrition, symptomatologie anxieuse et dépressive, troubles de la mémoire. On retrouve là la plupart des syndromes gériatriques. Chez les patients âgés douloureux chroniques, on relève la fréquence d'un mésusage d'alcool, et ce, plus particulièrement chez ceux d'entre eux ayant des antécédents de consommations à risque ou à problème (25).

Les tests biologiques classiques chez l'adulte – le volume globulaire moyen (VGM), la gamma-glutamyl transférase (GGT) et la transferrine désialylée (*carboxy-déficiente transferrine*, CDT) – ne montrent pas d'intérêt spécifique justifiant leur utilisation systématique chez le sujet âgé (24, 26-28). Comme chez les adultes plus jeunes, la clinique et la biologie sont trop peu sensibles pour un repérage précoce en soins primaires (29, 30).

Dans presque tous les pays, quel que soit le mode d'exercice des médecins, on retrouve les mêmes obstacles à parler d'alcool, plus souvent subjectifs qu'objectifs. Partout les médecins craignent de “froisser” leurs patients en abordant la question de leur usage d'alcool, et doutent de leur légitimité (31, 32).

La consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée en entretien est, chez l'adulte (33), le moyen le plus simple et le plus direct d'évaluation du risque. Rien ne permet de penser qu'il en soit autrement chez les plus de 65 ans, une fois éliminés les éventuels troubles cognitifs. La fiabilité

de la réponse est fortement corrélée à la formulation de la question, non jugeante et ouverte, de type “qu'est-ce que vous pouvez me dire de votre consommation de boissons alcoolisées, vin et bière compris ?” ou “que consommez-vous comme boissons lors d'une journée ordinaire ?”. Dans la pratique addictologique courante, les tiers ne sont pas sollicités pour décrire la consommation du patient, au risque de perturber l'alliance thérapeutique. Dans certains cas de troubles cognitivo-comportementaux du sujet âgé, l'information apportée par un proche pourrait s'avérer contributive et éclairer une symptomatologie peu spécifique.

Plus que chez l'adulte, compte tenu des représentations, et du manque de formation, ce sont les questionnaires qui permettent le mieux de s'affranchir de la subjectivité et du jugement qui s'attachent à ce sujet. Ils sont unanimement recommandés (34), comme chez les sujets adultes en général pour lesquels la plupart des auteurs (35) s'accordent pour les juger plus efficaces que la biologie lorsqu'il s'agit d'adopter une stratégie de repérage précoce. En soins primaires, les questionnaires papiers sont tout aussi bien acceptés chez les plus âgés que dans la population d'adultes plus jeunes.

Une revue systématique de littérature a été effectuée (36). Le problème soulevé par toutes les études sur les outils de repérage du mésusage d'alcool chez les sujets âgés est celui de la validation des questionnaires existant dans cette population spécifique. Deux stratégies sont envisageables pour y répondre : soit la conduite d'études de validation, chez les plus de 65 ans, des questionnaires utilisés chez les adultes, soit la création et la validation de questionnaires spécifiques.

Les questionnaires qui ont été testés dans la littérature sont les suivants : le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool – CAGE) et sa version courte le T-ACE, l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Test*) et deux de ses versions courtes

Tableau I : Récapitulatif des différents questionnaires cités

	CAGE	AUDIT	FACE	MAST	MAST-G	ARPS
Type de questionnaire	AQ	AQ	HQ	AQ	AQ	AQ/HQ
Nombre d'items	4	10	5	22	24	60
Langue d'origine	anglais	anglais	français	anglais	anglais	anglais
Traduction en français	DETA	oui	-	oui	oui	EDDA
Validation en français	oui	oui	-	non	non	oui
Repérage de...	abus et dépendance	risque/dépendance	risque/dépendance	abus et dépendance	abus et dépendance	risque/problèmes
Versions courtes	T-ACE	AUDIT-C et AUDIT-5	-	SMAST	SMAST-G	shARPS
Versions informatiques	-	-	-	-	-	CARPS

l'AUDIT-C et l'AUDIT-5, le MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), sa version gériatrique le MAST-G et leurs versions courtes le SMAST et le SMAST-G, et enfin l'ARPS, sa version courte le shARPS et sa version informatisée le CARPS. L'ARPS (*Alcohol-Related Problems Survey*) est le questionnaire créé par Fink et al. à la suite des travaux de Moore afin de définir des niveaux de risque chez la personne âgée prenant en compte la spécificité de sa situation : maladies, traitements, statut fonctionnel, consommation. Un panel d'experts revoit chaque année l'algorithme permettant de calculer le niveau de risque (37, 38). On trouvera dans le tableau I un récapitulatif des questionnaires cités ici. L'extrême variabilité de leurs qualités métrologiques (sensibilité et spécificité) ne permet pas de les synthétiser de manière lisible.

De façon pragmatique, on retiendra que le questionnaire ARPS s'appuyant sur des définitions nouvelles du risque adaptées à la situation spécifique du sujet âgé est manifestement le plus intéressant pour l'avenir compte tenu de sa sensibilité et de sa spécificité. En revanche, sa complexité actuelle d'utilisation, la cotation du score ne pouvant se faire que par l'analyse informatisée des réponses, le réserve pour le moment à la recherche.

En attendant la disponibilité de l'ARPS et du CARPS dans la pratique clinique, les qualités de l'AUDIT le rendent indiqué dans toutes les situations où l'utilisation d'un autoquestionnaire est réaliste. Le questionnaire FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*), créé et validé en français pour répondre à la demande des médecins généralistes souhaitant un questionnaire court et réalisable en entretien, n'a pas été testé spécifiquement chez les plus de 65 ans. Du fait de son intégration progressive dans la pratique des médecins généralistes français pour le repérage du risque alcool chez les adultes, on peut très raisonnablement conseiller de ne pas interrompre son utilisation au-delà de 65 ans. Enfin, le CAGE (DETA) qui a beaucoup été utilisé repère l'abus et la dépendance sur la vie entière et de ce fait a peu de légitimité dans une stratégie de repérage de la consommation à risque. Pour ces trois questionnaires, le problème d'interprétation des scores est réel puisqu'il faut savoir que les valeurs seuils (*cut-off*) retenues pour la population adulte ne sont vraisemblablement pas adaptées aux plus âgés et devraient être abaissées, mais qu'aucune étude à ce jour ne propose de seuils validés. ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG

Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool".
Question 3 – Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ?

Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (3) : 247-251

Références bibliographiques

- 1 - Culbertson JW. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 1: prevalence and patterns of problem drinking. *Geriatrics*. 2006 ; 61 : 23-7.
- 2 - Nemes S et al. Computerized screening of substance abuse problems in a primary care setting: older vs. younger adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004 ; 30 : 627-42.
- 3 - Holland WW, Stewart S. Screening in disease prevention. What works? Chap. 7: Screening in the elderly. European Observatory on Health Systems and Policies. Oxford : Radcliffe Publishing Ltd ; 2005.
- 4 - O'Connell H et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004 ; 19 : 1074-86
- 5 - Graham K. Identifying and measuring alcohol abuse among the elderly: serious problems with existing instrumentation. *Journal of Studies on Alcoholism*. 1986 ; (47) : 322-6.
- 6 - Clément JP, Bourlot D. Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, éditeurs. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 1999 : 257-70.
- 7 - Moore AA et al. A new paradigm for alcohol use in older persons. *Medical Care*. 1999 ; 37 : 165-79.
- 8 - Blazer DG, Wu L. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. *American Journal of Psychiatry*. 2009 ; 166 : 1162-9.
- 9 - Menecier P et al. Ivresses et alcoolopathies à l'hôpital, après 75 ans. Étude rétrospective sur trois ans dans un Centre hospitalier général. *Alcoologie*. 1997 ; 19 (4) : 399-405.
- 10 - Philpot M et al. Screening for problem drinking in older people referred to a mental health service: a comparison of CAGE and AUDIT. *Aging and Mental Health*. 2003 ; (7) : 171-5.
- 11 - Beullens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM IV criteria: a review. *Aging and Mental Health*. 2004 ; (8) : 76-82.
- 12 - 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.
- 13 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Saint-Denis : OFDT ; 2008.
- 14 - Réseaux Gériologiques du Sud Lorraine. Évaluation gériologique standardisée. <http://www.geronto-sud-lorraine.com/le-reseau-gerard-cuny/evaluation-gerontologique/>.
- 15 - Mollard O. Soins à domicile et problèmes d'alcool chez les personnes âgées à Genève. *Dépendances*. 2005 ; 26 : 1-46 (http://www.great-aria.ch/pdf/dependances/Revue/26/4_Article.pdf).
- 16 - Gache P, Guilbert JJ, Rapin CH. Aider les personnes âgées à savourer la vie. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie*. 2006 ; 13 (121) : 18-20.
- 17 - Saab YB, Hachem A, Sinno S, El-Moalem H. Inappropriate medication use in elderly lebanese outpatients: prevalence and risk factors. *Drugs Aging*. 2006 ; 23 (9) : 743-52.
- 18 - Menecier P et al. Alcool et sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 2 (105) : 133-49.
- 19 - Aubin HJ, Barrucand D. L'alcoolisme du sujet âgé. Guide pratique de psychogériatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier ; 1994.
- 20 - Marcus MT. Alcohol and other drug abuse in the elders. *J Et Nurs*. 1993 ; 20 : 106-110.
- 21 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge RECAP. Saint-Denis : OFDT ; 2005.
- 22 - Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Bernard B, Constant N, Ploton L. Étudiants infirmiers, infirmiers et mésusage d'alcool du sujet âgé, étude sur les attitudes et croyances. *Annales de Gérontologie*. 2009 ; 2 (3) : 1-7.
- 23 - Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *American Journal of Psychiatry*. 2005 ; 162 : 1521-6.
- 24 - Cornel M et al. Predictors for hidden problem drinkers in general practice. *Alcohol and Alcoholism*. 1996 ; 31 : 287-96.
- 25 - Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-years outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*. 2005 ; 100 (6) : 731-2.
- 26 - Mundle G et al. Influence of age, alcohol consumption and abstinence on the sensitivity of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase and mean corpuscular volume. *Alcohol and Alcoholism*. 1999 ; 34 (5) : 760-6.
- 27 - Yersin B et al. Screening for excessive alcohol drinking. Comparative value of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase and mean corpuscular volume. *Archives of Internal Medicine*. 1995 ; 155 : 1907-11.
- 28 - Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Saitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2009 ; 33 (8) : 1440-9.
- 29 - Conigrave KM, Davies P, Haber P. Traditional markers of excessive alcohol use. *Addiction*. 2003 ; 98 : 31-43.
- 30 - Fiellen DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2000 ; 160 : 1977-89.
- 31 - Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – I. *Addiction*. 1993 ; 88 : 349-62.
- 32 - Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002 ; 16 : 1488-92.
- 33 - Sobell L, Sobell M. Time-line follow back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In : Litten R, Allen J, editors. *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biochemical methods*. New York : The Humana Press ; 1992. p. 41-72.
- 34 - Michaud P, Lécallier D. Risque alcool chez les plus âgés : difficultés liées au repérage. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 105 : 89-100.
- 35 - Aergeerts B, Buntinx F, Ansom S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract*. 2001 ; 521 : 206-10.
- 36 - Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*. 2008 ; (20) : 1090-103.
- 37 - Fink A et al. The alcohol-related problems survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002 ; 50 : 1717-22.
- 38 - Fink A et al. Comparing the ARPS to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002 ; 34 : 55-78.