

Dr Morgane Guillou Landréat*, Mme Léna Michel**, Dr Catherine Mouden***, Dr Pierre Bodenez****

* Praticien hospitalier, ERCR SPURBO, Département addictologie, Faculté de médecine de Brest, CHRU, Avenue Foch, F-29200 Brest.

Courriel : morgane.guillou@chu-brest.fr

** Infirmière, *** Praticien hospitalier, Addictologie de liaison, CHRU de Brest, France

**** Praticien hospitalier, Addictologie, CHRU de Brest, France

Reçu août 2015, accepté février 2016

Sujets âgés de plus de 65 ans aux urgences et troubles de l'usage d'alcool

Illustration de la revue de la littérature par un cas clinique

Résumé

Introduction : le mésusage d'alcool concerne un large champ clinique, de l'ivresse aiguë ponctuelle au trouble de l'usage d'alcool sévère. Chez les sujets âgés de plus de 65 ans, les signes cliniques des troubles de l'usage d'alcool diffèrent de ceux classiquement définis en population adulte. Le repérage de troubles de l'usage d'alcool, en particulier chez les plus âgés, reste un sujet tabou, délicat et difficile. Les dommages potentiels individuels et en termes de santé publique sont pourtant très importants. Les consommations problématiques chez les sujets âgés se traduisent par des signes cliniques divers, dont majoritairement des dommages physiques (chutes, malaises, accidents domestiques). Les urgences sont donc un lieu de prédilection pour le repérage et l'orientation des sujets âgés présentant des troubles de l'usage d'alcool. **Méthode :** nous avons mené une revue de la littérature sur les consommations d'alcool chez les sujets âgés de plus de 65 ans aux urgences, et sur le repérage et l'orientation de ces troubles. Nous présentons également le cas clinique d'une situation de troubles de l'usage d'alcool chez un sujet de plus de 75 ans repérée aux urgences. **Résultats-discussion :** nous soulignons les spécificités des interventions auprès des sujets âgés aux urgences, la nécessité de la pluridisciplinarité des interventions et, surtout, nous insistons sur la valorisation des interventions motivationnelles auprès des sujets âgés.

Mots-clés

Sujet âgé – Trouble de l'usage d'alcool – Urgences – Trouble addictif – Addictologie de liaison.

Summary

Elderly aged 65 years or more in emergency departments and alcohol use disorder. A review and a clinical case

Introduction: alcohol misuse covers a wide clinical area, from occasional binge drinking to severe alcohol use disorder. In elderly, clinical signs differ from those described in younger patients. Few studies have addressed elderly alcohol consumption in emergency departments. Emergency units are a unique area for the diagnosis and redirecting of elderly patients with alcohol use disorders. Everyday, in our addictive disorders unit, we meet elderly in an emergency department with alcohol abuse disorders. **Methods:** a systematic literature review was led with the following key words: elderly, alcohol use disorders, emergency department. We reviewed all the emergency units' reports concerning alcohol consumption among the over-65 age group, as well as the way they have been diagnosed and then treated. A case study is described afterwards. **Results-discussion:** Identifying alcohol abuse in elderly is just as important as in younger groups. Potential damage for both individual and general public health is quite serious. In elderly, alcohol abuse has a higher correlation with impairment in functioning than age, smoking, sedative use and stroke. Elderly subjects with alcohol abuse show various clinical signs, such as: physical injuries such as falls, dizziness and domestic accidents. Spotting alcohol-linked issues, particularly among the over 65 group, remains a taboo subject, often embarrassing. We underline the specifics of dealing with elderly subjects in emergency units, the need for multi-disciplinary interventions and above all we emphasise the importance of motivational treatment.

Key words

Elderly – Alcohol use disorder – Emergency – Addictive disorder.

Les adultes fréquentant les services d'urgence ont une prévalence plus élevée de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, dont l'alcool, que ceux ne les fréquentant pas (1). Les services d'urgence sont ainsi des lieux privilégiés offrant une "fenêtre" pour identifier des troubles de l'usage d'alcool et initier un travail motivationnel (2, 3). Toute intoxication éthylique aiguë admise dans un service d'urgence est un indicateur potentiel d'un trouble de l'usage d'alcool et justifie une évaluation de la situation afin de proposer, si besoin, un accompagnement (4). Malgré les recommandations et la mise en place d'équipes d'addictologie de liaison au sein des hôpitaux, il reste beaucoup de difficultés vis-à-vis du repérage en population adulte aux urgences (5), et d'autant plus chez les sujets âgés de plus de 65 ans, pour lesquels il existe de nombreuses résistances au repérage des conduites addictives (6).

Rares sont les études évaluant la prévalence des troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés, mais elles s'accordent toutes pour souligner l'existence d'un problème, loin d'être anecdotique. Aux États-Unis, en population générale chez les plus de 65 ans, 43 % déclarent un usage d'alcool dans l'année et, parmi eux, 15,4 % répondent aux critères de troubles de l'usage d'alcool (abus ou dépendance selon le DSM-IV) (7). Une autre étude de 2009 montre que les sujets de 65 ans ou plus déclarent au moins un épisode d'intoxication éthylique aiguë (*binge drinking*) dans l'année pour 14 % des hommes et 3 % des femmes interrogés (8). Plus récemment, Blazer et Wu ont retrouvé des prévalences de 27,5 % chez les hommes et de 11,4 % chez les femmes, en incluant l'usage à risque et le *binge drinking* chez les sujets de plus de 65 ans (9, 10).

La tolérance vis-à-vis des effets de l'alcool est réduite avec le vieillissement, en lien avec des polyopathologies et des polymédications fréquentes, mais aussi avec une baisse physiologique de la tolérance aux effets de l'alcool (11). Ainsi, plus spécifiquement aux urgences, chez les plus de 65 ans, les troubles directement ou indirectement liés à l'usage d'alcool sont des motifs fréquents d'hospitalisation aux urgences (1, 8, 12, 13). Les troubles de l'usage d'alcool sont retrouvés aux urgences chez 5 à 14 % des sujets âgés, en fonction des critères utilisés (14, 15). Onen et al. ont évalué en 2005, chez des sujets de plus de 60 ans interrogés, les types de troubles liés à l'usage d'alcool aux urgences, et par ordre de fréquence, on retrouve les intoxications éthyliques aiguës, le syndrome de sevrage d'alcool et les troubles de l'humeur induit par les consommations d'alcool (12).

En addictologie de liaison, nous constatons dans les services d'urgence des difficultés au quotidien d'identification, de repérage des troubles et d'orientation (5). Nous avons mené un travail de réflexion sur la pratique clinique. L'objectif est de réfléchir, à partir d'une situation clinique représentative, aux modalités potentielles de repérage des troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés en fonction de leur parcours de soins aux urgences.

Méthode

Nous avons mené une revue de littérature avec les mots-clés "sujets âgés" (*elderly, old people*), "alcool" (*alcohol use disorder*) et "urgences" (*emergency*) dans PubMed et ScienceDirect selon la méthode PRISMA. Après identification de 831 articles, puis suppression des doublons, 808 articles ont été analysés selon les critères de sélection : seuls 25 étaient éligibles, dont 15 retenus pour l'étude (motifs d'exclusion pour les autres articles : sujet non spécifique à la population âgée ou à l'alcool ; population de sujets âgés en psychiatrie ; population de sujets âgés hospitalisés en moyen ou long séjour...).

Épidémiologie – Définitions

Définition de la population de sujets âgés

La définition même de "sujet âgé" est loin d'être consensuelle. La notion de vieillissement est complexe et implique trois facettes, selon la définition d'un groupe de travail canadien (16) :

- une facette physiologique, pour laquelle on considère qu'il existe une plus grande vulnérabilité au-delà de 75 ans ;
- une facette psychologique, où l'on considère que la vulnérabilité cognitive s'exprime plus après 85 ans ;
- une facette socioculturelle, où dans nos sociétés on a fixé arbitrairement à 65 ans la limite d'âge au-delà de laquelle on parle de sujet "agé".

Ce concept canadien du vieillissement permet de fixer des limites d'âge définissant des vulnérabilités, mais le raisonnement gériatrique de défaillance "en cascade" (modèle du 1 + 2 + 3) est plus intéressant (17). Il distingue l'âge chronologique de l'âge physiologique. Le premier facteur correspond au vieillissement normal, le deuxième facteur correspond aux pathologies chroniques prédisposantes et le troisième facteur corres-

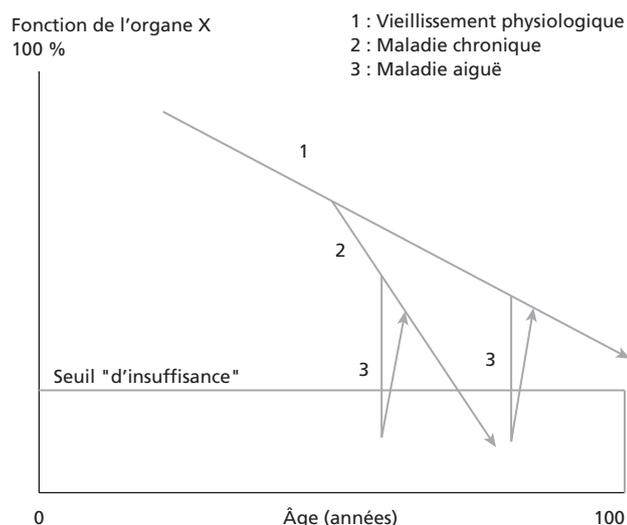


Figure 1. – Bouchon JP. 1 + 2 + 3 ou comment être efficace en gériatrie (17).

pond aux évènements déclenchants ou précipitants de la décompensation aiguë. Les consommations d'alcool font partie du troisième facteur pouvant conduire à des décompensations aiguës chez les sujets âgés. Aux urgences, les situations de sujets âgés cumulant les facteurs 1 + 2 + 3 sont fréquentes, et le repérage de troubles de l'usage d'alcool est essentiel, s'agissant d'un facteur sur lequel on peut agir (16, 17).

La majeure partie des études fixe l'âge minimal du sujet à 65 ans. L'analyse des données actuelles sur les troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés est limitée du fait de l'absence de distinction de tranches d'âge au sein même de la population de sujets de plus de 65 ans. Au-delà de 75 ans, les données concernant le mésusage d'alcool sont quasi inexistantes, alors que la population relevant de la gériatrie est définie par un âge supérieur à 75 ans.

Troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés de plus de 65 ans

En France, parmi les 55-75 ans, en population générale, 39,5 % des hommes et 15,6 % des femmes déclarent consommer quotidiennement de l'alcool (18). La prévalence de l'usage régulier d'alcool augmente avec l'âge et est évaluée à 45,1 % chez les sujets âgés de plus de 65 ans (19). La prévalence des troubles de l'usage d'alcool est estimée à environ 10 % chez les sujets âgés vivant à domicile, avec une prévalence plus élevée chez ceux

présentant des troubles psychiatriques (20-22). Dans les institutions, les chiffres sont plus rares et variables : les prévalences les plus souvent avancées sont de 20 à 40 % (23-25). Le trouble de l'usage d'alcool ne se réduit pas avec l'âge parallèlement aux décès des sujets dépendants de l'alcool, et l'on constate un maintien, voire une augmentation avec le vieillissement (26). En dix ans, le nombre de sujets âgés relevant d'un trouble de l'usage d'alcool a été multiplié par dix chez les femmes et par quatre chez les hommes (22, 27). Il est probable que depuis quelques années, les consommations problématiques d'alcool soient mieux identifiées chez les sujets âgés. Ce phénomène est aussi sous-tendu par l'émergence de troubles de l'usage d'alcool tardif, que l'on distingue classiquement des troubles "vieillis" (22, 26). Une troisième "forme clinique" peut être distinguée : il s'agit de sujets ayant un trouble de l'usage d'alcool ancien, mais rechutant tardivement (28).

Domages liés aux troubles liés à l'usage d'alcool chez les sujets âgés

Les dommages peuvent être distingués en dommages aigus et/ou chroniques.

Domages aigus

Les dommages aigus les plus fréquents pouvant conduire à une hospitalisation aux urgences sont les traumatismes. Les chutes sont la principale cause d'admission aux urgences des sujets âgés et représentent de 15 à 30 % des admissions des plus de 65 ans (29-31). Une étude de Mulinga en 1996 montre que, parmi les sujets de plus de 60 ans présentant un trouble de l'usage d'alcool, le motif d'entrée en hospitalisation est une chute dans 50 % des cas (32). Nous pouvons aussi souligner des risques importants de troubles comportementaux et d'états confusionnels liés aux consommations aiguës d'alcool, dont la causalité est parfois insuffisamment identifiée, notamment en institution (33-35). 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*) (36).

Domages chroniques

- Des dommages médicaux multiples

Chez les plus de 65 ans, les dommages liés à l'alcool sont principalement médicaux (26). Les consumma-

tions excessives d'alcool chez les sujets âgés augmentent le risque de mortalité (37). Il existe des risques de morbidité élevés, avec en particulier des risques de malnutrition avec altération de l'état général (26), mais également des risques de pathologies digestives, oto-rhino-laryngologiques et plus particulièrement de cancers (11). Au niveau cardiovasculaire, on relève des risques d'apparition ou d'aggravation des pathologies préexistantes, fréquentes en gériatrie : hypertension artérielle, cardiomyopathie dilatée et troubles du rythme, notamment fibrillations atriales (38, 39). Ces troubles du rythme peuvent être aggravés en période de sevrage et méritent une attention bien spécifique (40). Les conséquences neurologiques peuvent aussi être sévères et invalidantes chez les sujets âgés, en particulier en termes de perte d'autonomie quotidienne. Les troubles cognitifs touchant essentiellement les fonctions exécutives sont présents chez 50 à 80 % des sujets dépendants de l'alcool et s'aggravent avec l'ancienneté des troubles (38). Par ailleurs, des associations sont soulignées entre les consommations d'alcool et les accidents hémorragiques cérébraux : une consommation excessive d'alcool est retrouvée dans 28 % des cas d'accident vasculaire cérébral (40).

Enfin, nous pouvons aussi noter que les troubles de l'usage d'alcool sont des facteurs favorisant une mauvaise observance thérapeutique, ou des interactions pharmacologiques dommageables chez les sujets de plus de 65 ans, présentant souvent des comorbidités et des traitements chroniques (11, 26, 41). Enfin, il est important de noter que les dommages médicaux des troubles de l'usage d'alcool peuvent perdurer dans le temps, en particulier chez les sujets âgés. Une étude récente retrouve une association entre des antécédents de troubles de l'usage d'alcool vie entière, même actuellement stabilisés, et l'existence de problèmes médicaux chroniques actuels chez les sujets âgés (42).

- Des dommages psychologiques et psychiatriques notables

Les troubles du comportement sont notés chez un patient âgé sur quatre se présentant aux urgences (43, 44). La santé mentale des patients se présentant aux urgences et ayant un trouble de l'usage d'alcool est plus fragile que ceux n'en ayant pas (45). Les troubles de l'usage d'alcool peuvent être des facteurs de causalité, dont l'identification permet une prise en charge thérapeutique adaptée. Les consommations d'alcool sont associées chez les sujets âgés à des risques de trouble

du sommeil (11, 26), mais il existe aussi des risques d'émergence ou d'aggravation de troubles anxieux et dépressifs. Il existe une association positive entre les troubles de l'usage d'alcool et l'existence de syndrome dépressif chez les sujets âgés de plus de 65 ans (46). L'incidence des syndromes dépressifs et des troubles anxieux généralisés est respectivement de 4 % et 2 % chez les sujets de plus de 65 ans présentant un trouble de l'usage d'alcool (47). Cette association semble liée au genre, certaines études la retrouvant chez les hommes mais pas chez les femmes (48), mais elle est également liée à la quantité consommée, puisque la corrélation n'existe que si les consommations quotidiennes d'alcool sont au-dessus d'un certain seuil (+ 4 unités standard par jour chez l'homme et + 3 unités standard par jour chez la femme) (49). Mais au-delà des syndromes dépressifs secondaires au trouble de l'usage d'alcool, plusieurs études soulignent des interrelations complexes et la préexistence de symptômes dépressifs favorisant l'apparition du trouble de l'usage d'alcool (50).

Enfin, il est nécessaire de rappeler que l'alcoolisation aiguë, par effet de désinhibition, est de nature à favoriser chez les personnes en difficulté le passage à l'acte suicidaire. Le risque suicidaire chez la personne âgée de plus de 65 ans est 16 fois plus élevé chez ceux qui consomment de l'alcool (10). Grabbe et al. soulignent que, chez les personnes de 65 ans et plus, ceux consommant des quantités modérées à élevées ont neuf à dix fois plus de risque de mourir par suicide que de mort naturelle par rapport aux personnes de même âge abstinentes (51).

- Dommages socio-environnementaux

Les dommages sociaux sont importants, à titre individuel mais aussi collectif. Les sujets âgés de plus de 65 ans représentent une part non négligeable de la population française, mais une part encore moins négligeable des consommateurs de soins, notamment hospitaliers et d'urgence. Au niveau international, la population des plus de 65 ans représente selon les études de 12 à 24 % des passages aux urgences. Une étude menée plus spécifiquement en France en 2002 montrait que les plus de 75 ans représentaient 12 à 14 % des passages aux urgences (30, 52-55). Leurs passages sont plus fréquents et plus longs, avec des taux d'hospitalisation plus importants ensuite, d'autant plus s'il existe des troubles de l'usage d'alcool (11, 29, 56, 57). Les dommages sociaux ne sont donc pas négligeables en termes de difficulté

à gérer la vie quotidienne, incurie ou de conséquences familiales avec des difficultés à s'occuper d'un conjoint malade, des conflits familiaux, ou des difficultés relationnelles pouvant entraîner un isolement social. Le risque est également que l'entourage ou l'aidant puisse aussi s'épuiser (11, 26).

Quelles sont les limites et les modalités de repérage des troubles liés à l'usage d'alcool chez les sujets âgés ?

Limites du repérage

Dans la littérature, sont soulignées les difficultés de repérage chez les sujets âgés de plus de 65 ans. La première limite du repérage des troubles de l'usage d'alcool est socioculturelle. En France, l'alcool a longtemps été considéré au travers de ses "vertus thérapeutiques", ce qui conduit à des attitudes ambivalentes des soignants vis-à-vis des consommations d'alcool. Plus spécifiquement chez les sujets âgés, la norme de consommation, d'autant plus que l'âge est avancé (plus de 75 ans, plus de 85 ans), est souvent très éloignée des normes actuelles. Il peut exister une discordance de représentations entre celles issues de leur éducation et celles actuelles. Cette discordance peut conduire à une sous-estimation des problèmes ou dommages liés à aux troubles de l'usage d'alcool d'âge (11, 58). Pour les soignants, comme parfois pour les patients, les consommations d'alcool peuvent être considérées comme "un dernier plaisir". Elles peuvent malgré tout être sources de souffrances quel que soit l'âge, et l'objectif n'est pas d'interdire la consommation d'alcool, mais de tenter, avec la collaboration des patients, de réfléchir à une amélioration de leur qualité de vie (11).

Il existe souvent de nombreux obstacles vis-à-vis du repérage. Plusieurs auteurs soulignent des craintes de "heurter" les patients ou un vécu de manque de temps ou d'illégitimité (5, 59). Des questions simples permettent pourtant d'amorcer le repérage : "avez-vous bu de l'alcool aujourd'hui ?", "que buvez-vous comme alcool habituellement ?", "que buvez-vous lors des repas ?" (11). L'efficacité d'une intervention brève, adaptée au sujet âgé a été montrée sur la réduction de consommation hebdomadaire d'alcool, le nombre d'épisodes aigus, le pourcentage de patients ayant une consommation excessive (60).

Modalités de repérage

L'American Geriatrics Society a émis des recommandations sur le repérage des troubles de l'usage d'alcool chez les sujets de plus de 65 ans, le préconisant au minimum annuel et systématique (61). Contrairement aux recommandations américaines, les récentes recommandations en France des Société française d'alcoologie et Société française de gérontologie et de gériatrie préconisent un repérage des troubles de l'usage d'alcool ciblé chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Les populations cibles sont celles considérées "à haut risque" du fait de l'existence de facteurs prédictifs du mésusage d'alcool : sexe masculin (57), dépendance au tabac ou difficultés sociales (11). Certains éléments, tels que les antécédents vie entière de troubles de l'usage d'alcool et la douleur chronique, sont des facteurs de risque de mésusage d'alcool (58). De plus, l'identification de symptômes cliniques, tels que des troubles du sommeil, des chutes, une dénutrition, une symptomatologie anxieuse ou dépressive, ou des troubles cognitifs ou douleurs chroniques, peuvent orienter vers des troubles de l'usage d'alcool (11). Néanmoins, la limite de ces signes d'appels est qu'ils sont non spécifiques et fréquemment rencontrés à domicile ou en consultation en soins primaires et/ou aux urgences.

La consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée lors d'un entretien attentif est décrite comme pertinente et importante dans cette population (11, 13, 32). Les marqueurs biologiques (volume globulaire moyen - VGM, gamma-glutamyltransférase - γ GT et transferrine déficiente en carbohydrate - CDT) sont trop peu sensibles pour un repérage précoce. Ils peuvent cependant apporter un éclairage complémentaire à la CDA (11, 13, 32).

La mesure de l'alcoolémie permet une objectivation d'une consommation récente d'alcool et est le reflet indirect de l'intensité et du type de consommation d'alcool. Elle permet de se détacher d'un jugement moral, sur une "suspicion" non avérée d'une consommation d'alcool. Elle est intéressante en cas de tableau d'intoxication éthylique aiguë. Le dosage de l'alcoolémie a pu montrer un intérêt dans le travail motivationnel en cas de passage aux urgences (62). Mais elle reste pratiquée au cas par cas, ne reflète que la consommation récente et nécessite un prélèvement sanguin ou une mesure par air expiré, étant décrite peu adaptée à cette tranche d'âge dans certaines études (63).

En termes d'outils diagnostiques et de repérage, les questionnaires adaptés à la population gériatrique, tels que l'ARPS (*Alcohol related problems survey*) ou la MAST-G (*Michigan alcoholism screening test-Geriatric version*) ne sont pas applicables en routine, notamment aux urgences (11, 64-66). Les outils diagnostiques traditionnels, bien que moins performants chez le sujet âgé, gardent donc par défaut toute leur place, faute d'alternative disponible en routine (11, 67). L'un des questionnaires les plus recommandés est l'AUDIT (*Alcohol use disorders test*), en version longue ou courte (11, 64, 65). Cependant, il est recommandé d'abaisser les seuils des questionnaires existant chez l'adulte (11, 64, 65). Aux États-Unis, les recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque ont été adaptées aux sujets âgés : après 65 ans, il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour en moyenne et trois verres occasionnellement (11, 60).

Quelles attitudes thérapeutiques aux urgences ?

Les signes de sevrage cardinaux demeurent chez les sujets âgés (22, 68, 69). Mais de nombreux signes cliniques sont peu spécifiques, et chez la personne âgée, la survenue d'un syndrome de sevrage pourrait être retardée par rapport aux plus jeunes (70). La plupart des symptômes gériatriques peuvent refléter un mésusage d'alcool : troubles du sommeil, troubles mnésiques, symptomatologie anxio-dépressive, chutes et dénutrition (62, 69), problèmes judiciaires et insalubrité du logement (6, 25).

Les points cardinaux de la prise en charge thérapeutique du sevrage d'alcool sont les mêmes que chez les

plus jeunes : traitement médicamenteux du sevrage (benzodiazépines, vitaminothérapie), hydratation et accompagnement psychosocial, et traitement médicamenteux d'aide au maintien de l'abstinence ou à la réduction des consommations d'alcool. Mais des précautions sont à prendre chez les sujets âgés. Il faut être particulièrement attentif aux modalités de prescription des benzodiazépines, du fait des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques dans cette population (plus grande sensibilité). Elles restent le traitement de choix, mais il est recommandé de privilégier des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam, lorazépam...) qui vont réduire le risque d'accumulation (71, 72) et les conséquences négatives potentielles : sédation, chutes (73). Les doses initiales doivent être diminuées de 30 à 50 % (11). De plus, une vigilance spécifique sera apportée à la qualité de l'hydratation et de l'équilibre hydro-électrolytique chez les plus âgés, souvent en équilibre précaire sur ce point et présentant souvent des problèmes cardiovasculaires (tableau I).

Il est aussi plus particulièrement important d'être vigilant vis-à-vis des mesures psychosociales (74). Pour les troubles de l'usage d'alcool sévères et dans les situations d'isolement, il semble raisonnable de réaliser les sevrages en hospitalisation pour contrôler ou prévenir plus facilement les complications graves, dont le delirium tremens, les convulsions, les chutes et les hématomes intracérébraux. De plus, la lutte contre l'isolement est particulièrement importante dans la mesure où celui-ci est une cause majeure d'alcoolisation des personnes âgées (9). Pour les patients vivant à domicile, le portage des repas, l'aide-ménagère, le passage d'une infirmière peuvent être des aides vis-à-vis de l'accompagnement au sevrage et de la prévention de la rechute. Cet accompagnement permet aussi d'alerter les services médicaux et sociaux en cas de difficultés (12).

Tableau I : Récapitulatif des tableaux de troubles d'usage d'alcool aux urgences chez les sujets âgés

| Facteurs de vulnérabilité "patients à risque" | Signes cliniques | Outils diagnostiques | Traitement médicamenteux | Mesures psychosociales |
|---|------------------------------------|--|--|---|
| - Sexe masculin | - Troubles du sommeil | - CDA | - Hydratation per os | - Évaluation de la situation sociale |
| - Dépendance au tabac | - Troubles mnésiques | - AUDIT, CAGE | - Vigilance par rapport aux troubles hydro-électrolytiques | - Entourage familial, social |
| - Antécédents vie entière de troubles de l'usage d'alcool | - Symptomatologie anxio-dépressive | - Bilans biologiques (γGT, VGM, CDT) | - Benzodiazépines, demi-vie courte, posologies réduites de 30 à 50 % par rapport aux plus jeunes | - Mesures d'aide au domicile (aide ménagère, infirmière à domicile, portage de repas, etc.) |
| - Difficultés sociales, isolement (11) | - Chutes | - Si nécessaire, alcoolémie (air expiré peu adapté chez les plus âgés) | - Hospitalisation quasi systématique pour surveillance du sevrage au-delà de 75 ans | |
| - Douleurs chroniques | - Dénutrition (62, 69) | | | |
| - Problèmes judiciaires | | | | |
| - Insalubrité du logement | | | | |

Quelle place pour l'addictologie dans ces situations ?

Quel que soit le stade de motivation au changement du patient, une "intervention brève" peut être au minimum proposée. Ce type d'intervention a pu montrer de nets bénéfices en termes de réduction des consommations d'alcool chez les sujets âgés (75). 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 (76). Ses principes sont de proposer un feedback au patient sur sa consommation d'alcool et une information sur les limites de consommation d'alcool.

Aux urgences, plus spécifiquement, le manque de temps est souvent mis en avant par les équipes comme un facteur limitant le repérage des consommations d'alcool (6). La temporalité des soins est aussi parfois soulignée en discordance avec le temps nécessaire pour un entretien évaluant des habitudes de vie en détail. Les équipes d'addictologie de liaison permettent d'apporter une évaluation complémentaire et globale médico-psychosociale ciblée autour des conduites addictives, de leur identification, de la balance bénéfices/risques et des objectifs et modalités de changement potentiels.

Les entretiens avec l'entourage ne sont pas systématiques en addictologie, notamment en liaison. Mais dans le cas précis des sujets âgés, ils sont souvent très informatifs et utiles. De nombreux patients n'évoquent pas d'eux-mêmes de prime abord leur consommation d'alcool et tendent à minimiser leurs problématiques, consciemment ou pas, pour de multiples raisons volontaires ou non. Il s'agit bien souvent de stratégies d'adaptation face à des situations complexes et difficilement acceptables. De plus, il existe souvent des sentiments de honte, de dévalorisation ou de culpabilité, encore plus marqués chez les sujets âgés, en miroir avec l'aspect tabou des troubles (6, 11, 69).

L'entretien addictologique permet d'aider le patient à avancer dans la maturation d'un processus de changement, à évaluer les avantages et inconvénients des consommations d'alcool, à identifier d'éventuels objectifs de changements. Mais l'objectif des soignants doit demeurer la réduction des dommages liés aux consommations d'alcool et aux troubles liés à l'usage d'alcool, pour permettre une amélioration de la qualité de vie du patient, et cela indifféremment de l'âge.

Cas clinique

Monsieur B., 77 ans, est admis au service des urgences par les pompiers, pour un malaise sans perte de connaissance et des douleurs abdominales diffuses. Dans ces antécédents, on relève une hypertension artérielle. Il est décidé de l'admettre à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour surveillance. Un appel de sa femme renseigne l'équipe soignante sur son mode de vie : ils vivent en couple dans une maison. Ils ont trois enfants, dont l'une est décédée il y a un an. Il est retraité depuis 15 ans et travaillait comme comptable. Mais il a toujours été investi dans le milieu associatif, sportif et social. Son épouse décrit une période plus difficile depuis le décès de leur fille, avec un désinvestissement des activités extérieures. Elle exprime également des inquiétudes quant à sa consommation d'alcool. Il en a toujours consommé quotidiennement, sans que celle-ci ne soit excessive ou ne pose de problèmes. Mais il lui semble que les quantités ont augmenté, et elle s'interroge sur des consommations à l'extérieur du domicile, qu'il ne reconnaît pas. Il y a dix jours, suite à un malaise dans un contexte d'alcoolisation, sa femme dit lui avoir "caché l'argent et l'alcool". Elle lui prend aussi les clés de la voiture. Mais malgré ces mesures, elle dit qu'elle n'est pas sûre qu'il ait arrêté de consommer de l'alcool. Elle précise qu'elle ne peut pas toujours le surveiller, ayant elle aussi de nombreuses activités. La famille semble épuisée de cette situation et décrit un vécu d'impuissance face aux difficultés de Monsieur B.

Concernant ses antécédents psychiatriques et addictologiques, il n'avait jamais bénéficié de soins en addictologie ni en psychiatrie. Il est totalement autonome au domicile, aucun trouble cognitif n'est souligné par l'entourage.

Aux urgences

Le motif de consultation de "malaise" associé à des troubles du comportement, incluant une irritabilité et une agitation aux urgences (non habituel d'après l'entourage), et l'altération de l'état général (perte de poids de six kilogrammes en un an) ont permis d'introduire la question des habitudes de vie, dont les consommations d'alcool, avec Monsieur B. Un examen clinique est mené et, au cours de l'entretien, Monsieur B. déclare une consommation d'alcool occasionnelle et dit consommer parfois de manière "trop importante"

et peut-être un peu plus souvent qu'auparavant, mais seulement quand "il n'a pas le moral". La consommation déclarée d'alcool était d'un tiers de bouteille de whisky lors des prises d'alcool, soit l'équivalent de sept unités standard d'alcool. Il précise que son entourage s'inquiète trop pour lui et qu'il n'a jamais "été alcoolique". L'examen clinique ne retrouve pas de stigmates de consommation chronique d'alcool, pas de signes cliniques d'hépatopathie. L'examen est normal, sont seulement notés des tremblements des extrémités et de légères sueurs. Un bilan biologique est effectué avec un dosage de l'alcoolémie.

La clinique et les propos de l'entourage orientaient vers un trouble de l'usage d'alcool. Le bilan biologique montre une alcoolémie négative. Par ailleurs, on note une cholestase : γ GT à 100 UI/l, sans cytolyse (transaminases normales), une numération sanguine normale et un bilan cholestérol/triglycérides normal.

Face à ce tableau de malaise et de douleurs abdominales sans signes d'appel, de troubles du comportement et de sueurs, l'une des hypothèses probables était le sevrage d'alcool.

À l'unité d'hospitalisation de courte durée

Face à ce tableau complexe, à la vulnérabilité liée à l'âge, l'hospitalisation de courte durée est décidée. La consultation gériatrique menée dans un premier temps à l'UHCD, sur le critère d'âge, a permis d'évaluer la situation médico-psychosociale, de proposer des aides à domicile et faire des liens avec le réseau extérieur. Les consommations d'alcool ont été brièvement abordées au cours de cet entretien.

Compte tenu du tableau clinique, des éléments recueillis par l'UHCD et ceux de la gériatrie, une consultation d'addictologie de liaison semblait importante pour approfondir la question des habitudes de consommations d'alcool. L'infirmière d'addictologie de liaison a rencontré Monsieur B., l'objectif de cette rencontre étant avant tout d'établir une alliance thérapeutique, d'instaurer un climat de non-jugement et de confiance. Ce cadre d'entretien a pu permettre d'évaluer les modalités de consommations d'alcool du patient et de discuter avec lui de ses attentes, de sa capacité perçue de changement et des moyens à mettre potentiellement en place pour l'aider. En effet, au cours de cet entretien, il a pu développer sa relation avec l'alcool. Il disait avoir

toujours consommé de l'alcool, un à deux verres de vin par jour en mangeant, "une habitude". Mais il a évoqué un changement progressif de ses habitudes de consommation. Il décrivait alors une consommation d'alcool solitaire, hors du domicile, à visée anxiolytique, autothérapeutique et pour l'aider à gérer ses émotions. Il a pu mettre en corrélation l'augmentation de cette consommation d'alcool dans un premier temps avec la retraite, qui a été un changement difficile pour lui. Il avait alors commencé à aller au bar pour revoir des connaissances et consommait en dehors des repas, mais dans des quantités contrôlées et pas quotidiennement. Mais depuis le décès de sa fille, il dit avoir eu beaucoup de difficultés à gérer ce décès et que, paradoxalement, la gestion du deuil était plus difficile actuellement que lorsque l'évènement était survenu. Ce traumatisme semblait réactiver des traumatismes infantiles liés notamment à une maltraitance morale et physique de son père (qui lui-même présentait des troubles de l'usage d'alcool). Le diagnostic de trouble de l'usage d'alcool a été posé face à la perte de contrôle des consommations d'alcool décrites, le *craving* ressenti par le patient, les dommages familiaux et médicaux et les signes de sevrage présents. Un mésusage d'alcool est apparu à la retraite, mais le trouble de l'usage d'alcool est survenu secondairement à la période du décès de sa fille, dans un contexte de deuil pathologique.

Monsieur B. comprenait l'inquiétude de sa femme, mais évoquait cependant des difficultés à gérer ses envies irréprouvables d'alcool. Cette ambivalence a pu être explorée lors de cet entretien motivationnel. C'est en comparant les avantages et les inconvénients d'un changement de son comportement avec l'alcool qu'il a pu mettre en avant ses attentes de ne plus consommer d'alcool pendant quelques mois, avec un objectif ultérieur de pouvoir reconsumer uniquement aux repas accompagnés, et en quantités limitées.

Il se sentait capable de gérer cet objectif avec un accompagnement médical par son médecin traitant. L'infirmière d'addictologie lui a donc remis des informations écrites et des coordonnées de lieux de soins, puis a contacté son médecin traitant, avec l'accord de Monsieur B. Un entretien de couple a été réalisé avec l'accord du patient afin de permettre un échange sur l'aide familiale disponible et sur les décisions prises.

Un traitement antidépresseur a également été mis en place par le médecin traitant, après concertation avec l'équipe d'addictologie de liaison, pendant six mois,

dans le contexte de deuil pathologique. Monsieur B. a pu effectivement maintenir cet objectif d'abstinence sur six mois, puis il a repris des consommations occasionnelles, hebdomadaires contrôlées en quantité. Il voit toujours régulièrement son médecin traitant.

Conclusion

Cet article souligne le peu de données validées et d'outils disponibles concernant le repérage des troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés. Les soins primaires et les services d'urgence sont des lieux stratégiques. Il paraît essentiel de former et de sensibiliser les intervenants vis-à-vis du repérage des consommations d'alcool et des troubles liés à l'usage d'alcool chez les sujets âgés, en milieu hospitalier, mais également en soins primaires. L'utilisation de questionnaires de repérage peut être intéressante dans cette population, ils permettent de s'affranchir d'une partie de la subjectivité de l'évaluation en entretien, les représentations des soignants face à cette problématique restant des freins majeurs à une prise en charge optimale (1, 15, 18, 20). Par ailleurs, l'entretien addictologique est un outil pouvant aider les patients à avancer dans la maturation d'un processus de changement, dont l'objectif demeure une réduction de la morbi-mortalité associée aux troubles liés à l'usage d'alcool chez les sujets âgés et ainsi l'amélioration de la qualité de vie du patient, quel que soit son âge. L'identification des troubles liés à l'usage d'alcool est bien tout aussi importante chez les sujets âgés que chez les plus jeunes. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec le sujet de cet article.

M. Guillou Landréat, L. Michel, C. Mouden, P. Bodenez
Sujets âgés de plus de 65 ans aux urgences et troubles de l'usage
d'alcool. Illustration de la revue de la littérature par un cas clinique
Alcoologie et Addictologie. 2016 ; 38 (2) : 103-113

Références bibliographiques

- 1 - Wu LT, Swartz MS, Wu Z, Mannelli P, Yang C, Blazer DG. Alcohol and drug use disorders among adults in emergency department settings in the United States. *Ann Emerg Med*. 2012 ; 60 (2) : 172-80. e5.
- 2 - D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2006 ; 24 (4) : 925-67.
- 3 - Vitale S, van de Mheen D. Illicit drug use and injuries: a review of emergency room studies. *Drug Alcohol Depend*. 2006 ; 82 (1) : 1-9.
- 4 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Orientation diagnostique et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Saint-Denis-La-Plaine : ANAES (HAS) ; 2001.
- 5 - Rica M, Principe A, Le Reste J, Guillou Landreat M. Autoévaluation des attitudes soignantes face aux conduites addictives. Étude exploratoire. *L'Encéphale*. 2016 ; sous presse.
- 6 - Menecier P. Boire de l'alcool et vieillir. Représentations et soins. *Lettre de Psychogériatrie*. 2013 ; 3 juin (<http://www.lettre-psychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2013/06/76-Pascal-MENECIER-Boire-alcool-et-vieillir-L-1.pdf>).
- 7 - Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of alcohol use disorders and subthreshold dependence in a middle-aged and elderly community sample. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 ; 19 (8) : 685-94.
- 8 - Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National survey on drug use and health. *Am J Psychiatry*. 2009 ; 166 (10) : 1162-9.
- 9 - Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National survey on drug use and health. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 ; 17 (3) : 237-45.
- 10 - Hazif-Thomas C, Thomas P. Sujet âgé, motivation sociale et addiction à l'alcool. Éviter la cassure de la relation du patient avec son environnement. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2008 ; 8 (45) : 15-22.
- 11 - Société Française d'Alcoologie, Société Française de Gériatrie et Gériatrie. Personnes âgées et consommation d'alcool. Recommandations SFA-SFGG. *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 31 (1) : 61-72.
- 12 - Onen SH, Onen F, Mangeon JP, Abidi H, Courpron P, Schmidt J. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 ; 41 (2) : 191-200.
- 13 - Mangion DM, Platt JS, Syam V. Alcohol and acute medical admission of elderly people. *Age Ageing*. 1992 ; 21 (5) : 362-7.
- 14 - Adams WL, Magruder-Habib K, Trued S, Broome HL. Alcohol abuse in elderly emergency department patients. *J Am Geriatr Soc*. 1992 ; 40 (12) : 1236-40.
- 15 - O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people ; redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003 ; 327 (7416) : 664-7.
- 16 - Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques et Toxicomanes. La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir. Guide d'intervention. Québec : CPLT, FQCRPAT ; 2001.
- 17 - Bouchon J. 1 + 2 + 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Rev Prat*. 1984 ; 34 : 888-92.
- 18 - Leon C, Beck F. Les comportements de santé des 55-85 ans : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis-la-Plaine : INPES ; 2014.
- 19 - Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*. 2015 ; 99.
- 20 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. *Tendances*. 2001 ; 16 : 1-4.
- 21 - Beullens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging Ment Health*. 2004 ; 8 (1) : 76-82.
- 22 - Menecier P. Les aînés et l'alcool. Paris : Érès ; 2010.
- 23 - Chambonnet J, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 ans en Loire Atlantique. *Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*. 2006 ; 13 : 10-7.
- 24 - Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. *La Revue de Gériatrie*. 2003 ; 28 : 741-3.
- 25 - Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L. Sujets âgés et alcool. *La Revue de Gériatrie*. 2008 ; 33 : 857-68.
- 26 - Menecier P. Vieillir et consommer de l'alcool. *Soins Gérontol*. 2014 ; (106) : 30-3.
- 27 - Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *J Gen Psychol*. 2006 ; 133 (4) : 453-67.
- 28 - Clément J, Bourlot B. Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé. In : Léger JM, Clément JP, Weirtheimer J. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion ; 1999.
- 29 - Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2010 ; 56 (3) : 261-9.
- 30 - Roussel-Laudrin S, Paillard E, Alonso E, Caillet P, Herbaud S, Merlier I, et al. Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor. *Rev Méd Interne*. 2005 ; 26 (6) : 458-66.
- 31 - Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *Eur J Emerg Med*. 2001 ; 8 (4) : 301-4.
- 32 - Mulinga JD. Elderly people with alcohol-related problems: where do they go? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 ; 14 (7) : 564-6.
- 33 - 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 (5) : 590-5.
- 34 - Weyerer S, Schaufele M, Zimmer A. Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 ; 33 (6) : 825-30.
- 35 - Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F, Comité scientifique de la Société Septentrionale de Gérontologie Clinique. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *Presse Méd*. 2010 ; 39 (12) : e280-8.
- 36 - Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, et al. Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *Am J Epidemiol*. 2002 ; 155 (3) : 242-8.
- 37 - Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Excessive alcohol consumption increases mortality in later life: a genetic analysis of the health in men cohort study. *Addict Biol*. 2015 ; 8 décembre.
- 38 - 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 (21) : 2489-96.
- 39 - Conen D, Osswald S, Albert CM. Epidemiology of atrial fibrillation. *Swiss Med Wkly*. 2009 ; 139 (25-26) : 346-52.
- 40 - 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.
- 41 - Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1992 ; 8 (1) : 127-41.
- 42 - Udo T, Vasquez E, Shaw BA. A lifetime history of alcohol use disorder increases risk for chronic medical conditions after stable remission. *Drug Alcohol Depend*. 2015 ; 157 : 68-74.
- 43 - Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2002 ; 39 (3) : 248-53.
- 44 - Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2003 ; 41 (5) : 678-84.

- 45 - Friedmann PD, Jin L, Karrison T, Nerney M, Hayley DC, Mulliken R, et al. The effect of alcohol abuse on the health status of older adults seen in the emergency department. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999 ; 25 (3) : 529-42.
- 46 - Merrick EL, Horgan CM, Hodgkin D, Garnick DW, Houghton SF, Panas L, et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. *J Am Geriatr Soc*. 2008 ; 56 (2) : 214-23.
- 47 - 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 (2) : 144-55.
- 48 - Choi NG, Dinitto DM. Heavy/binge drinking and depressive symptoms in older adults: gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 ; 26 (8) : 860-8.
- 49 - Choi NG, DiNitto DM. Psychological distress, binge/heavy drinking, and gender differences among older adults. *Am J Addict*. 2011 ; 20 (5) : 420-8.
- 50 - Wu LT, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol*. 2014 ; 43 (2) : 304-17.
- 51 - 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 (3) : 434-7.
- 52 - Hu SC, Yen D, Yu YC, Kao WF, Wang LM. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. *Am J Emerg Med*. 1999 ; 17 (1) : 95-9.
- 53 - Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, Folmar S, Ellis SD, Messick CH. Emergency department utilization by the elderly: analysis of the National hospital ambulatory medical care survey. *Acad Emerg Med*. 1996 ; 3 (7) : 694-9.
- 54 - Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med*. 1992 ; 21 (7) : 819-24.
- 55 - Lim KH, Yap KB. The presentation of elderly people at an emergency department in Singapore. *Singapore Med J*. 1999 ; 40 (12) : 742-4.
- 56 - Saleh SS, Szebenyi SE. Resource use of elderly emergency department patients with alcohol-related diagnoses. *J Subst Abuse Treat*. 2005 ; 29 (4) : 313-9.
- 57 - Tadros A, Mason M, Davidov DM, Davis SM, Layman SM. Visits by the elderly to United States EDs for alcohol-related disorders. *Am J Emerg Med*. 2015 ; 33 (9) : 1126-8.
- 58 - Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*. 2005 ; 100 (6) : 777-86.
- 59 - Bouix J, 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. *Rev Prat Med Gen*. 2002 ; 16 : 1488-92.
- 60 - Blow FC, Serras AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 ; 9 (1) : 14-9.
- 61 - American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York : AGS ; 2003.
- 62 - Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Étude prospective sur un an en hôpital général. *Rev Méd Interne*. 2009 ; 30 (4) : 316-21.
- 63 - Van der Pol V, Rodgers H, Aitken P, James O, Curles R. Does alcohol contribute to accident and emergency department attendance in elderly people? *J Accid Emerg Med*. 1996 ; 13 : 258-60.
- 64 - Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandations pratiques. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5-84.
- 65 - Brousse G, Arnaud B, Geneste J, Pereira B, De Chazeron I, Teissedre F, et al. How CAGE, RAPS4-QF, and AUDIT can help practitioners for patients admitted with acute alcohol intoxication in emergency departments? *Front Psychiatry*. 2014 ; 5 : 72.
- 66 - Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Hallak JE, Trzesniak C, de Azevedo Marques JM, et al. Is the full version of the AUDIT really necessary? Study of the validity and internal construct of its abbreviated versions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010 ; 34 (8) : 1417-24.
- 67 - Culbertson JW. Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: Screening instruments and treatment strategies. *Geriatrics*. 2006 ; 61 (11) : 20-6.
- 68 - Rigler S. Alcoholism in the elderly. *Am Fam Physician*. 2000 ; 61 : 1710-16.
- 69 - Guillou Landreat M, Grall-Bronnec M, Venise JL, Jolliet P. Usage de substances psychoactives : abus et dépendance *La Revue de Gériatrie*. 2011 ; 36 (6) : 369-79.
- 70 - Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs*. 2005 ; 26 (3) : 176-83.
- 71 - Wilkinson GR. The effects of liver disease and aging on the disposition of diazepam, chlordiazepoxide, oxazepam and lorazepam in man. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1978 ; (274) : 56-74.
- 72 - Salzman C, Shader RI, Greenblatt DJ, Harmatz JS. Long v short half-life benzodiazepines in the elderly. Kinetics and clinical effects of diazepam and oxazepam. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 ; 40 (3) : 293-7.
- 73 - Balloková A, Peel NM, Fialova D, Scott IA, Gray LC, Hubbard RE. Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study. *Drugs Aging*. 2014 ; 31 (4) : 299-310.
- 74 - McDonald AJ, Abrahams ST. Social emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am*. 1990 ; 8 (2) : 443-59.
- 75 - Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*. 1999 ; 48 (5) : 378-84.
- 76 - Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, 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 (25) : 1-158.