

Addictions au 3e âge : vers une épidémie invisible



ykhaylo Palinchak / Dreamstime

Le nombre de personnes âgées souffrant de troubles d'addiction augmente comme une épidémie invisible. Etat des lieux médical et psycho-social de ce phénomène devenu une priorité de santé publique.

Par **Laurent Cohen**, chef de clinique, médecin chef au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge (CAPPA), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Les problèmes d'addictions chez la personne âgée touchent de façon préférentielle l'alcool et les médicaments mais aussi certains opiacés (morphine, héroïne) ou d'autres drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy), en lien avec une plus grande vulnérabilité physique et psychique associées au vieillissement, notamment dans la génération du « baby boom ». Ils peuvent aussi concerner les addictions sans drogues (jeu, télévision).

Pendant les dernières décennies, l'addiction des personnes âgées était moins au premier plan que celle des sujets plus jeunes. Dans une société en constante mutation, cette problématique semble prendre un aspect différent devant l'augmentation du nombre de patients âgés souffrant de ces troubles devenant une nouvelle priorité de santé publique. Cette « épidémie invisible » peut trouver sa source dans un tabou autour de ce sujet ou un regard plus complaisant du réseau familial ou social, freinant les prises en soins spécifiques. Par ailleurs, la problématique d'addiction des aînés reste peu explorée en l'absence d'études et d'échelles psychométriques validées.

De multiples raisons socioéducatives, biologiques, individuelles, psychologiques autour du vieillissement et des pertes peuvent favoriser ou entraîner des problèmes d'addictions. La mise à la retraite, la maladie physique, la solitude, les ruptures familiales (veuvage, divorce) sont des facteurs favorisant la prise de substances à l'âge avancée.

I) Etat des lieux sur l'abus de substances en Suisse

Dans les pays occidentaux, on observe un vieillissement de la population avec une proportion de sexagénaires en

forte augmentation. Pour la Suisse, elle passera de 16% en 2006 à 30% en 2020. Les problèmes d'abus de substances toxiques sont en augmentation, et concernent désormais 17% de la population générale âgée.

1. ALCOOL

L'alcoolisme est sous-évalué chez les sujets âgés pour plusieurs raisons : une tolérance différente par la société que pour la toxicomanie, un aspect culturel associé au côté festif, et un manque de formation des soignants.

La consommation alcoolique décline après 65 ans (en 2011, 9 litres d'alcool pur et personne) mais touche environ 10% de la population âgée de plus de 65 ans avec une nette prédominance masculine (5 hommes pour une femme). Entre 1992 et 2007, la proportion des personnes ayant une consommation d'alcool quotidienne, n'a pas baissé chez les hommes de plus de 65 ans à 74 ans (41% en 1992 et 42% en 2007) et chez les femmes de plus de 55 ans à 64 ans (14% en 1992 et 15% en 2007). Elle a même augmenté chez les femmes entre 65 et 74 ans (de 16% en 1992 à 22% en 2007).

En 2007, 75% des hommes âgés de plus de 75 ans boivent de l'alcool au moins une fois par semaine, contre 36% pour les femmes du même âge. Il est à noter que, dans notre pays, lors de leur entrée en établissement médico-social, 20% des résidents souffrent d'un problème d'alcool.

2. MEDICAMENTS, BENZODIAZEPINES

La consommation ou polyconsommation de médicaments chez le sujet âgé renvoie aux maladies et aux conséquences du vieillissement accentuant la problématique existentielle face aux événements difficiles de la vie : perte d'activité au moment de la retraite, deuil, solitude, ennui, perte d'autonomie. Les personnes âgées reçoivent 40% de tous les somnifères (benzodiazépines et autres) prescrits aux Etats-Unis.

9,1% de la population suisse a consommé des benzodiazépines lors des six derniers mois. 13% de cette population ont 65 ans ou plus mais représente 50% du groupe concerné. Deux tiers sont de sexe féminin. A savoir que cette prescription, dans plus de 50% des cas, dépasse le trimestre. A noter aussi que, dans une étude française, 21% de résidents d'établissement médico-sociaux prennent au moins 3 psychotropes. Les études démontrent que de nombreuses personnes âgées ne sont pas capables de réduire l'usage de leurs psychotropes, qu'il y a parfois un effet de tolérance (escalade de la posologie pour le même effet) et des changements de prescription pour différents médicaments de la même classe (pour des motifs pas nécessairement explicites).

II) Profil de la population souffrant d'addiction à l'âge avancé et projection sur l'avenir

Dans la population souffrant d'addiction, 2/3 environ des patients dépendants sont des anciens consommateurs d'alcool et de benzodiazépines dont la consommation persiste en raison de facteurs environnementaux négatifs. Le profil habituel (à début précoce) est le plus souvent un homme ayant débuté à l'âge de 20 à 25 ans, avec des antécédents familiaux de consommation, souffrant de déficits psychosociaux, un statut socioéconomique bas et des comorbidités psychiatriques dans 2/3 des cas avec la possibilité de troubles cognitifs.

Le tiers restant regroupe des personnes avec un alcoolisme à début tardif dont le profil est de sexe féminin. On retrouve des facteurs de stress comme une perte de proche ou une séparation (divorce ou veuvage) et la possibilité d'une dépression sous jacente. On ne note pas de troubles cognitifs majeurs dans cette frange de la population.

Dans le cadre de la dépendance aux stupéfiants, on distingue deux populations : les anciens usagers arrivant à l'âge de la retraite et les nouveaux usagers dans les zones urbaines. Le XXI^e siècle montre que dans une population vieillissante et grandissante, l'alcool et les benzodiazépines restent les dépendances des âgés au premier plan mais

la cocaïne (addiction préexistante ou nouvelle) augmente significativement (1.2%). Le cannabis fait également son apparition avec la génération des baby boomers.

III) Dangers de l'alcool et des médicaments sur un organisme vieillissant

Pour l'alcool, les recherches montrent une sensibilité plus importante et donc une tolérance diminuée avec un plus fort risque d'intoxication ou de syndrome de sevrage.

L'alcool est une substance neurotoxique. Il peut provoquer des déficits cognitifs partiellement réversibles en cas d'arrêt de la consommation ou même une démence alcoolique.

Concernant les « binge drinkers », ils sont exposés à une détérioration cognitive à partir de l'âge de 50 ans.

L'alcool est responsable de : troubles d'équilibre, chutes et fractures avec ostéoporose, malnutrition, anémie, sensibilité aux infections, maladies hépatiques dont la cirrhose, hémorragies digestives, cancers des sphères ORL et digestive, intolérances médicamenteuses.

Dans le but du dépistage d'une consommation d'alcool parfois méconnue, les soignants et les acteurs sociaux peuvent identifier certaines situations : troubles du comportement, difficultés administratives, isolement, incurie, perte de poids, trouble de l'humeur et ou anxiété, trouble du sommeil, troubles de la mémoire, chutes répétées ou fractures, réaction inattendue à un médicament voire une confusion mentale.

Bien qu'une consommation modérée d'alcool soit a priori considérée comme bénéfique, en particulier pour les affections cardiovasculaires, concernant les personnes de plus de 65 ans, les recommandations seraient de boire au maximum entre 1 à 2 verres (1 à 2 dl de vin) par jour, 5 jours sur 7. En cas de médication ou de comorbidité psychiatrique, la recommandation se limite à 1 dl, 5 jours sur 7.

Pour les benzodiazépines, les complications sont directement liées aux effets de ces molécules : sédation, baisse de la vigilance et de la mémoire, augmentation des chutes, confusion ou agitation (effet paradoxal). A noter que l'alcool ainsi que certains médicaments psychotropes potentialisent ces effets indésirables. L'accoutumance est souvent la règle après une durée de prescription de quelques semaines avec un risque de dépendance psychique et physique.

IV) Conclusions et nouveaux enjeux

Chez l'âgé, la problématique d'abus de substances concerne essentiellement l'alcool et les benzodiazépines. Les autres drogues ne touchent qu'une frange minime de cette population, bien qu'en augmentation progressive (addictions à l'héroïne, cocaïne et drogues de synthèse). On note une augmentation du nombre de cas tardifs (notamment parmi les femmes). L'addiction à l'âge avancé est de meilleur pronostic si le tissu social est préservé.

La sous-évaluation des problèmes de dépendances est en lien avec la dimension moins « bruyante » de ce phénomène pour notre société, mais avec des conséquences plus tangibles à un niveau individuel.

Plusieurs pistes à retenir :

- Informer régulièrement le sujet âgé sur les risques associés à l'utilisation à long terme de l'excès d'alcool, et de la prise régulière des benzodiazépines.
- Former les soignants et partenaires sociaux à la détection des abus de substances dans le but d'une collaboration étroite, d'une prise en charge optimisée avec une attention particulière aux facteurs de stress

tels que la retraite, l'isolement, les pertes (décès du conjoint, maladie).

- Optimiser et encadrer de façon plus rigoureuse la prescription au long cours de psychotropes pour résoudre un trouble du sommeil ou anxieux, entraînant automatiquement une dépendance chez une personne indemne de toute pathologie addictive et ne recherchant pas un aspect récréatif de la substance.
- Encourager dans la mesure du possible, une alternative non médicamenteuse pour la gestion d'un trouble anxieux ou d'une insomnie.
- Mettre en place des soins addictologiques au sein d'une structure psychogériatrique avec des soins individuels et en groupe, adaptés à l'âge.
- Evaluer les comorbidités psychiatriques telles que la dépression (autre visage de l'addiction) et les troubles anxieux.
- Promouvoir la mise en place de dispositifs de soins psychiatriques qui permettent d'éviter l'installation des comportements addictifs comme réponse mal adaptée à la souffrance psychique.