

QUE SAIT-ON DES ADDICTIONS CHEZ LE SUJET AGE

CM 2306 – MASTER DE GERONTOLOGIE - Dr Pascal Possoz

Place des conduites addictives chez le sujet âgé

- Les tranches d'âge sont à déterminer (prévalence)
- Quelles sont les dépendances en fonction
 - Des âges
 - De l'objet
- Décrit comme un « candidat naturel » (vulnérabilité)

Dépendances

- Dépendance:
 - Question du lien
 - Rapport au temps
 - Rapport à l'autonomie

Relation contraignante plus au moins acceptée pour obtenir une satisfaction suite à une situation , une personne , au couple.

Perte de liberté, expression de la clinique des addictions diversifiées chez le sujet âgé. (sport, travail, sexualité)

Type d'addiction?

- Moins de diversification dans les produits addictifs chez le sujet âgé
- Avec produit : TABAC ALCOOL

Addiction sans en avoir l'air: les Benzodiazépines

Pas de speed , cannabis rare, opiacés rares... mais....

- Sans produit: JEUX TELEVISION

Première Question ?

- Quelles sont nos représentations vis-à-vis de la vieillesse?
- Quelle est la gravité d'une conduite addictive en vieillissant?
- « Il ne lui reste que cela ! C'est trop tard. »
- Les réponses seront influencées par nos représentations.

Deuxième Question?

- Comment les repérer?
- Comment les mesurer?
- Avons –nous les outils adaptés? Validés?
- Les items actuels ne s'adaptent pas à cet âge là.(items sur les csq sur la sphère prof, fam, social)
- Qui évalue et dans quel but? Type d'addiction, les plus fréquentes, le produit et comportement induit

- Dans quel contexte cela évolue-t-il? Domicile, seul, entouré, en institution?
- Depuis quand cela évolue-t-il?
- Qu'en est-il des modèles théoriques avec la recherche de sensation de prise de risque?

- Le sujet âgé consomme pour des questions:
 - Liées au temps (ennui),
 - D'adaptation aux changements,
 - En rapport aux modifications corporelles
du Lien à l'autre
 - De Plaisir/ souffrance
 - Perte de liberté
 - Sens de la vie et de fin de vie

Épidémiologies

- Janvier 2010: 14M PA dont 12M ont 75ans et plus (Afssaps) /OMS (65ans)
- Vulnérabilité physique et psychologique, sociales, FR et complications...candidat naturel aux addictions
- Etudes en fonction conduites alcooliques et médicamenteuses

- Nécessité d'interroger le sujet âgé,
- Anticiper
- Constater
- Proposer une aide pour ceux qui en demandent et ceux qui ne peuvent plus en demander.

TABAC

TABAC

- Peu abordé , mal connu
- Mais une des principales causes de décès chez les séniors
- Profil difficile à définir car peu d'études
- Première cause de mortalité évitable (77000morts/an)

Profil des fumeurs

1953 Fumeurs > 65ans

- 69% HOMMES
- 6% FEMMES

2005 Fumeurs > 65ans

- 12.7% HOMMES
- 7 % FEMMES

Profil?

- Les fumeurs de 65/75 ans ont commencé avant les années 1960, époque où fumer est encouragé, valorisé socialement avec possibilité de fumer dans les lieux publics
- C'est la norme
- Image positive
- Mais après être un facteur socialisant cela devient un facteur d'EXCLUSION

Motifs de poursuite ou d'arrêt du tabagisme

poursuite

- Plaisir , satisfaction de résister, de s'opposer, provocation
- Passivité, ennui, isolement, raréfaction du lien affectif et amicaux
- Automédication psychique par détente procurée, relaxation
- Automédication physique: un besoin

arrêt

- Diminution des risques liés à la santé (bénéfiques sur la prévention du diabète, fonctions cognitives, qualité de vie)
- Impact positif sur le sentiment du bien être
- Coût du tabac

Ce que l'on sait

- La consommation d'un paquet de tabac par jour expose à une baisse des capacités cognitives chez les plus de 65ans .
- Ce déclin cognitif est accéléré chez les plus de 75ans en comparaison aux anciens fumeurs du même âge.
- Pas d'effet protecteur vis-à-vis des démences.

JEUX PATHOLOGIQUES

Du jeu d'habitude à l'addiction

- Le jeu repose principalement sur le hasard .
- Il implique une mise irréversible d'argent ou objet de valeur.
- Le sujet âgé passent par une série de phases stéréotypées
 - Une phase de gain (winning phase)-> engagement dans le jeu avec la croyance de résoudre des difficultés existentielles (sujet âgé seul , perte du conjoint)

- Une phase de perte (loosing phase) avec poursuite du jeu pour se refaire
- Une phase de désespoir (desperation phase) aboutissement du processus avec souffrance intense et complications financières, affectives, et sociales.
- Typologie des joueurs pathologiques: personnes qui trouvent dans le jeu une évasion, un refuge

-> dépendance plus ANESTHESIQUE

Les difficultés de la retraite, la solitude, les maladies sont des facteurs susceptibles d'être présents chez le sujet âgé

Celui-ci constituant une « CIBLE » de choix pour les opérateurs de jeux: occupation temps

facilités de transport

repas convivial peu onéreux

activités de danse

« programme d'entraînement cérébral », jeux

« culturels »

- Le sujet âgé appartient à un groupe à risque en matière de jeu pathologique à côté de l'adolescent, des minorités culturelles et personnes économiquement vulnérables.
- Dans les casinos, les machines à sous (94% PBJ) recrutent 41% d'inactifs dont la moitié des RETRAITES. Jeux non stratégiques, accessibles à tous, même à ceux qui souffrent de difficultés cognitives
- Mais peu d'études existent concernant cette population.

Groupe à risque?

- 3 études : Petry 2002, Schaffer 1999 , Mc Neilly et Burke 2000 montrent que:
 - Jouent de façon moins risquée que les jeunes (effet protecteur) mais
 - Existence de 3 groupes:
 - **Les joueurs à début précoce** qui poursuivent à leur retraite et plongent dans la conduite addictive
 - **Les joueurs à début tardif** (à leur retraite) avec une perte de contrôle rapide
 - **Les accros** aux nouvelles technologies types « casinos » en ligne qui aggravent l'isolement

Cas particulier

- Le cas de certains traitements antiparkinsoniens : médicaments dopaminergiques (cause de troubles du contrôle des impulsions)

TOXICOMANES

Patients âgés toxicomanes: quelques données

- Colloque Fondation Phoenix en nov 2012 dans le cadre de l'accompagnement des patients toxicomanes âgés.
 - Le nombre de patients de plus de 50 ans augmente
 - Leur espérance de vie augmente tout en restant inférieure de 20 ans à la population générale
 - Vieillesse accélérée avec apparition précoce de maladie précoce (hépatite C, comorbidité psy)

- Problèmes judiciaires, faible participation au marché du travail, relations difficiles
- Perte d'autonomie précoce et plus rapide
- Fin de vie dans la solitude et la pauvreté
- Surpris d'être encore en vie!!

CANNABIS

Cannabis

- Dans notre esprit le cannabis est, par excellence, »La drogue des jeunes »
- Représentation exacte
- Aux USA consommation de cannabis en augmentation pour un usage thérapeutique pour ses propriétés analgésiques et orexigènes

PSYCHOTROPES

Mésusage de médicaments prescrits

- Dépendance et abus / Sur prescription et poly médication
- Cas particuliers des psychotropes: recommandations mais.....
- Un français >70ans /2 ferait usage de psychotropes
- 10M de PA consommeraient de façon chronique des anxiolytiques

Risques des BZD chez la PA

- Modification avec âge des capacités métaboliques perturbant le catabolisme et pharmacocinétique des BZD
- Augmentation du risque de dépendance physiologiquement des médicaments à potentiel addictif dont le sevrage sera plus long.
- Risques de chutes et fractures (myorelaxant)
- Altérations des fonctions cognitives
- Autres: conduite automobiles , bronchites chroniques et emphysème, hospitalisation coûteuse; effets paradoxaux... passage à l'acte.

ALCOOL

Quelques chiffres

- La littérature actuelle ne permet pas d'obtenir une estimation précise
- PAQUID:
 - >65 40.1% à 42.8% consommeraient $\frac{1}{4}$ litre de vin par jour et 15.1 à 15.8% $\frac{1}{2}$ l ou plus de vin
 - Mais grandes variabilités dans les études hospitalières, en maison de repos et maisons de retraite
 - On sait que l'abus d'alcool concerne 2 à 10% des personnes âgées

Quelques chiffres

- Hospitalisations imputées à l'alcool > 65 ans
- +50% entre 1990 et 2000 / +100% les 10 dernières années
- Le vieillissement en cours des populations occidentales y participe et accentuera encore cette tendance

- Les études restent controversées:
- Une consommation modérée serait protectrice avec une diminution du risque d'accident cardio-vasculaire ou encore du risque de démence?
- D'autres trouvent des résultats inverses?

Physiopathologie

Avec l'âge la tolérance de l'organisme à l'alcool diminue:

- Mécanisme lié au vieillissement direct
- Diminution de la masse maigre (muscle)
- Diminution du métabolisme, du débit sanguin, de la capacité de filtration des reins
- Baisse de la quantité d'eau corporelle

Donc pour un ingestat d'alcool donné l'alcoolémie est plus élevée et la décroissance plus lente

Physiopathologie

De petites quantités d'alcool peuvent aboutir à des conséquences plus marquées par le fait de vulnérabilité liée aux maladies, plus grande et la prise de médicaments associée

Atteinte cérébrale :

Installation et aggravation des troubles cognitifs. La perte neuronale sera plus importante que chez les sujets jeunes pour une consommation identique sur toute la vie, avec une récupération des fonctions cognitives plus modeste.

Physiopathologie

L'incidence des fractures augmente avec la consommation d'alcool par troubles de l'équilibre et chutes qu'il occasionne.

Induction de pathologies organiques (cardiomyopathie, HTA ...). Mais par ailleurs des études ont montré qu'une consommation modérée régulière pouvait avoir un effet protecteur vasculaire chez l'adulte et le sujet âgé.

Médicaments et alcool: l'hypoprotidémie retrouvée chez les malades d'alcool. La consommation dénutrie, potentialise des médicaments à forte fixation protéique (AINS ATD)

Physiopathologie

En diminuant la glycémie, l'alcool augmente les effets de l'insuline et les traitements pour le diabète. Les hypoglycémies accentuées par l'alcool peuvent être fatales.

L'effet sédatif des psychotropes majore les troubles de la vigilance.

Le syndrome dépressif majeur est 3x plus fréquent chez le sujet malade d'alcool. Le taux de suicide sera multiplié par 16.

Mais dernier plaisir et/ou vulnérabilité?

- Il a été noté que les personnes âgées ont des problèmes sensiblement comparables à ceux des adolescents.
- Difficulté à assurer leur indépendance au moment où elles s'enfoncent dans la dépendance
- Crainte de la dévalorisation, de ne plus être aimé pensant qu'il n'est plus aimable

Dernier plaisir?

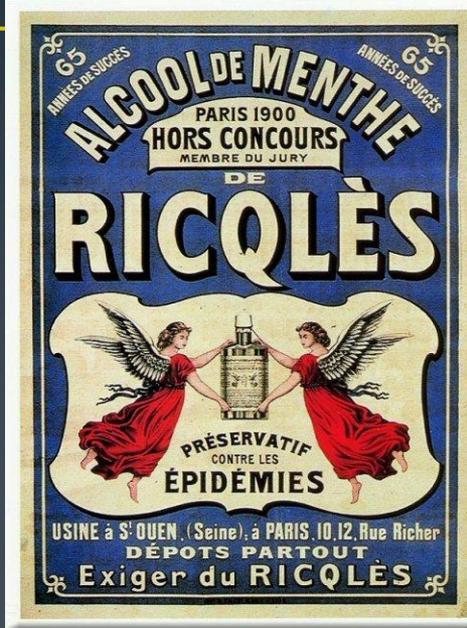
- La notion de plaisir est rarement abordée en gériatrie;
- Modification de modalités d'accès au plaisir avec l'âge:
- « à leur âge, il ne leur reste que cela; pourquoi vouloir leur retirer? »
- L'ultime modalité d'accès au plaisir serait psychique? Avec la médiation d'une substance?

Et vulnérabilité

- La vulnérabilité serait une prédisposition à être attaqué, blessé;
- La vulnérabilité fluctue au cours de la vie avec l'interaction complexe de différents facteurs individuels et environnementaux (L'estime de soi, la résilience, ses capacités d'adaptation, son milieu de vie, son soutien social, services de santé)

Les représentations

- Consommation:
Les anciens avaient des représentations sociales de l'alcool très différentes



La Bière est Nourrissante



Alcoolisation à début précoce et tardif

-

Le malade d'alcool chronique ou forme précoce : early onset

à expression variable selon les moments de sa vie. Malade de longue date devenu vieux représentant les 2/3 en général isolé seul insatisfait avec sa famille rigide réfractaire.

Avec Polyaddiction (tabac) sans avoir développé d'alcoolopathie

LATE ONSET

le malade à début tardif ayant débuté autour de 60 ans
réactionnel: forme tardive ou late onset.

Automédication inadéquate à des difficultés psychiques
(rupture, retraite, deuils successifs, entrée de vie en
établissement)

Le repérage: challenge ou/et évidence?

La personne âgée vit le désengagement, elle devient spectateur plutôt qu'acteur.

- La société cesse de solliciter sa contribution.
- Le consommateur tardif se distingue par une difficulté d'adaptation aux évènements de la vie (comme la retraite, décès du conjoints)
- Le consommateur « exacerbé » a commencé à consommer entre 20 et 40 ans et les problèmes vécus durant leur vieillesse exacerbe leur consommation.

Repérage

De manière générale l'alcoolisme du sujet âgé est largement sous estimé et parfois toléré pour raisons multiples

Négligence passive :

omission d'aide, par manque de connaissances ou préjugés

Négligence active:

omission volontaire, refus d'assistance, abandon.

L'offre de soins est moins codifiée et effective par rapport au sujet jeune.

Repérage (suite)

- La présentation du patient âgé malade d'alcool est souvent atypique: syndrome gériatrique (chute à répétitions, trouble de la marche et de l'équilibre, confusion, dénutrition, incontinence) avec déni de sa consommation.
- Altérations liées à l'alcool confondues avec affections organiques et psychiatriques préexistantes (HTA, cardiopathies, trouble de l'humeur et sommeil)
- Les marqueurs biologiques difficiles à interpréter chez un patient polymédiqués

Prendre soin, aider sans nuire

- La prise en charge nécessite une approche médicosociale .
 - A tout âge cela vaut la peine de réagir à un problème d'alcool
 - La personne âgée aura des difficultés pour demander de l'aide ou en recevoir. Elle peut se sentir en marge de la société et avoir peur du sevrage.

- D'où la nécessité à d'avantage
- De sensibilisation à cette problématique
- De stopper de véhiculer de fausses croyances :
 - Qu'en avançant dans l'âge il est normal qu'une personne se retire de la vie active
 - De la faible capacité de changement de cette catégorie de personnes
 - Du peu de chance qu'elles ont d'en sortir

- Le traitement a pour objectif d'améliorer la fonction psychique ,physique, sociale de la personne âgée.
- Le sevrage doit se faire de préférence en hospitalisation afin de contrôler ou de prévenir les complications graves mettant en jeu le pronostic vital.

- En parlant à des personnes âgées ayant un problème d'alcool évitez de mettre l'accent sur son « problème d'alcool »
- Préférer mettre l'accent sur la « personne »
- Pas de terme comme « alcoolique » ou « dépendant »
- Évitez de dire que leurs problèmes disparaîtront à l'arrêt de l'alcool

- Diagnostic de l'alcoolisme de sujet âgé reste
DIFFICILE
- Les intervenants à domicile sont en PREMIERE LIGNE
pour repérer ces problèmes dont l'isolement est
courant
- Le déni du problème alcool est fréquent
MAIS IL FAUT EN PARLER !!

- Diminuer sensiblement ou arrêter la consommation d'alcool dans la vieillesse?
 - TOLLE GENERAL !!
 - REVOLUTION dans les maisons de retraites
 - Pensées magiques « L' ALCOOL CONSERVE » « LE BON VIN EST TOUT SAUF DE L' ALCOOL! »

Prévalence

- Au USA, au sein des maisons de retraites , des antécédents d'abus d'alcool ou de dépendance sont retrouvés chez 29% de résidents.
- En France, une étude prospective sur 222 patients hospitalisés en gériatrie retrouve 61% de consommateurs d'alcool dont 48% sont des buveurs quotidiens.
- La prévalence de l'alcoolisme apparait plus élevée chez les patients âgés hospitalisés que chez les sujets dans la population générale (Menecier)
- L'abus d'alcool toucherait 2 à 10% des PA tant en France qu'au USA.

Vulnérabilité liée à l'alcool et vulnérabilité liée à l'âge: quels liens?

- Deux types d'alcoolisme
 - Alcoolisme dit « ANCIEN » (ou précoce) débutant avant 65 ans et se pérennisant au cours de l'avance en âge. (homme)
 - Alcoolisme dit « TARDIF » débutant après 60 ans souvent réactionnel à des facteurs situationnels (femmes)
 - D'après Dr Menecier (2006) 33 à 50% des malades d'alcool âgés seraient des tardifs.

Facteurs de vulnérabilité

- Troubles somatiques et incapacités physiques et fonctionnelles associés à l'alcoolisme.
- Troubles cognitifs plus importants au cours du vieillissement.
- Troubles psycho-comportementaux
- Troubles mentaux: 40% des sujet dépendants à l'alcool rapportent qu'un quart des PA présenteraient un trouble mental (dépression et anxiété)

Diagnostic

- Sous estimation fréquente: déni, banalisation...
- Présentation clinique trompeuse: symptômes gériatriques peu spécifiques (chutes , troubles de la marche, asthénie, perte de poids ,dénutrition,, incontinence, troubles du sommeil....HTA, neuro, digestif)
- Marqueurs biologiques peu spécifiques.
- Questionnaires de dépistage peu adaptés

L' alcoolisme dans la vieillesse: perspectives de recherche

Méthode de mesure de la consommation d'alcool validité (DETA/CAGE) non objective chez le sujet âgé.

Sous estimation , méconnaissance des moyens d'intervention et leur efficacité.

EDDA traduction du CARPS utilisé pour évalué dommage du à l'alcool

Proposition d'un questionnaire américain plus complet mais non encore validé reprenant:

- les problèmes de santé
- les médicaments
- consommation récente d'alcool au cours des 12 derniers mois

Addiction à l'alcool et crise identitaire du sujet âgé

- Peu de travaux dans la littérature (clinique et psychanalytique)
- En 2008 la SFA organise un colloque sur ce thème pour favoriser la prise en compte et réfléchir sur les recommandations
- Ce refus de prise en compte pose une question éthique
- Déni social, vide soignant et politique en résulte

Comportement

La plupart des sujets de plus de soixante ans réduisent leur consommation spontanément.

L'abstinence de toute consommation croît avec l'âge.

Mais néanmoins la consommation de psychotropes augmentent...

- Les consommations doivent être abaissées avec le vieillissement sans complication métabolique sans traitement, en l'absence de pathologie évolutive.
- Moins de 1 à 2 verres par jour et moins de 3 lors d'évènement (contre 3 et 4)
- Exemple du sujet de plus de 80 ans avec pathologie (recommandation et non interdiction) niveau en deçà d'1 verre par jour.

Les problèmes spécifiques liés à l'âge

- Diminution de la tolérance à l'alcool
- Les démences fronto-temporales favoriseront les compulsions avec prises d'alcool.
- Toujours avoir « la puce à l'oreille »
 - Devant des troubles du sommeil
 - Des chutes
 - Une dénutrition
 - Anxiété anormale
 - Troubles de la mémoire

LA TELEVISION

Une addiction pourtant visible

- Aujourd'hui 65% des dépenses des ménages sont liées à la TV (redevance, abonnement, dvd...)
- Ecoute télévisée du sujet âgée 4,5h/j en moyenne
- Certaines personnes totalisent 9ans d'écoute de TV à l'âge de 65ans
- Motifs(+ou -): recherche info, divertissements source de conversation

Téléaddictés

- **Téléaddictés réguliers** (assidus et systématique d'un volume excessif de temps TV)
- **Télémaniaques** (fixés sur certains programmes sélectionnés minutieusement)
- **Téléaddictés déséquilibrés** (moyen de calmer leur stress, anxiété, souffrances dep)

Conclusion

- Regarder la TV n'est pas un problème en soit
- Mais certains sujets âgés sont prisonniers du petit écran sans que cela semble poser un problème à son entourage qui banalise le phénomène.
- « comme ils sont vieux, ils ont bien le droit de rester tranquilles »

ACHATS COMPULSIFS

Achats compulsifs

- Peu ou pas d'études mais les PA ne sont pas épargnés
-
- Cible privilégiée de par un narcissisme fragilisé par diverses blessures
- .
- L'envie d'avoir toujours plus...pour être ou devenir...
- Achats en ligne, télé shopping sans sortir de chez soi.

Références bibliographiques

- Les aînés et l'alcool (Dr P. Menecier)
- L'âge et le principe de plaisir (G. Le Gouès)
- Les addictions du sujet âgé (sous la direction de L. Fernandez)
- Conduites addictives du SA (A.Salves 2011)(EMC)
- Boire et vieillir (Dr P. Menecier)