



# Les personnes âgées souffrant de dépendances au cabinet du médecin de famille

Bernadette Ruhwinkel<sup>a</sup>, Markus Wieser<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie; Stv. Chefärztin, Intégrée Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Alterspsychiatrie ALP, <sup>b</sup> Dr. med., FMH Allgemeinmedizin, Ärztehaus Sonnenberg, Winterthur-Seen

## Quintessence

- Chez les personnes de plus de 60 ans également, l'abus d'alcool et de médicaments ainsi que la dépendance ne sont pas rares. La détection de la dépendance du sujet âgé au cabinet du médecin de famille revêt dès lors une importance majeure.
- Le diagnostic de la dépendance du sujet âgé est difficile à établir. L'anamnèse minutieuse reste le principal élément.
- L'efficacité de mesures préventives, telles qu'un bref entretien de conseil ou la remise au patient d'informations écrites ciblées, a été prouvée pour les personnes âgées présentant des problèmes de dépendance. Ces mesures devraient dès lors être mises en œuvre dès les phases précoces d'une dépendance, si possible par le médecin de premier recours.
- Les personnes souffrant d'une dépendance de plus longue date profitent elles aussi de tels entretiens de motivation, dans la mesure où elles tentent au moins de limiter leur consommation.
- Le médecin de famille a pour mission d'informer le plus précisément possible ses patients sur les relations entre la dépendance et ses conséquences, ainsi que sur les options thérapeutiques.

## Introduction

Dans notre société, l'alcool est une denrée d'agrément source de plaisir et le plaisir devrait également être et rester une composante essentielle au cours du processus de vieillissement. Les données de prévalence du Monitoring suisse des addictions de 2012 montrent toutefois clairement que chez les personnes âgées également, les limites qui séparent la simple consommation de l'abus et de la dépendance sont floues.

La consommation journalière d'alcool augmente avec l'âge et atteint les proportions les plus élevées chez les personnes de plus de 74 ans, dépassant les 26%. Pour simplifier, disons que l'ivresse ponctuelle des adolescents qui boivent le week-end évolue avec l'âge vers une consommation journalière d'alcool, d'un à deux verres [1].

Parmi les personnes de plus de 65 ans, 13% font une utilisation élevée de médicaments, définie comme une utilisation quotidienne ou quasi quotidienne d'au moins un médicament psychotrope de type somnifère ou tranquillisant, antidouleur puissant ou psychostimulant [1]. Chez les personnes de plus de 64 ans, 13% prennent quotidiennement ou quasi quotidiennement un médicament psychotrope en dépit d'une consommation d'alcool à risque [1]. Est considérée comme une consommation d'alcool à risque l'ingestion quotidienne de 20 g d'alcool pur (2 verres de bière ou 2 dl de vin) chez les femmes ou de 40 g d'alcool pur chez les hommes [1]. Ces chiffres et bien d'autres encore prouvent qu'à côté des dangers connus de la dépendance à la nicotine, nous devons également prendre en compte l'abus d'alcool et de médicaments ainsi que la dépendance chez les personnes de plus de 60 ans. La dépendance passe néanmoins souvent inaperçue chez les personnes âgées car les symptômes ne sont pas spécifiques et sont attribués à d'autres maladies liées à l'âge, en particulier lorsque le thérapeute a des stéréotypes négatifs à l'encontre des personnes âgées (par ex. les personnes âgées vacillent sur leurs jambes, sont ralenties, ont des pertes de mémoire, risquent de chuter et vivent en retrait de la société) [2].

Comment est-il possible de détecter un risque de dépendance au cabinet du médecin de famille? Chez les personnes âgées, quelles situations à risque, susceptibles de favoriser le développement d'une dépendance, faut-il aborder? Comment le diagnostic d'abus ou de dépendance peut-il être posé rapidement et efficacement? Et dans cette catégorie d'âge, quelles mesures sont au juste encore pertinentes et nécessaires? Comment est-il possible de prévenir le développement d'une dépendance chez les personnes âgées? Un traitement de sevrage a-t-il encore des chances de succès chez les personnes âgées? Ou ne vaudrait-il pas mieux laisser son verre de vin rouge au vieil homme et son comprimé de somnifère à la vieille femme? Voilà autant de questions qui concernent un thème d'une grande importance sociale et auxquelles cet article tente de répondre.

Cet article fait partie d'une série de six articles spécialisés sur des thèmes ayant trait à la promotion de la santé des personnes âgées. Les articles ont été rédigés par les auteurs dans le cadre d'un partenariat entre le projet Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées (<http://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees.html>) et la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie. La FMH et le Collège de Médecine de Premier Recours soutiennent cette initiative. Les auteurs sont indépendants de l'autorité responsable de la revue et ils n'ont perçu aucune compensation financière pour leurs travaux. Les articles ont fait l'objet d'une révision au sein de la rédaction et en externe dans le cadre du processus décisionnel habituel du FMS.

## Détecter un problème de dépendance

Lorsqu'une femme de 80 ans se présente au cabinet du médecin de famille avec une hypertension difficile à contrôler, avec une pression artérielle pouvant dépasser les 200 mm Hg lors de crises hypertensives, le médecin initie les examens usuels. Le fait que, depuis le décès de son mari il y a 5 ans, elle prenne à intervalles irréguliers du diazépam (Valium®) à 2,5 mg devient uniquement pertinent lorsque l'on considère qu'à cet âge, la demi-vie du diazépam (y compris de son métabolite actif) peut augmenter à 200–400 heures et que les pics hypertensifs peuvent être le reflet d'un syndrome de sevrage. Contrairement aux antihypertenseurs, le lorazépam (Temesta®) (plus courte durée d'action, pas de métabolite actif) a permis d'atténuer nettement les crises hypertensives chez cette femme, ce qui indique la présence d'un problème de dépendance. D'autres benzodiazépines ayant une plus longue durée d'action, comme le bromazépam (Lexotanil®), ne doivent plus être utilisées chez les personnes de plus de 60 ans en raison de leur tendance à l'accumulation.

Un homme de 74 ans avec des déficits cognitifs légers, qui est soigné (diabète, artériopathie périphérique oblitérante, amputation des deux jambes) à domicile par sa femme, boit régulièrement de la bière, suite à quoi il présente des limitations cognitives massives et ne peut plus guère être soigné par sa femme. En raison du surmenage de sa femme, le patient est hospitalisé à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'hôpital le fasse admettre dans un home en raison d'une suspicion de démence. Dans le cas de ce patient, le problème de dépendance a considérablement aggravé les déficits cognitifs.

### Diagnostic de la dépendance

Le diagnostic de la dépendance du sujet âgé est difficile à poser. Est considérée comme non risquée une consommation d'alcool de 24 g par jour chez l'homme (0,6 L de bière ou 0,3 L de vin) et la moitié chez la femme, avec 2 jours sans alcool par semaine et sans ivresse ponctuelle [2]. Ainsi, même le «petit verre» quotidien de 2 dl de vin rouge, qui est dégusté depuis des années, peut parfois générer une dépendance. Cette dépendance dite «à faible dose» constitue un problème majeur chez le sujet âgé (touchant 1/3 des personnes âgées dépendantes), mais elle n'est pas suffisamment détectée au moyen des instruments de dépistage courants tels que le test AUDIT C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*) car ces instruments ne tiennent pas compte de la multimorbidité et de la polypharmacie et ne font pas de distinction entre les différentes tranches d'âge au-delà de 60 ans [3]. Ainsi, le principal instrument reste l'anamnèse minutieuse, avec questionnement au sujet des habitudes de consommation d'alcool lors des repas ou des rituels d'endormissement, car les patients ont volontiers tendance à minimiser le problème lorsque des questions directes leur sont posées au sujet de leur consommation d'alcool. Demander au patient combien de jours au cours du mois dernier il a été complètement abstinent peut permettre de mettre en lumière un problème de dépendance. Il est alors essentiel de tenir compte de tous les paramètres perti-

nents (âge, médicaments, état physique, valeurs hépatiques et rénales, cognition) en termes de consommation de substances. Une consommation régulière d'alcool peut plus rapidement être responsable d'hépatotoxicité en cas de traitement antalgique par paracétamol à dose élevée (par ex. en cas d'arthrose de la hanche).

Concernant les benzodiazépines, il s'avère qu'environ un tiers de tous les patients prennent ces médicaments au-delà de la durée recommandée de traitement de 8 semaines au maximum. Au cours de la Phase 1 (selon Holzbach [4]), il se produit un inversement de l'effet se traduisant par des symptômes de sevrage relatifs, car la dose a en fait dû être augmentée. Au cours de la Phase 2, appelée «phase d'apathie», apparaissent des effets indésirables à long terme, tels qu'un émoussement affectif, des troubles de la mémoire et une diminution des performances intellectuelles, ainsi que des troubles de la perception corporelle et une diminution de l'énergie physique. La Phase 3 (augmentation progressive de la dose), qui correspond à la phase de dépendance, peut alors être déclenchée à tout moment par des événements de la vie [4]. L'outil Lippstädter *Benzo-check* (en langue allemande) peut fournir une orientation au médecin et au patient ([www.lwl-klinik-lippstadt.de](http://www.lwl-klinik-lippstadt.de), sous forme de questionnaire d'auto-évaluation ou d'entretien structuré).

Déjà lors du diagnostic mais également lors des discussions ultérieures, il est utile d'éviter au maximum d'utiliser des termes relevant du jargon de la dépendance. Les patients et leurs proches éprouvent beaucoup de honte et de sentiments de culpabilité, ce qui donne trop souvent lieu à une attitude de défense et de reproche. Le thérapeute devrait plutôt chercher à comprendre pourquoi le patient prend ces médicaments et pourquoi ces substances lui paraissent utiles. Le patient consomme-t-il de l'alcool en raison du veuvage, d'une douleur chronique ou d'une forte solitude? Préfère-t-il prendre d'emblée un somnifère par crainte de passer une soirée interminable et ainsi allonger artificiellement sa nuit? Si le patient et le médecin s'unissent contre ces troubles (angoisse, troubles du sommeil, agitation, douleur, solitude), le dialogue peut être orienté vers des stratégies alternatives possibles et les effets indésirables de la substance peuvent être soulignés.

### Dépendance: pourquoi la traiter?

Il se pose la question de savoir si un traitement de la dépendance à l'alcool et/ou aux médicaments est encore indiqué à cet âge. Les résultats thérapeutiques chez les personnes âgées souffrant de dépendances ne sont pas inférieurs à ceux chez les personnes dépendantes plus jeunes. Les risques inhérents aux effets indésirables du sevrage, tels qu'un délire ou des crises épileptiques, sont faibles lorsque la substance est diminuée lentement. Chez les personnes âgées dépendantes à l'alcool, le taux d'abstinence un an après la fin du traitement est plus élevé que chez les personnes dépendantes jeunes [5]. Mais pourquoi une personne de plus de 70 ou 80 ans devrait-elle encore s'infliger l'épreuve du sevrage?

La problématique peut être explicitée en listant les conséquences potentielles de la dépendance chez le sujet âgé: chutes/accidents, délires, dépressions, tendance suicidaire, troubles paranoïdes, retrait social et donc solitude encore plus grande, déchéance, conflits et vulnérabilité sociale.

Les statistiques montrent que la dépendance est responsable d'une institutionnalisation plus précoce en établissement médico-social. Des troubles cognitifs surviennent car la capacité d'apprentissage diminue, ce qui abaisse même le seuil de démence [6]. Si les personnes âgées se voient expliquer ces effets indésirables et conséquences ainsi que le bon pronostic associé à un traitement de la dépendance chez le sujet âgé, leur motivation à diminuer leur consommation de substance addictive, si ce n'est à y mettre fin, augmente considérablement. L'efficacité de ces interventions minimales (un seul bref entretien de conseil ou informations écrites ciblées) a été démontrée pour la consommation à risque/l'abus d'alcool, de benzodiazépines et de tabac chez les personnes âgées. Ces mesures devraient dès lors être mises en œuvre dès les phases précoces d'une dépendance, si possible par le médecin de premier recours [2]. Les personnes souffrant d'une dépendance de plus longue date profitent elles aussi de tels entretiens de motivation, dans la mesure où elles tentent au moins de limiter leur consommation. Les proches devraient également être impliqués dans ce processus afin que leur ignorance n'ait pas un effet démotivant. Le respect de la décision de la personne âgée reste néanmoins essentiel lorsque des explications lui sont fournies. Le médecin de famille a pour mission d'informer le plus précisément possible ses patients sur les relations entre la dépendance et ses conséquences, ainsi que sur les options thérapeutiques. Lorsqu'en tant que thérapeute, je suis convaincu que mon patient est bien informé et lorsque ce dernier est capable de restituer toutes les informations communiquées avec ses propres mots, alors j'ai donné au patient les moyens de pouvoir prendre sa propre décision.

### Étapes thérapeutiques

Le traitement de sevrage n'a de sens que si les patients sont réellement motivés. Elucider ce point et connaître les options thérapeutiques spécifiques disponibles dans le secteur géographique des patients sont des tâches essentielles incombant au médecin de premier recours. Les offres thérapeutiques devraient inclure des compétences en psychiatrie du sujet âgé et être adaptées au groupe d'âge du patient. Le principe des soins ambulatoires avant les soins stationnaires ne s'applique pas nécessairement au traitement de la dépendance des personnes âgées. En fonction de l'intégration sociale du patient, de ses maladies concomitantes et de la sévérité de la dépendance, une offre de prise en charge stationnaire peut présenter des avantages considérables. Appliquer une vaste approche diagnostique et thérapeutique bio-psycho-sociale et veiller tout particulièrement à mettre en valeur les ressources du patient augmente la motivation de ce dernier à supporter le traitement et

renforce les compétences lui permettant par la suite de gérer les difficultés du quotidien sans consommer de substance addictive. Faire de nouvelles expériences au sein d'un groupe de «compagnons d'infortune» peut constituer un premier pas pour sortir de la solitude.

### Administrer des médicaments adaptés à l'âge des patients

Mais que faire lorsque la femme victime de crises hypertensives décide, malgré ses 80 ans, de venir à bout de sa dépendance au diazépam ou du moins d'en réduire sa consommation? La première étape consiste à la faire passer à un médicament adapté à son âge, présentant une demi-vie plus courte (lorazépam, oxazépam) et administré à une dose suffisante. Celle-ci peut être déterminée par des mesures régulières de la pression artérielle (chaque heure quand le patient est éveillé, sur 1 à 2 jours). Si la pression artérielle augmente de 20 mm Hg ou si le pouls augmente de 20 pulsations, il faut administrer 1/2 à 1 comprimé de lorazépam. En fonction de l'accumulation du diazépam dans l'organisme, cette dose peut considérablement différer des indications posologiques figurant dans les tableaux de conversion. Lorsque la dose équivalente de lorazépam a été déterminée grâce aux mesures de la pression artérielle, cette dose est administrée durant quelques jours afin que le patient soit certain que le nouveau médicament est tout aussi efficace que son prédécesseur et afin que les quantités accumulées du médicament initial puissent être éliminées. Ensuite, des objectifs atteignables sont fixés avec le patient. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là que la dose est progressivement diminuée à un rythme de 1/2 mg par semaine, ou plus lentement en cas de symptômes de sevrage prononcés. L'abstinence totale n'est pas la seule victoire possible. Réduire la dose peut également constituer un objectif qui, s'il est atteint, confère souvent aux patients la motivation nécessaire pour diminuer encore davantage leur consommation de substance addictive. Cette cadence permet la plupart du temps de réduire la consommation jusqu'au dernier milligramme. Il est impératif que les patients soient impliqués dans la détermination du rythme de diminution de la dose. Arrivé au dernier milligramme, la dose peut être réduite par paliers de 1/4 mg, au maximum chaque semaine. Disposer d'un emploi du temps structuré et valorisant les ressources facilite la réduction de la dose. Des stratégies de gestion de l'anxiété, des troubles du sommeil ou d'autres troubles psychiques ayant contribué à la consommation problématique doivent être apprises en parallèle. Avec cette approche, il est également possible de sevrer en ambulatoire ou en stationnaire des personnes souffrant d'une dépendance longue de 30 années, si ces personnes sont motivées. L'amélioration des performances mentales et physiques au fur et à mesure du sevrage constitue déjà une motivation à franchir des étapes supplémentaires.

En ce qui concerne le patient souffrant de déficits cognitifs légers cité ci-dessus, il a été possible de le motiver à suivre un traitement de sevrage alcoolique en milieu stationnaire après avoir fourni des informations appropriées à lui et à sa femme. Ses déficits cognitifs ont

régressé de façon drastique. Il a pu regagner son domicile après avoir accepté la mise en œuvre de mesures de soutien, qu'il avait auparavant longtemps refusées. A notre connaissance, il est ensuite resté abstiné.

## Mesures préventives

Il apparaît essentiel que le nom du patient et la dose soient apposés sur tous les médicaments, en particulier ceux ayant un potentiel addictif, et que ces médicaments soient délivrés dans des quantités adaptées aux besoins du patient afin d'éviter une consommation abusive par le patient ou ses proches. Le médecin doit s'assurer que les médicaments soient bien jetés en cas d'arrêt du traitement ou de décès.

Principales sources d'information sur Internet recensant les offres ambulatoires et stationnaires à l'attention des personnes âgées souffrant de dépendances:

- Dossier Vieillesse et addictions: [www.infoset.ch/f/actualite/vieillesse/index.cfm](http://www.infoset.ch/f/actualite/vieillesse/index.cfm)
- Informations à l'attention des médecins de famille au sujet des substances addictives les plus courantes; informations non spécifiques aux personnes âgées (en d/f/i): [www.praxis-suchtmedizin.ch](http://www.praxis-suchtmedizin.ch)
- Plateformes nationales d'information pour les personnes âgées ayant des problèmes de dépendance, leurs proches et les professionnels qui conseillent et traitent ces personnes: [www.alterunsucht.ch/fr](http://www.alterunsucht.ch/fr), [www.alkohol-im-alter.ch](http://www.alkohol-im-alter.ch)
- Site Internet géré par la Centrale zurichoise de prévention de l'alcoolisme et de l'abus de médicaments (ZüFAM) et énumérant les offres en matière d'addiction chez le sujet âgé dans le canton de Zurich (en allemand): [www.suchtimalter.ch](http://www.suchtimalter.ch)

## Sensibiliser les assistantes médicales

Il serait judicieux de sensibiliser les assistantes médicales aux indices évocateurs d'une dépendance. Ainsi, le médecin devrait être informé en cas de rendez-vous non honorés fréquents, lorsque les patients arrivent régulièrement en retard, lorsque l'assistante médicale est frappée par une odeur d'alcool ou un manque d'hygiène lors de la réalisation d'une prise de sang ou lorsque les patients adressent encore une multitude de demandes à l'assistante médicale à l'issue de la consultation avec le médecin.

## Connaître des alternatives

Dans des situations de crise (tristesse aiguë, troubles du sommeil sévères, angoisse), le médecin de famille devrait connaître suffisamment d'alternatives au traitement par benzodiazépine. Certaines crises peuvent être soulagées avec un antidépresseur sédatif (miansérine/trazodone) ou un traitement neuroleptique léger par quétiapine 25 mg ou pipampérone 20 mg. Cette solution est particulièrement adaptée lorsque le patient ne connaît pas encore l'action des benzodiazépines.

Si le médecin de famille parvient à aborder le thème délicat d'une dépendance existante avec le patient, cela peut permettre un diagnostic plus ciblé, ainsi qu'un ajustement médicamenteux plus efficace. Evoquer la consommation problématique ou la dépendance permet d'utiliser les médicaments avec une plus grande prudence et d'éviter les chutes et d'autres effets indésirables.

## Limites au cabinet du médecin de famille

Lorsqu'un patient nie farouchement sa dépendance alors même que ce problème est évident, il devrait si possible être adressé à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, et un service ambulatoire ou un collègue installé en cabinet devrait être impliqué. Lorsque des déficits cognitifs s'y ajoutent, une mise au point approfondie et un traitement dans une clinique de la mémoire ou chez un spécialiste semblent indiqués.

## Perspectives

A l'heure actuelle, le nombre de cas de dépendance à des drogues illégales et au cannabis chez les personnes âgées est encore faible. Toutefois, à Winterthur, nous assistons à une augmentation du nombre de cas où de la méthadone ainsi que de l'héroïne doivent être administrées en établissement médico-social. Lorsque les soixante-huitards, qui ont déjà pu expérimenter la consommation de drogues illégales (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.) durant leur jeunesse, atteindront l'âge de la retraite, nous pourrions également mettre à profit notre savoir-faire en matière de traitement des addictions dans la gériatrie ou la psychiatrie de la personne âgée. Ce phénomène augmentera certainement d'un cran la complexité du traitement des personnes âgées au cabinet du médecin de famille.

## Correspondance:

Dr Bernadette Ruhwinkel  
Stv. Chefärztin  
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland  
Alterspsychiatrie ALP  
Wieshofstrasse 102  
Postfach 144  
CH-8408 Winterthur  
[Bernadette.Ruhwinkel\[at\]jipw.zh.ch](mailto:Bernadette.Ruhwinkel[at]jipw.zh.ch)

## Références

- 1 Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C, Flury R (2013). Monitoring suisse des addictions – Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2012. Addiction Suisse, Lausanne, Suisse. file:///C:/Users/Kessler/Downloads/131021\_Substanzbericht+-2012\_d.pdf.
- 2 Wolter DK. Sucht im Alter. In Psychotherapie im Alter. 2012(34);2/9.
- 3 Ruhwinkel B. Alkoholabhängigkeit im Alter – Herausforderung für Diagnostik und Beratung. Suchtmagazin. 2/2013.
- 4 Holzbach R. Die Problematik des Benzodiazepin-Langzeitgebrauchs bei älteren Menschen. Psychotherapie im Alter. 2012(34);2/9.
- 5 Geyer D. Entwöhnungsbehandlung bei älteren Alkoholabhängigen. Psychotherapie im Alter. 2012(34);2/9.
- 6 Wolter DK. Psychotherapie im Alter. 2012(34);2/9.