

Recommandations pour la prévention, le diagnostic et la thérapie des addictions à l'âge avancé

Pr JULIUS POPP^{a,b,c}, Dr ANDREAS FUCHS^{d,e}, Pr ULRICH HEMMETER^{c,d}, Dr PD BERND IBACH^e, ESTHER INDERMAUR^{f,i}, Pr STEFAN KLÖPPEL^{c,m}, SABRINA LAIMBACHER^{f,i}, DR MARIA LATANIOTI^b, Pr THOMAS LEYHE^{c,h,f}, Dr CLAUDIA LÖTSCHER^{g,h}, Pr EGEMEN SAVASKAN^{a,c}, Dr TILO STAUCH^m, Pr GERHARD WIESBECK^{i,k}, Dr ALEXANDER WOPFNER^l, Pr DANIELE ZULLINO^{h,n} et Pr ARMIN VON GUNTEN^{b,c}

Rev Med Suisse 2022; 18: 1817-24 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.797.1817

À l'âge avancé, la consommation chronique de substances comme l'alcool et les sédatifs, et plus récemment les opioïdes, représente un important problème pour les personnes concernées et de santé publique. Malgré cela, relativement peu d'attention a été accordée aux troubles associés à la consommation de ces substances. Les présentes recommandations ont été formulées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA) en collaboration avec l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) et la Société suisse de médecine de l'addiction (SSMA). Elles mettent à la disposition des intervenants auprès des patients un résumé des connaissances au sujet des troubles addictifs à l'âge avancé, avec comme objectif de renforcer la prévention et le dépistage précoce, et des interventions adaptées.

Recommendations for the prevention, diagnosis, and therapy of addiction in the elderly

In old age, the chronic use of substances such as alcohol and sedatives, and more recently opioids, is a major public health and personal problem. Despite this, relatively little attention has been paid to the disorders associated with the use of these substances. These recommendations have been formulated by the Swiss Society for Elderly Psychiatry and Psychotherapy (SPPA) in collaboration with the Swiss Nurses' Association (SNA) and the Swiss Society for Addiction Medicine (SSAM). They provide a summary of the knowledge about addiction disorders in old age for the benefit of those working with patients, with the aim of strengthening prevention, early detection and appropriate interventions.

INTRODUCTION

Les troubles addictifs chez les personnes âgées représentent un domaine encore peu développé de la médecine gériatrique. Dans le contexte du vieillissement démographique et des progrès en médecine, leur prévalence augmente. On peut distinguer deux types d'addiction: chez les personnes qui vieillissent avec un problème d'addiction de longue date (apparition précoce) et chez celles qui développent une dépendance à un âge avancé (apparition tardive). Les addictions à l'âge avancé sont associées à de multiples risques et défis, en particulier dans le contexte de comorbidités fréquentes, nécessitant une coopération multiprofessionnelle. Alors que les substances illicites ne jouent pas encore un rôle important, la consommation chronique d'alcool et de sédatifs, et de plus en plus souvent d'opioïdes, est un problème de santé majeur avec de graves conséquences chez ces patients vulnérables. Puisque, pour la plupart des options d'intervention dans ce groupe d'âge, les études contrôlées font défaut, c'est l'expérience clinique des experts qui est ici prise en compte en plus de la littérature disponible. Les objectifs de ces recommandations sont de renforcer la prévention, le diagnostic et le traitement précoce des addictions, et de présenter les options thérapeutiques appropriées pour les personnes âgées. Les recommandations présentées ici correspondent à celles publiées en allemand sous forme d'un article¹ et d'un manuel détaillé.²

BASES NEUROBIOLOGIQUES DES TROUBLES LIÉS À L'ADDICTION

Le comportement de dépendance est porté, au niveau des structures cérébrales, par le système mésolimbique de renforcement et de récompense associé à l'apprentissage et à la formation de la mémoire.³ Le comportement est initialement contrôlable volontairement, puis devient progressivement automatisé et finalement compulsif. Même si les substances individuelles ont des mécanismes d'action différents, le système dopaminergique mésolimbique joue toujours un rôle crucial.⁴ À partir du tegmentum ventral, les neurones dopaminergiques se projettent dans le striatum ventral (nucleus accumbens) et dans le cortex préfrontal où la distribution de dopamine semble être à la base des troubles d'addiction. D'autres neurotransmetteurs, comme le GABA (acide gamma-aminobutyrique), et d'autres zones du cerveau, comme l'hippocampe et

^aKlinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik, 8032 Zürich, ^bService universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cSchweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP), 4132 Weggis, ^dPsychiatrie St. Gallen Nord, 9500 Wil, ^eZentrum für Alterspsychiatrie und Privé, Clenia Littenheid AG, 9573 Littenheid, ^fAssociation suisse pour les sciences infirmières (VFP/APS), Soins psychiatriques, Laupenstrasse 7, 3001 Bern, ^gAssociation suisse pour les sciences infirmières (VFP/APS), Soins en gérontologie, Laupenstrasse 7, 3001 Bern, ^hZentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel und Alterspsychiatrie, Universitäre Altersmedizin, Felix Platter, 4002 Basel, ⁱSBK/ASI Suisse, L'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI, Choisystrasse 1, 3001 Bern, ^jSchweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), Altenbergstrasse 29, 3000 Bern, ^kUniversitäre Psychiatrische Kliniken Basel, 4002 Basel, ^lKlinik Südhang, 3038 Kirchlintach, ^mUniversitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bolligenstrasse 111, 3000 Bern, ⁿService d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Grand-Pré 70C, 1203 Genève, ^oDécédé en 2021 julius.popp@chuv.ch | andreas.fuchs@clenia.ch | ulrich.hemmeter@psgn.ch bernd.ibach@clenia.ch | esther.indermair@thurvita.ch | stefan.kloepfel@upd.ch sabrina.laimbacher@bfh.ch | latanioti.maria@chuv.ch | claudia.loetscher@upkbs.ch savaskan.egemen@pukzh.ch | tilo.stauch@upd.ch | gerhard.wiesbeck@upk.ch alexander.wopfner@suedhang.ch | daniele.zullino@hcuge.ch | armin.von-gunten@chuv.ch

l'amygdale, contribuent également au développement de la dépendance. Le développement de la tolérance à des substances individuelles est principalement dû à des changements dans les systèmes GABA- et glutamatergiques. Finalement, le stress physiologique provoqué par ces substances individuelles est lié aux projections GABA- et sérotoninergiques, et les perturbations de ces neurotransmetteurs sont à l'origine du développement de symptômes affectifs.

DÉPENDANCE, COMORBIDITÉS ET CONSÉQUENCES SOMATIQUES

Les addictions peuvent avoir des conséquences directes, telles que l'intoxication aiguë, et indirectes, comme les accidents sous l'influence de substances et des pathologies de différents organes dues à leurs effets toxiques. Les comorbidités somatiques les plus fréquentes liées à la consommation d'alcool sont les troubles cardiaques, l'hypertension artérielle, l'hépatocarcinome, l'ulcère gastroduodénal, les pancréatites, les gastrites, la cirrhose hépatique, les varices œsophagiennes, les hypovitaminoses, les anémies et l'immuno-dépression; sur le plan neurologique, les accidents vasculaires cérébraux, les encéphalopathies, l'épilepsie, les neuropathies périphériques; sur le plan endocrinologique, l'hypo/hyperthyroïdie et le diabète de type 2.⁵ La consommation d'alcool, de cannabis, de benzodiazépines ou d'opiacés augmente le risque d'accident et de chutes. Le tabagisme accroît substantiellement le risque de mortalité, en particulier à travers les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, d'autres maladies respiratoires et formes de cancer. Il majore également les risques d'ostéoporose et de démence.⁶ La dépression majeure, les troubles anxieux, du sommeil, cognitifs, y compris la démence, et les états confusionnels aigus (ECA) sont les comorbidités psychiatriques les plus courantes observées chez les personnes souffrant d'un trouble addictif.⁷

Troubles cognitifs dus aux addictions

La consommation chronique de substances psychoactives affecte les performances cognitives en fonction de la nature de la substance, de la dose et de la durée. Le spectre des troubles cognitifs liés à l'alcool est large et comprend des syndromes tels que celui de Wernicke-Korsakoff, l'encéphalopathie hépatique et le syndrome de Marchiafava-Bignami. Outre l'effet psychoactif de la substance, les carences nutritionnelles, et en particulier la carence en thiamine, jouent un rôle important dans le développement des troubles cognitifs liés à la dépendance à l'alcool.⁸ Les benzodiazépines provoquent des troubles cognitifs aigus, avec un risque d'installation d'un déclin cognitif si elles sont utilisées sur le long terme. Cela ne s'améliore pas à l'arrêt de la substance.⁸ Une forte consommation de cannabis affecte l'attention et l'apprentissage verbal. Les déficits semblent être réversibles avec l'abstinence. Ceux causés par la consommation d'amphétamine et de méthamphétamine peuvent être permanents et concernent l'apprentissage, la mémoire et les fonctions exécutives. La cocaïne peut provoquer des troubles de l'attention, de l'apprentissage, de la mémoire, du temps de réaction et de la flexibilité cognitive. L'héroïne a un effet négatif sur le contrôle des impulsions et les fonctions exécutives.

ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DES TROUBLES ADDICTIFS

Les conséquences des troubles addictifs peuvent être plus graves s'ils évoluent depuis un plus jeune âge, par opposition à un trouble qui commence plus tard dans la vie.⁹ En cas de manifestation initiale à l'âge avancé, les personnes affectées sont souvent socialement intégrées et adhèrent mieux au traitement. Cependant, à l'âge avancé, les pertes sur les plans social et psychologique ainsi que de nouvelles limitations dues à des maladies et à la perte d'autonomie au quotidien peuvent favoriser une augmentation de la consommation de certaines substances. La crainte d'une stigmatisation peut conduire à un déni du problème et à un sentiment de honte.¹⁰ Il en résulte une négligence de soi, la non-utilisation ou le refus des offres d'aide, et un isolement social en raison du comportement d'évitement. Les motifs de la consommation de substances et, en même temps, les conséquences directes d'un trouble addictif peuvent être des séparations, des soucis ou la précarité financière, des complications pénales ainsi que la perte de logement.

PRÉVENTION

Les mesures de prévention peuvent cibler différents niveaux. Alors que les mesures globales peuvent se concentrer sur des populations entières ou spécifiques telles que les personnes âgées, la prévention sélective répond aux besoins des personnes présentant un risque accru. Elle peut également être indiquée lorsqu'il s'agit de cibler celles ayant déjà un usage nocif. Les mesures essentielles concernant les addictions sont la détection et l'intervention précoces assorties de conseils et de mesures thérapeutiques. Elles pourront être utilisées dans divers environnements tels que les cabinets médicaux, les EMS, les espaces communautaires, etc. Des instruments de dépistage et des mesures de prévention spécifiques aux substances sont mentionnés plus loin dans les sections respectives. Dans ce contexte, il convient de citer tout particulièrement la «Stratégie nationale Addictions», élaborée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),¹¹ qui propose des mesures au sujet de la prévention, du dépistage précoce, de la prise en charge, etc.

ALCOOL

Avec les sédatifs, l'alcool est l'une des substances addictives les plus consommées en Suisse.¹² La quantité nette d'alcool consommée diminue avec l'âge. Néanmoins, le nombre des personnes en consommant quotidiennement ainsi que les comorbidités liées à son utilisation augmentent. Cela est en lien avec les changements socio-économiques, physiologiques et la multimorbidité qui entraînent un besoin de recourir aux substances psychoactives et une diminution de la tolérance chez les personnes âgées.¹³ Des niveaux de consommation élevés, des événements de vie critiques, le fait de vivre seul, des troubles psychiques comorbides (anxiété, dépression, trouble de la personnalité) et d'autres troubles addictifs sont des facteurs de risque.¹⁴

Clinique

Les signes cliniques comme un foëtor alcoolique, des tremblements, des modifications cutanées, une transpiration excessive, une démarche instable, les troubles du sommeil, le retrait social, les consultations fréquentes des services d'urgences, les chutes, la négligence de l'hygiène personnelle et les changements affectifs peuvent indiquer un trouble lié à l'alcool.^{13,15} Lorsque la consommation est soudainement interrompue, une excitation du système nerveux central peut se produire car l'effet inhibiteur de l'alcool via les récepteurs GABA cesse.¹³ Les symptômes de sevrage typiques sont la tachycardie, l'hypertension et l'hypotension orthostatique, la transpiration, la mydriase, les tremblements, les démanagements, les troubles de la coordination, de la vision, du sommeil, l'irritabilité et l'anxiété. Le sevrage peut s'accompagner d'un ECA (delirium tremens) et de crises d'épilepsie.

Diagnostic

L'anamnèse et l'hétéro-anamnèse détaillées, des examens cliniques avec un statut neurologique et psychiatrique, des performances cognitives et de laboratoire constituent la base du diagnostic. Des instruments de dépistage pourraient améliorer de manière significative la détection précoce et la prévention chez les personnes âgées. Les instruments recommandés sont le CAGE (Cut Down Drinking, Annoying, Guilty, Eye-opener), l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption) et le SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version).¹⁴ Ce dernier étant le seul validé pour la personne âgée. Les altérations de laboratoire telles que la gamma-glutamyltransférase, les transaminases hépatiques, le volume érythrocytaire moyen, la transferrine déficiente en glucides et l'éthylglucuronide peuvent fournir des indices sur le comportement de consommation et les dommages consécutifs.¹³

Prévention et thérapie

Après avoir identifié les patients à risque, une intervention brève peut être proposée, de 15 à 60 minutes, qui combine des éléments psychoéducatifs et motivationnels dans une conversation structurée.¹⁶ Ensuite, la personne concernée peut être orientée vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie, des conseils, et éventuellement un traitement. L'objectif d'une abstinence totale est souvent irréaliste. La réduction de la consommation a de meilleures chances de succès. En règle générale, les personnes dépendantes à l'alcool présentant une possible malnutrition doivent être traitées par thiamine parentérale. Les traitements de sevrage sont généralement effectués avec des benzodiazépines (lorazépam ou oxazépam qui ont une courte demi-vie). Le clométhiazole est également souvent utilisé avec, empiriquement, une bonne efficacité, mais les risques, en particulier de dépendance et de problèmes respiratoires, doivent être pris en compte. En présence de symptômes psychotiques, des anti-psychotiques peuvent également être utilisés. La carbamazépine et le valproate, utilisés pour la prévention des crises épileptiques, sont plutôt déconseillés chez les personnes âgées en raison de leurs effets secondaires. Après le sevrage, la suite de la thérapie doit inclure une psychothérapie, le plus souvent de soutien. Dans le traitement postaigu, la naltrexone

et le nalméfène peuvent être utilisés comme prophylaxie des rechutes. Le disulfirame n'est pas recommandé chez les personnes âgées.

SÉDATIFS

Par sédatifs, on entend une série de substances avec effets anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques. Ici, les sédatifs désignent les benzodiazépines et leurs analogues couramment utilisés, à savoir la zopiclone et le zolpidem. Ces derniers agissent sur les récepteurs postsynaptiques GABA et renforcent l'effet inhibiteur de ce neurotransmetteur.¹⁷ Les personnes âgées sont majoritairement concernées par la dépendance dite «à dose thérapeutique» versus à haute dose ou l'usage à forte dose.¹⁸ Une étude basée sur des données des assurances-maladie en Suisse a montré que les prescriptions de benzodiazépines et analogues augmentent avec l'âge des patients. Durant l'année évaluée, au moins une prescription de sédatifs a été faite chez la majorité (53,5%) des personnes de 65 ans et plus. Les prescriptions sont associées à un risque élevé d'être admis en soins aigus, en psychiatrie et en EMS.¹⁸ Les facteurs prédictifs du développement d'une dépendance sont une dose élevée (> 15 mg d'équivalent de diazépam), une durée de prise de plus de 3 mois, une personnalité dépendante, des antécédents de dépendance et le développement d'une tolérance.

Clinique

L'intoxication par ces médicaments se manifeste par des troubles cognitifs, une faiblesse musculaire, des troubles de la coordination et de la marche, une somnolence, ainsi qu'une dépression respiratoire. Après l'arrêt des sédatifs, des symptômes de rechute tels que l'anxiété, l'agitation et les troubles du sommeil peuvent être plus marqués que ceux initialement traités (rebond) et être accompagnés de symptômes végétatifs tels que palpitations et transpiration. Peuvent survenir également des ECA, des myoclonies et des crises d'épilepsie.

Diagnostic

Une anamnèse détaillée et un examen clinique tenant compte des éventuels symptômes d'une intoxication ou d'un sevrage constituent la base du diagnostic. L'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB) peut être utilisée pour évaluer l'attachement du patient à la substance et sa résistance à l'arrêt du traitement.¹⁹ Lors d'une hospitalisation, une éventuelle consommation chronique doit être prise en compte afin d'éviter un syndrome de sevrage. Les substances et leurs métabolites peuvent être détectés dans l'urine.

Prévention et thérapie

Les benzodiazépines et leurs analogues ne doivent pas être utilisés en cas d'antécédents d'abus ou de dépendance, de lésions cérébrales connues, de troubles cognitifs légers et de démence, ou de risque élevé d'ECA. Si ces substances sont prescrites, cela doit se faire dans le cadre d'une indication appropriée et d'un plan de traitement. Les patients doivent

être informés du risque de dépendance et des autres effets secondaires possibles, ainsi que des autres options thérapeutiques. Les substances à demi-vie courte (lorazépam, oxazépam, et pour l'insomnie, zolpidem ou zopiclone) sont à privilégier. La prise régulière ne doit pas dépasser 3 à 4 semaines. En cas de consommation à plus long terme, il convient de passer régulièrement en revue les attentes et les symptômes du patient, de discuter des autres options thérapeutiques et d'encourager la réduction ou l'arrêt de ces médicaments. L'objectif d'une abstinence totale est souvent irréaliste. Une réduction de la dose et un passage à une substance plus appropriée représentent des succès thérapeutiques dans ce groupe d'âge. Le traitement de sevrage est effectué avec des benzodiazépines (comme oxazépam et lorazépam). L'«échelle de sevrage des benzodiazépines» permet aux personnes concernées de suivre l'évolution et mieux gérer les symptômes.²⁰ Des interventions psychothérapeutiques centrées sur les symptômes psychiatriques associés augmentent les chances de succès.

OPIACÉS ET OPIOÏDES

Les opiacés (dérivés de l'opium) et les opioïdes (dérivés synthétiques) ont des effets euphorisants, tranquillisants et analgésiques. Les dépendances à ces substances à l'âge avancé sont dans la grande majorité dues aux prescriptions inappropriées et à leur utilisation comme analgésiques. Selon le monitoring suisse des addictions, 9,5% des personnes de plus de 65 ans consomment régulièrement ces médicaments et près de la moitié (49%) d'entre elles en prennent quotidiennement.²¹ L'indication la plus importante pour l'utilisation des opiacés est la douleur liée à une tumeur. Les prescriptions pour d'autres types de douleurs doivent être évitées. Les troubles addictifs comorbides, la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les troubles somatoformes douloureux, les psychoses et le stress psychosocial sont les facteurs de risque les plus importants de la dépendance aux opiacés. Le risque de dépendance augmente si la substance est à courte durée d'action, si elle est prescrite pendant plus de 30 jours, et si la dose quotidienne dépasse 120 mg d'équivalence de morphine. L'âge avancé n'est en principe pas un facteur de risque, mais la multimorbidité des personnes âgées avec la polypharmacie qui en résulte ainsi que les changements métaboliques liés à l'âge augmentent le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires.

Clinique

Les personnes concernées présentent souvent un retrait social, une dépression, une anxiété, une apathie, des troubles de l'orientation et des fonctions exécutives. L'intoxication par ces substances peut entraîner une euphorie initiale, suivie d'apathie, de dysphorie, d'agitation ou d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la vigilance. La triade «coma, myosis et insuffisance respiratoire» représente un danger vital pour le patient et nécessite l'administration d'un antagoniste tel que la naloxone. Après l'arrêt des opiacés, des symptômes de sevrage tels que des douleurs musculaires, des crampes abdominales, des diarrhées, des nausées, une tachypnée, une tachycardie, une hypertension artérielle et une déshydratation peuvent apparaître en seulement quelques

heures. La dysphorie ou la dépression, l'anxiété et l'agitation sont courantes.²² Bien que les symptômes et signes aigus disparaissent dans les 5 à 10 jours, la dysphorie et les troubles du sommeil peuvent persister pendant des mois.

Diagnostic

Les traitements aux opiacés doivent être revus tous les 3 mois quant aux objectifs, aux effets secondaires et au mésusage. Outre les aspects généraux, l'anamnèse doit prendre en compte les facteurs liés à la dépendance et à la douleur. Pour les instruments, l'échelle COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale) peut être utilisée pour évaluer la présence des symptômes de sevrage. Les COMM (Current Opioid Misuse Measure) et SOAPP-R (Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised) ont un pouvoir prédictif positif et négatif modéré.²³ Ces tests de dépistage n'ont pas été validés en langue française. L'échelle DIRE est recommandée comme un guide utile pour l'anamnèse structurée.

Prévention et thérapie

En cas de douleurs chroniques, les thérapies antalgiques non opiacées et les approches non pharmacologiques sont les traitements à privilégier. Les opiacés sont généralement contre-indiqués en cas d'usage abusif ou d'antécédents de dépendance, à l'exception des traitements des douleurs tumorales. Lorsqu'ils sont prescrits, il convient d'utiliser des préparations à galénique retardée ou à longue durée d'action. Il est utile de fixer des règles claires: la prescription d'opiacés ne se fait que par un seul médecin; une prise régulière, une diminution progressive de la dose, un dépistage régulier des drogues dans l'urine (1-4 x/mois) et un contrôle du nombre de comprimés sont convenus. Une durée de plus de 3 mois peut s'envisager chez les personnes qui répondent au traitement. Après 6 mois, la possibilité d'une réduction de la dose ou d'un arrêt du traitement doit être évaluée.

En cas de dépendance, l'objectif à long terme de la thérapie est l'abstinence, mais l'accent est mis sur la prévention et la réduction des conséquences. Une psychothérapie de soutien et l'inclusion du réseau social et des services de soutien psychosocial sont recommandées. Un traitement de substitution peut être envisagé s'il y a échec d'une thérapie structurée. La méthadone et la buprénorphine réduisent l'état de manque, augmentent l'adhérence au traitement et peuvent contribuer à la prévention des rechutes et au rétablissement.

TABAGISME

En Suisse, environ 18% de la population fume quotidiennement.²¹ Même si le tabagisme est avant tout un problème des jeunes adultes, les maladies secondaires surviennent à un âge plus avancé. C'est la principale cause évitable de décès. La nicotine agit sur les récepteurs nicotiniques présynaptiques de l'acétylcholine et a des effets sédatifs, anxiolytiques et antidépresseurs dose-dépendants ainsi qu'une série d'effets cholinergiques.²³ Vivre avec une personne qui fume, la dépendance à l'alcool, le chômage, le peu de relations sociales et, plus généralement, la mauvaise qualité de vie sont considérés comme des facteurs de risque.²⁴

Clinique

L'intoxication à la nicotine peut causer des céphalées, des nausées, des troubles du rythme cardiaque ainsi qu'un coma.²³ Les symptômes de sevrage comprennent l'irritabilité, l'agitation, l'anxiété, des troubles du sommeil, l'augmentation de l'appétit et un syndrome dépressif.

Diagnostic

Dans l'anamnèse et à l'examen clinique, il convient de noter le comportement tabagique (début, quantité quotidienne, fréquence et type de tabagisme, symptômes de sevrage), la consommation d'autres substances addictives, la motivation à arrêter de fumer et les symptômes d'éventuelles maladies secondaires.²⁴ Le questionnaire de Fagerström ou sa forme abrégée «Heaviness of Smoking Index» sont recommandés pour évaluer la gravité de la dépendance.

Prévention et thérapie

Afin d'éviter les dommages consécutifs à la dépendance à la nicotine, l'arrêt du tabac est également efficace pour les personnes âgées. Les interventions psychothérapeutiques doivent viser à informer les personnes concernées et leurs proches, à développer et renforcer leur motivation, à activer leurs ressources d'adaptation, à renforcer leurs capacités de résolution des problèmes et à améliorer la maîtrise de soi. En pharmacothérapie, la substitution de la nicotine par la varénicline ou le bupropion peut être proposée.^{23,24}

SUBSTANCES ILLÉGALES

Cannabis

En Suisse, la prévalence de la consommation de cannabis à 30 jours et à 12 mois est de $\leq 0,5\%$ chez les plus de 65 ans et tombe à 0% chez les plus de 75 ans.²¹ Les effets psychoactifs sont les suivants: bien-être, sensibilité accrue, euphorie, relaxation et modifications des émotions, des perceptions sensorielles et du temps. Des hallucinations peuvent survenir. En raison de leurs propriétés analgésiques, anti-inflammatoires, antioxydantes et antitumorales, des médicaments contenant du cannabis sont utilisés contre les douleurs chroniques, comme antiémétiques en chimiothérapie et pour combattre la spasticité. En cas d'intoxication par le cannabis, une tachycardie, une sécheresse de la bouche, une injection conjonctivale et une angine de poitrine peuvent survenir. Le sevrage peut être accompagné par des troubles du sommeil, des cauchemars, une irritabilité, une agressivité, une dépression, des troubles de l'appétit, des douleurs, des troubles de la concentration, une transpiration, des tremblements et une sensation de froid.²⁵ L'usage chronique peut être à l'origine de troubles cognitifs. Les risques de troubles du rythme cardiaque, de bronchite, de pneumonie et de schizophrénie sont accrus.

Les interventions psychosociales ambulatoires sont centrales. Le programme CANDIS, avec ses approches psychoéducatives et motivationnelles, est adapté aux consommateurs de cannabis.²⁶ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les antidépresseurs à double action ou les anxiolytiques peuvent être utilisés pour traiter les troubles affectifs concomitants.

Cocaïne

En Suisse, la prévalence à vie de la consommation de cocaïne chez les personnes de 65 à 74 ans est de 0,6%.²¹ La cocaïne inhibe la recapture de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine, et a un effet stimulant qui entraîne euphorie, tachycardie, hypertension artérielle et réduction de l'appétit.²⁷ Un sentiment de performance accrue et de bonheur est évoqué. L'envie d'être actif et de parler augmente, tout comme la volonté de prendre des risques. L'effet activateur s'estompe rapidement et, dans la seconde phase, une dysphorie, une anxiété, une méfiance, des idées délirantes et des hallucinations peuvent apparaître, suivies d'un épuisement et d'un état dépressif. Les intoxications à la cocaïne s'accompagnent d'agitation, d'attaques de panique et de psychoses.

Les benzodiazépines et les antipsychotiques peuvent être utilisés pour traiter les patients intoxiqués. Les antidépresseurs sont nécessaires si la dépression persiste. Des approches psychothérapeutiques sont recommandées.

Stimulants

L'amphétamine et ses dérivés, la méthamphétamine et la 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (MDMA) (ecstasy), agissent en libérant des catécholamines et en augmentant la production de sérotonine. Le sommeil, la fatigue, la faim et la soif sont supprimés et les performances s'élèvent. La tension artérielle et le rythme cardiaque augmentent. Après la disparition des effets, l'anxiété et la dépression peuvent survenir. L'utilisation chronique peut entraîner une malnutrition, une détérioration de l'état général, des troubles cognitifs, des convulsions, une hyperthermie et des troubles cardiaques. Le traitement est le même que pour la dépendance à la cocaïne.

Hallucinogènes

L'acide D-lysergique diéthylamide (LSD), la mescaline, la kétamine, la psilocybine et la psilocine font partie des hallucinogènes qui entraînent des modifications de la perception sensorielle et temporo-spatiale et de la conscience.²⁸ La prévalence à vie de la consommation de l'ensemble de ces substances est de 1,1% chez les personnes âgées de 65 à 74 ans.²¹ Des symptômes psychotiques, de l'anxiété et de la panique peuvent apparaître lorsque l'effet de la prise s'estompe. La consommation de champignons contenant des substances hallucinogènes provoque de la relaxation, de l'euphorie, des vertiges et des illusions. La kétamine a des effets hallucinogènes et dissociatifs, avec une altération de la perception corporelle et des troubles de la coordination motrice. La psychothérapie est recommandée.

ADDICTIONS NON LIÉES À UNE SUBSTANCE

Le jeu pathologique, les achats excessifs, la dépendance à internet et les comportements sexuels excessifs font partie des dépendances comportementales.²⁹ Chez les personnes âgées, le jeu pathologique est la dépendance comportementale la plus fréquente, suivie de celle aux achats excessifs chez les femmes et aux comportements sexuels chez les hommes. Si une dépendance non liée à une substance apparaît à un âge

avancé, il faut exclure une affection neurologique sous-jacente. En particulier, un comportement sexuel excessif peut survenir dans le cadre d'affections neurologiques telles que les pathologies neurodégénératives et les événements vasculaires des régions frontale et temporale du cerveau, les épilepsies du lobe temporal, la maladie de Huntington et les syndromes de Gilles de la Tourette et de Kleine-Levin.³⁰ Des troubles du contrôle des impulsions et un comportement de dépendance peuvent être un symptôme de la maladie de Parkinson ou un effet secondaire désinhibiteur du traitement par agonistes de la dopamine. La diminution des activités sociales et physiques est un facteur de risque pour les addictions comportementales. Ces troubles addictifs sont également fréquents en tant que troubles comorbides de l'anxiété, affectifs, de la personnalité et de dépendances à des substances.

L'entretien motivationnel³¹ est très utile dans le traitement des addictions non liées à une substance.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT D'UNE ADDICTION

Lorsqu'une dépendance apparaît à un âge avancé, il s'agit souvent d'une réaction à des événements critiques de la vie, et la consommation peut représenter une stratégie de régulation des émotions et d'adaptation. Les pertes sur le plan psychosocial, des affections somatiques liées à l'âge et la perte de l'autonomie au quotidien peuvent jouer un rôle en tant que facteurs facilitants. Les processus de vieillissement sont accélérés chez les consommateurs de longue date (apparition précoce). Compte tenu des présentations cliniques hétérogènes et de la complexité de la prise en charge, l'expertise des intervenants auprès des personnes âgées avec une addiction ou à risque d'en développer doit être renforcée.³² La « Stratégie nationale Addictions », élaborée par l'OFSP,¹¹ indique la voie à suivre pour le développement de services spécifiques pour les personnes âgées. En 2017, la Fédération suisse d'addictologie a dressé l'inventaire du système de santé suisse pour la prise en charge des addictions, notant, entre autres, la nécessité d'améliorer la spécialisation et l'adaptation des services, les connaissances spécifiques des intervenants, et la mise en réseau interdisciplinaire et interinstitutionnelle afin de répondre aux besoins des personnes âgées.³³ Les défis à relever dans les EMS sont particulièrement importants, car les résidents présentent souvent davantage de facteurs de risque pour le développement d'une addiction. L'Association professionnelle suisse des infirmières et infirmiers (ASI), l'association Addiction et Infodrog ont élaboré une recommandation sur la prise en charge dans les soins gériatriques professionnels.³⁴ Une attitude centrée sur la personne et orientée vers le rétablissement est préconisée comme base de la coopération avec les patients, leurs proches et les professionnels impliqués.³⁵ L'accent est mis sur les ressources, le renforcement de l'individu et le développement de la résilience. Cette attitude marque également un changement de paradigme en passant de l'abstinence à des objectifs plus diversifiés et individualisés.

Phasage des soins des patients souffrant d'une addiction

Le processus de soins peut être structuré en six phases: recueillir des informations, décrire les problèmes et les

ressources, fixer des objectifs, planification, mise en œuvre des mesures, et évaluation.³⁶ Recueillir les informations et évaluer les symptômes, les problèmes et les ressources est important au début de la prise en soins. Les substances consommées, la forme et la quantité de la consommation, la durée et l'effet attendu de la substance doivent être enregistrés. À part le comportement de dépendance, des problèmes comme la solitude, l'autonégligence, le risque de chute ou l'insomnie doivent être pris en compte. Les ressources peuvent être définies comme des compétences ou outils mentaux, physiques et sociaux. Les objectifs sont fixés individuellement et en commun avec le patient et sont revus en continu. Il peut s'agir, par exemple, de contrôler la quantité de consommation, de parler à une personne une fois par jour, de prendre un repas chaud une fois par jour ou de se rendre utile pour quelqu'un. En ce qui concerne les mesures de soins, il convient de définir de quelle manière, dans quelles conditions et avec qui les soins seront dispensés.

Psychothérapie des troubles addictifs chez les personnes âgées

Les interventions psychothérapeutiques font partie intégrante de la thérapie des personnes âgées à tous les stades des troubles d'addiction.³⁷ À l'âge adulte, les procédures d'intervention psychothérapeutique suivantes sont recommandées, avec un niveau de preuve élevé: interventions motivationnelles,³¹ thérapie cognitive et comportementale, thérapie de couple et travail avec les proches. La thérapie psychodynamique brève, les groupes de patients guidés et l'entraînement cognitif sont recommandés avec un niveau de preuve modéré. L'entraînement aux compétences d'autogestion et sociales, la psychothérapie centrée sur le patient, l'ergothérapie, la sociothérapie et les approches corporelles sont également recommandés.³⁸ En principe, toutes les interventions validées chez les adultes peuvent également être utilisées à un âge plus avancé. Les modalités et facteurs suivants doivent être pris en compte:³⁷ attitude de base empathique-émotionnelle et de soutien, promotion des compétences sociales et de l'autonomie, psychoéducation, définir avec le patient un plan de sevrage et de traitement, traitement concomitant des déficits cognitifs et des maladies somatiques, structuration du quotidien; faciliter l'accès aux services de santé, le sevrage hospitalier à bas seuil inclus. Les transitions de vie non maîtrisées devraient faire l'objet d'interventions thérapeutiques: pertes relationnelles, solitude, espérance de vie limitée, maladies physiques graves, expériences traumatiques aiguës et anciennes, etc.

Implication des personnes concernées et coopération avec les proches

Comme les personnes touchées, leurs proches ont souvent une histoire de souffrance derrière eux. Il est important de reconnaître leurs efforts et de les soutenir. Dans les partenariats marqués par la dépendance, les tensions se situent au niveau émotionnel, économique et relationnel, et la consommation peut être utilisée pour réguler la distance relationnelle. En général, il est donc essentiel d'intégrer les patients et leurs proches en tant que partenaires dans le processus thérapeutique.

Prise en charge de l'état confusionnel aigu dû au sevrage

L'état confusionnel aigu (ECA ou délirium) est le syndrome du sevrage le plus grave et il est associé à un taux de mortalité élevé. Étant donné que la multimorbidité, les troubles cognitifs, la polypharmacie et d'autres facteurs favorisant le développement d'un ECA sont fréquents à l'âge avancé, une évaluation du risque de survenue d'un ECA est recommandée à l'admission dans une institution. Des instruments tels que la Delirium Observation Screening Scale (DOS) et la Confusion Assessment Method (CAM) peuvent être utilisés pour la détection. L'ECA lié au sevrage étant une situation d'urgence, il doit être pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation. Des mesures d'orientation, d'hydratation et de prévention des chutes sont souvent nécessaires. Les médicaments antipsychotiques sont utilisés en première ligne pour réduire les symptômes, prévenir les complications et éviter la mise en danger.^{39,40} Les benzodiazépines à courte durée d'action peuvent être administrées, en particulier lorsqu'il s'agit d'un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines.

ASPECTS ÉTHIQUES

Le débat social sur le comportement addictif a souvent été mené en opposant la faiblesse de la volonté et la maladie. La vision de la dépendance comme une faiblesse morale comporte le danger d'une attitude péjorative, mais elle tient compte du principe d'autonomie et de responsabilité de la personne concernée. Considérer la dépendance comme une maladie peut susciter une attitude de solidarité, mais renforcer les tendances paternalistes.

En éthique médicale, respecter l'autonomie de la personne concernée joue un rôle central. Les compétences nécessaires à la prise de décisions autodéterminées incluent la réflexion critique, les capacités affectives, volontaires et cognitives, la conscience de soi et la confiance en soi. Un modèle moral-psychologique hiérarchique des désirs propose de faire la distinction entre le besoin de premier ordre (craving) et le besoin de second ordre (rester abstinent et responsable), qui peuvent être simultanés.⁴¹ Un devoir de diligence pour les professionnels de la santé découle de ce modèle et les oblige à clarifier, dans un dialogue empathique avec la personne concernée, les besoins des différents ordres et de promouvoir

la formation autonome de la volonté. Cependant, cette autonomie individuelle atteint ses limites lorsque celle des autres est affectée. Par conséquent, dans les institutions, des règles de cohabitation sont définies qui prennent en compte à la fois l'autonomie de l'individu et les répercussions pour celle du groupe. En outre, les conséquences des addictions peuvent compromettre la capacité d'autonomie et empêcher le besoin de second ordre.

CONCLUSION

À l'âge avancé, la consommation chronique de substances comme l'alcool et les sédatifs, et plus récemment les opioïdes, représente un important problème pour les personnes concernées, leur entourage et la santé publique. Malgré cela, relativement peu d'attention a été accordée aux troubles associés à la consommation de ces substances. Les présentes recommandations mettent à la disposition des intervenants auprès de ces patients un résumé des connaissances sur les troubles addictifs à l'âge avancé, avec comme objectif de renforcer la prévention, le dépistage précoce et des interventions adaptées.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les addictions les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les dépendances à l'alcool et aux benzodiazépines
- Des instruments de dépistage peuvent améliorer considérablement la détection précoce et la prévention de l'alcoolisme
- Les benzodiazépines et les opiacés doivent être prescrits de façon restrictive, selon un plan de traitement défini avec le patient et limité dans le temps
- Les interventions psychothérapeutiques font partie intégrale de la thérapie des personnes âgées, quel que soit le stade de l'addiction
- Les comorbidités et les séquelles psychiatriques et somatiques ainsi que les conséquences sur la vie sociale nécessitent une prise en soins multimodale et multiprofessionnelle

1 **Savaskan E, Fuchs A, Hemmeter U, et al. Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Praxis (Bern 1994) 2021;110:79-93. DOI: 10.1024/1661-8157/a003609.

2 *Savaskan E, Laimbacher S. Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie. Berne: Hogrefe, 2021.

3 Hyman SE, Malenka RC, Nestler EJ. Neural Mechanisms of Addiction: The Role of Reward-Related Learning and Memory. Annu Rev Neurosci 2006;29:565-98.

4 Lüscher C. The Emergence of a Circuit Model for Addiction. Annu Rev Neurosci 2016;39:257-76.

5 Merrill JO, Duncan MH. Addiction

Disorders. Med Clin North Am 2014;98:1097-122.

6 Batra A, Düerkop M, Gertzen M, et al. Nikotin. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggli F, Walter M. Suchtmedizin. Munich: Elsevier, 2019.

7 Gabriels CM, Macharia M, Weich L. Psychiatric Comorbidity and Quality of Life in South African Alcohol Use Disorder Patients. Qual Life Res 2018;27:2975-81.

8 Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, Dementia and Cognitive Decline in the Elderly: A Systematic Review. Age Ageing 2008;37:505-12.

9 Stewart SA. The Effects of Benzodiazepines on Cognition. J Clin Psychiatry 2005;66(Suppl.2):9-13.

10 Neuner-Jehle S. Der Suchtpatient in der hausärztlichen Praxis – Frust oder

Lust? Ther Umsch 2014;71:585-91.

11 *Bundesamt für Gesundheit (BAG). Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht (En ligne). 2016. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html

12 Suchtmonitoring Schweiz, 2013–2018. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019.

13 Wolter DK. Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen. Z Gerontol Geriatr 2015;6:557-70.

14 Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebbergh W, de Graaf R. Predicting Persistency of DSM-5 Alcohol Use Disorder and Examining Drinking Patterns of Recently Remitted Individuals: A Prospective General Population Study.

Addiction 2013;108:2091-9.

15 *Han BH, Moore AA. Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. Clin Geriatr Med 2018;34:117-29.

16 Kuerbis A, Sacco P. A Review of Existing Treatments for Substance Abuse among the Elderly and Recommendations for Future Directions. Subst Abuse 2013;7:13-37.

17 **Paille F, Maheut-Bosser A. Benzodiazépines et personnes âgées. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie 2016;16:246-57.

18 Landolt S, Rosemann T, Blozik E, Brügger B, Huber CA. Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland: Prevalence, Prescription Patterns and Association with Adverse Healthcare

- Outcomes. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021;17:1021-34. DOI: 10.2147/NDT.S290104.
- 19 *Haute Autorité de santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche Mémo. 2015. (Consulté le 26 janvier 2022). Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines_2015_06_17.pdf
- 20 Wolter DK. Benzodiazepine absetzen im Alter. Wann und wenn ja, wie? *Z Gerontol Geriatr* 2017;50:115-22.
- 21 Suchtmonitoring Schweiz, 2013-2018. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019.
- 22 Just J, Mücke M, Bleckwenn M. Dependence on Prescription Opioids. *Dtsch Arztebl Int* 2016;113:213-20.
- 23 Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. *J Pain* 2009;10:131-46.
- 24 Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, et al. Smoking Cessation Guidelines—2008. *J Bras Pneumol* 2008;34:845-80.
- 25 Hämig R, Preuss UW, Soyka M. Cannabis. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggli F, Walter M. *Suchtmedizin*. Munich; Elsevier, 2019.
- 26 Hoch E, Zimmermann P, Henker J, et al. Modulare Therapie von Cannabissstörungen. Das CANDIS-Programm. Göttingen: Hogrefe, 2011.
- 27 Quednow BB, Herdener M. Kokain. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggli F, Walter M. *Suchtmedizin*. Munich: Elsevier, 2019.
- 28 Majić T, Gouzoulis-Mayfrank E, Schaub M. Halluzinogene. In: Soyka M, Batra A, Heinz A, Moggli F, Walter M. *Suchtmedizin*. Munich: Elsevier, 2019.
- 29 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. Positionspapier. Verhaltensüchte und ihre Folgen: Prävention, Diagnostik und Therapie. 16 mars 2016. Berlin: DGPPN, 2015. Disponible sur : www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/verhaltensuechte.html
- 30 Béreau M. Hypersexuality in Neurological Disorders: From Disinhibition to Impulsivity. *Front Neurol Neurosci* 2018;41:71-6.
- 31 Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Fribourg-en-Brigau: Lambertus, 2015.
- 32 Holzbach R. Schlaf- und Beruhigungsmittel. Im Alter medikamentenabhängig. *Heilberufe* 2018;70:29-32.
- 33 Fachverband Sucht. Sucht im Alter. Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz. 2017. Disponible sur : https://fachverband-sucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhangiger_Frauen_und_Manner_def.pdf
- 34 Fachverband Sucht. Sucht im Alter. Versorgung alternder Menschen mit Abhängigkeit. 2019. Disponible sur : <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/sucht-im-alter#arbeitsergebnisse-des-fachverbands-sucht>
- 35 Di Clemente CC, Norwood AEQ, Gregory WH, et al. Consumer-Centered, Collaborative, and Comprehensive Care. The Core Essentials of Recovery-Oriented System of Care. *J Addic Nurs* 2016;27:94-100.
- 36 Ammann A. *I Care Pflege*. Stuttgart: Thieme, 2015.
- 37 *Ibach B. Abhängigkeitserkrankungen des alternden und alten Menschen. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2019;170:w03041.
- 38 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. S3-Leitlinie. "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". 2015. Disponible sur : www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/076_D_Ges_fuer_Suchtforschung_und_Suchttherapie/076-001m_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-02_02-abgelaufen.pdf
- 39 *Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the Elderly: Current Problems with Increasing Geriatric Age. *Indian J Med Res* 2015;142:655-62.
- 40 Savaskan E, Hasemann W. Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Berne: Hogrefe, 2017.
- 41 Frankfurt HG. Freedom of the Will and the Concept of a Person. *J Philos* 1971;68:5-20.

* à lire
** à lire absolutement