



1. Comprendre

Épidémiologie

Le **trouble lié à l'usage de l'alcool** (TUAL) peut s'installer avant 65 ans, mais il peut aussi se développer plus tardivement, à la faveur d'événements de vie (isolement, deuil, douleurs chroniques, retraite).

Chez les aînés, les vulnérabilités ne s'additionnent pas, elles se multiplient : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social.

Pourtant, **le pronostic reste favorable** : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

En France, environ **20-30 % des >65 ans** consomment régulièrement de l'alcool, mais le mésusage est souvent **sous-diagnostiqué**.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

73, bd de la Moselle
59000 Lille

Des outils soutenus par



03 20 52 35 25
contact@gahdf.fr

**La proxipraxie désigne l'ensemble des pratiques de soin réalisées hors des structures hospitalières ou spécialisées, en milieu urbain, semi-rural ou rural, par une diversité de professionnels de santé, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, libéraux ou salariés.*

Physiologie & physiopathologie

- **Vieillesse** : diminution de l'eau corporelle, ralentissement du métabolisme hépatique, augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique ;
- **Comorbidités fréquentes** : HTA, diabète, cardiopathies, troubles cognitifs, dépression ;
- **Conséquences** : chutes, fractures, confusion, décompensations somatiques, aggravation de troubles psychiatriques, isolement.
- **Interactions alcool & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage) :

Classe de médicaments	Effets potentiels liés à l'alcool avec le médicament
Psychotropes- BZD, antidépresseurs, antipsychotiques	Sédation majorée, confusion, hypotension, risque de chute, dépendance croisée.
Analgésiques / Antalgiques- Opioïdes, paracétamol, AINS	Dépression respiratoire (opioïdes), hépatotoxicité (paracétamol), hémorragie digestive (AINS/aspirine).
Anticoagulants / Antiagrégants	Variabilité de l'INR (avec AVK), risque hémorragique accru.
Antihypertenseurs	Hypotension orthostatique potentiellement renforcée, chutes.
Antidiabétiques- Insuline, sulfamides, metformine	Risque d'hypoglycémie, parfois masquée ; risque d'acidose lactique (metformine + alcool aigu).
Antibiotiques (métronidazole, isoniazide), statines	hépatotoxicité (antibiotiques), myopathie ou toxicité hépatique (statines).

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

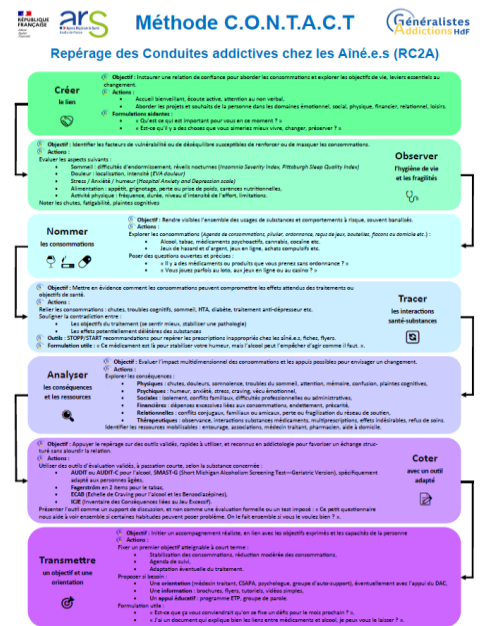
- **Typiques** : consommation quotidienne, perte de contrôle, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes à répétition, troubles mnésiques, insomnie, perte d'appétit, dépression résistante, déséquilibre du diabète ou de l'HTA, etc.,
- **Facteurs contextuels** : isolement, deuil, douleurs chroniques.

Biomarqueurs

Marqueur	Intérêt	Limites
VGM	Consommation chronique	Augmentation retardée, confondu avec carences (B12/folates), hypothyroïdie
Gamma-GT	Sensible	Peu spécifique, augmentation médicamenteuse
CDT	Spécifique consommation chronique	Diminution sensibilité en cas de cirrhose avancée
ASAT/ALAT	Évaluation hépatique	Peu spécifique alcool

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève) :** outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation,
 - C'est le moment clé pour mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RC2A** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **AUDIT-C (personnes ≥ 65 ans) : seuil recommandé ≥ 4,** avec un consensus qu'il doit être abaissé par rapport aux adultes plus jeunes pour optimiser la détection
- **SMAS-T-G :**
 - Questionnaire Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric en 10 items, validé pour les aînés.
 - Sensible pour repérer mésusage ou dépendance, même avec consommations modérées. Passation rapide (~5 min).
- **Agenda de consommation :** support simple, parfois partagé avec l'aidant.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **« Start low, go slow » :** progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité.
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée :** la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas un impératif de soins et peut être différée.
- **Fixer des objectifs individualisés :** centrés sur la qualité de vie, la sécurité et le maintien de l'autonomie.
- **Valoriser chaque progrès :** toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleur équilibre du diabète ou de l'HTA)

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre alcool et troubles somatiques (HTA, diabète, chutes).
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs).
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anticoagulants, antalgiques...).

➤ **Explorer la fonction de l'alcool**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, douleur, ritualisation, évitement émotionnel),
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique),

➤ **Psychothérapies validées**

- Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et Emotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle.

➤ **Soutien par les pairs**

- Groupes d'entraide (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, autres associations locales).
- Pair aidant en addictologie, rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.

➤ **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – adaptés aux addictions

➤ **Approches sociales et communautaires**

- Activités de groupe (clubs seniors, ateliers mémoire, sport adapté, associations culturelles).
- Lutte contre l'isolement et restauration du lien social.

➤ **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux

Médicament	Rang d'intention	Indications / Avantages	Limites / Vigilance
Acamprosate	1 ^{re} intention	Maintien de l'abstinence, peu d'interactions	CI Insuf. rénale sévère, surveillance rénale
Naltrexone	1 ^{re} intention	↓ craving, ↓ rechutes	CI hépatopathie, surveillance transaminases
Baclofène	2 ^e intention	Aide à la réduction, adapté si rechutes	Effets secondaires (somnolence, chutes, confusion), titration lente
Disulfiram	Rarement indiqué (2 ^e ligne, sous supervision)	Peut sécuriser une abstinence stricte si adhésion forte	Risque cardiaque, confusion,

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications.
- Isolement majeur, perte d'autonomie.
- Échec d'accompagnement ambulatoire.
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier.
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global)
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques)
DAC/PTA pour coordination complexe

