

## SUJETS ÂGÉS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : ÉTAT DES CONNAISSANCES

C. Marquette, Morgane Guillou-Landreat, Marie Grall-Bronnec, O. Vermeulen, Jean-Luc Vénisse

De Boeck Supérieur | « [Psychotropes](#) »

2010/3 Vol. 16 | pages 161 à 178

ISSN 1245-2092

ISBN 9782804161255

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2010-3-page-161.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
C. Marquette *et al.*, « Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances », *Psychotropes* 2010/3 (Vol. 16), p. 161-178.  
DOI 10.3917/psy.163.0161  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

---

# Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances

## Elderly population and psychoactive substances: State of the art

**Marquette C.**

Service d'Addictologie. Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie  
Pavillon Louis Philippe. Hôpital Saint Jacques 85, rue Saint-Jacques.  
44093 Nantes cedex 1

**Guillou-Landreat M.**

Service d'addictologie, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix  
15, rue Kersaint Gilly, 29610 Morlaix  
Courriel : mguillou@ch-morlaix.fr

**Grall Bronnec M., Vermeulen O., Venisse J.-L.**

Service d'Addictologie. Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie  
Pavillon Louis Philippe. Hôpital Saint-Jacques. 85, rue Saint-Jacques.  
44093 Nantes cedex 1

---

**Résumé :** *La population des personnes âgées s'est progressivement accrue, en raison de l'allongement de la durée de vie et du vieillissement de la génération « baby-boom ». La question de la dépendance, au sens addictologique, dans cette population tend à devenir un problème de santé publique, du fait notamment des conséquences problématiques potentielles des consommations de substances psychoactives chez les aînés. Mais face aux notions d'abus ou de dépendance, cette population se distingue de la population générale par différentes particularités : clinique, applicabilité des cri-*

*tères diagnostiques, dépistage, etc. Nous avons mené une revue de la littérature avec les mots clés « Aged » ou « Elderly » et « Substance related disorders » sur les dix dernières années dans Medline. L'objectif de ce travail est d'éclairer les cliniciens travaillant en addictologie vis-à-vis des spécificités des consommations de substances psychoactives chez les sujets âgés. Tout d'abord, nous synthétisons les données épidémiologiques des consommations de substances psychoactives (alcool, médicaments, substances illicites) chez les sujets âgés. Puis, nous abordons les différentes limites diagnostiques et les outils de dépistage disponibles. Enfin, nous évoquons les différents facteurs de vulnérabilité des sujets âgés vis-à-vis des addictions, qui restent importants à connaître et identifier. Ce travail met en exergue le manque de données quantitatives et qualitatives sur l'abus/dépendance aux substances psychoactives chez les sujets âgés. De plus, on manque également d'outils diagnostiques et de dépistage spécifiques. Des travaux seraient à développer dans ce sens, d'autant plus qu'avec le vieillissement de la génération « baby-boom », plusieurs auteurs annoncent une augmentation des consommations de substances psychoactives dans cette tranche d'âge.*

*Abstract: The elderly population has increased due to the extension of life and the baby boomer generation. The issue of dependence in this population tends to become a public health problem because of the consequences that this may have among seniors, such as the risk of falling that could be increased by dependence on benzodiazepines, which itself increases the risk of hospitalization and secondary institutionalization. In regard to the problem of substance abuse and dependence, this population differs from the general population on several counts. Firstly, we review epidemiologic data about substance use in this population. And we discuss about diagnosis and DSM-IV criteria in the elderly. We also review vulnerabilities for addiction in the elderly, and why it is important to identify them. The question of dependency in the elderly highlights a gaps in terms of diagnosis, assessment and screening that might be filled with a more qualitative approach to the issue.*

*Mots clés : personne âgée, abus, dépendance, alcool, médicaments, produit illicite, épidémiologie, diagnostic, dépistage, test, facteur de risque.*

*Keywords: elderly person, abuse, dependence, alcohol, medicines, illicit substance, epidemiology, diagnostic, detection, test, risk-factor.*

---

## Introduction

Nous assistons actuellement à un vieillissement progressif de la population, d'origine multifactorielle : allongement de l'espérance de vie, nombreuses avancées médicales et vieillissement de la génération « baby-boom » entre autres.

Or ce vieillissement se répercute également sur les populations de sujets consultant pour des problèmes d'abus ou de dépendance. Nous constatons en clinique de nouvelles formes d'addictions chez les sujets âgés de 65 ans et plus en particulier. Nous nous sommes donc intéressés à la question de l'abus et de la dépendance aux substances psychoactives chez les sujets âgés. Nous avons mené une revue de la littérature (medline) avec les mots clés « elderly » ou « aged » et « substance related disorders » depuis 10 ans.

L'objectif de cet article est de faire une synthèse bibliographique sur les consommations de SPA chez les sujets âgés qui puisse guider les cliniciens dans leur pratique. Tout d'abord, nous synthétisons les données épidémiologiques disponibles. Nous abordons ensuite les limites des définitions de l'abus et de la dépendance dans cette tranche d'âge et nous évoquons enfin les différents facteurs de risque spécifiques chez les sujets âgés.

## Épidémiologie et spécificités de la dépendance chez le sujet âgé

La prévalence globale de l'abus/dépendance de substance va en augmentant, en lien direct avec le vieillissement de la génération du « baby-boom », et elle concerne environ 17 % de la population âgée.

### *Les consommations d'alcool*

Dans l'enquête PAQUID portant sur une population âgée de 65 ans et plus, vivant à domicile, on retrouve 40,7 à 42,8 % de sujets consommant ¼ de litre de vin par jour et 15,1 à 15,4 % de sujets consommant ½ litre ou plus de vin de manière quotidienne (Fourrier, 1997).

La **prévalence de la dépendance à l'alcool** chez le sujet âgé varie selon les auteurs et les études entre 2 à 10 % de la population générale (Sattar et al., 2003), pour atteindre 20 à 25 % en institution (Vigne, 2003). La variation des chiffres peut être induite par les difficultés diagnostiques que nous évoquons plus loin.

Les hommes ont cinq fois plus de risque que les femmes de développer une dépendance à l'alcool avec un accroissement de la morbidité et de la mortalité. Les recherches sur la prévalence des problèmes d'alcool chez la personne âgée suggèrent que ceux-ci sont sous-diagnostiqués (Liberto et al., 1992).

Deux groupes de population de sujets dépendants à l'alcool peuvent être identifiés chez les sujets âgés.

Le premier groupe est celui qui a développé une **dépendance précoce** (avant 60 ans), représentant environ deux tiers des patients. Ce groupe présente habituellement de longs antécédents liés à l'alcool, des co-morbidités psychiatriques plus élevées, notamment des troubles thy-miques et des troubles de la personnalité.

Pour ce qui est du deuxième groupe, la **dépendance se développe plus tard**, après l'âge de 60 ans, en réaction à des processus de perte et de changement en rapport avec le vieillissement. Comparé au précédent, le groupe des consommateurs à début tardif apparaît en meilleure santé psychique et physique et présente dans l'ensemble un meilleur pronostic (Rigler, 2000).

Plusieurs auteurs soulignent que les sujets âgés ayant des problèmes attribuables à des consommations d'alcool souffrent plus de troubles psychiatriques que la population générale (Liberto et al., 1992). La dépression est de loin le trouble le plus commun avec l'abus de substances, mais il n'est pas évident de déterminer la nature du rapport entre les deux (Krause, 1995 ; Segal et al., 1996).

### ***Les consommations médicamenteuses***

Les taux de **prévalence de l'usage prolongé des benzodiazépines** retrouvés dans la littérature varient selon les critères utilisés. Ainsi, les études rétrospectives des dossiers d'ordonnances rapportent des taux plus élevés que ceux fournis par les études utilisant les critères diagnostiques de dépendance (de 41,6 % Golden et al. 1999 à 11,4 % Holroyd et Duryee 1997). Nous avons montré dans une étude récente menée chez 176 patients (65 ans et plus) consommateurs chroniques de BZD et apparentés que 35,2 % des patients répondaient aux critères DSM-IV de dépendance aux BZD et apparentés (Guillou Landreat, 2010).

Il y a de toute façon globalement très peu d'information sur la prévalence de l'abus et de la dépendance des médicaments prescrits. Selon une étude réalisée aux États-Unis (National Center on Addiction and Substance Abuse, 1998), 11 % des femmes âgées de plus de 60 ans uti-

liseraient de manière inadaptée (mésusage) une prescription de psychotrope au moins une fois dans l'année passée.

D'autre part, il existe également fréquemment des problèmes d'automédication (médicaments en libre service) très difficiles à quantifier.

Par rapport à l'utilisation à long terme des BZD, plusieurs auteurs rapportent que l'**âge avancé** et le **sexe féminin** sont des facteurs de prédiction importants (Egan et al., 2000 ; Van Hutten et al., 1997). Dans une revue de la littérature (Simoni-Wastila et Yang, 2006), les auteurs ont identifié plusieurs facteurs de risque associés à l'abus de substance médicamenteuse chez la personne âgée :

- le sexe féminin ;
- l'isolement social et affectif ;
- une faible santé ;
- la consommation d'autres psychotropes ;
- une pathologie somatique chronique ;
- des antécédents psychiatriques ou un problème psychiatrique en cours (anxiété, trouble de l'humeur et notamment un syndrome dépressif, troubles somatomorphes) ;
- des antécédents d'abus de substance ou abus en cours (notamment l'alcool).

L'étude *Epidemiologic Catchment Area* a rapporté que presque 80 % des personnes avec un problème de consommation de médicament présentaient aussi une consommation d'alcool ou une comorbidité psychiatrique (Anthony, 1991).

### **Les consommations de substances illicites**

En 1962, Winick a proposé une théorie selon laquelle la dépendance aux produits illicites diminuait avec l'âge par abandon de la substance (du fait des conséquences néfastes) ou par décès de la personne.

Il existe très peu de données dans la littérature. L'usage des **produits illicites** chez la personne âgée est relativement **rare**. Les données de l'étude *Epidemiologic Catchment Area* indiquent une prévalence sur la vie entière de 1,6 % pour les consommateurs de drogues illicites de plus de 65 ans (Paterson et Jeste, 1999).

Un rapport récent « National Survey on Drug Use and Health » (décembre 2009) a évalué les consommations de SPA illicites chez les sujets âgés.

Le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment consommée. La prévalence des consommations de cannabis (dans l'année passée) est de 4,1 % chez les sujets de 55 à 59 ans, 2,4 % de 60 à 64 ans et de 0,4 % au-delà de 65 ans. Seuls 0,7 % des sujets de plus de 50 ans rapportaient un usage de SPA illicites autres que le cannabis : 0,5 % rapportaient un usage de cocaïne, 0,1 % d'héroïne et 0,1 % d'hallucinogènes (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

La prévalence de consommation de SPA illicites est plus importante chez les sujets de la génération baby-boom que chez ceux nés avant 1946. Avec l'allongement de la durée de vie du fait des progrès médicaux, et du fait du vieillissement de la génération « baby-boom », la prévalence de l'usage ou dépendance aux substances illicites chez les personnes âgées risque d'augmenter dans les années à venir.

Cependant, les résultats de ces études épidémiologiques sont limités du fait de multiples problèmes de définitions et de critères diagnostiques.

## Les difficultés diagnostiques

### *Mode de consommation*

Les consommations de substances psychoactives (SPA) licites ou illicites sont définies selon le DSM-IV en trois modes : l'usage, l'abus et la dépendance.

L'usage est défini comme la consommation ponctuelle adéquate d'une substance, sans conséquences délétères perceptibles pour le sujet.

L'abus est quant à lui défini par une consommation plus régulière d'une substance avec une émergence de problèmes liés à la substance entraînant « un dysfonctionnement ou des conséquences cliniquement significatives ».

Enfin, la perte de contrôle du sujet de sa consommation de substance caractérise la dépendance. Elle est définie selon le DSM-IV comme un « ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux, et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance ».

Cette classification diagnostique catégorielle est intéressante en pratique clinique chez les sujets adultes, mais elle ne reflète que partiellement la réalité clinique (APA, 1994).

L'évolution de l'usage à la dépendance ne se fait pas de manière linéaire et les passages d'un mode à un autre de consommation restent encore mal connus.

Cette méconnaissance s'applique d'autant plus chez les sujets âgés, pour qui il n'existe pas de critères diagnostiques spécifiques de l'abus ou de la dépendance.

### Alcool et SPA illicites

L'usage ne peut concerner par définition que l'alcool. Pour toutes les autres SPA : tabac et substances illicites, il n'existe théoriquement par définition aucun usage sans risque. Pour l'alcool, l'usage est défini par la consommation maximum de 2 US d'alcool par jour chez la femme ou 3 US/jour chez l'homme, ou par semaine un maximum de 14 US chez la femme ou 21 US chez l'homme. Mais ces définitions concernent les adultes et dès que des risques ou des conséquences des consommations apparaissent et que ces consommations sont poursuivies, on parle alors d'usage à risque ou d'abus. Or les sujets âgés présentent plus fréquemment des comorbidités telles que des problèmes hépatiques, cardiovasculaires, rénaux ou neurologiques qui rendent alors toute consommation d'alcool à risque.

### Médicaments

Le « bon usage » d'un médicament consiste en des prises régulières selon les prescriptions médicales (posologie, nombre et mode de prise), sans recherche d'effets autres que ceux pour lesquels le médicament a été initialement prescrit.

On parle de détournement lorsque le médicament est utilisé en dehors de sa norme d'usage, c'est-à-dire à une fin autre que celle pour laquelle il était initialement prévu (définie par le résumé caractéristique du produit) (Laure et Binsinger, 2003). L'abus de médicament concerne l'utilisation volontaire et en quantités excessives d'une substance pharmaceutique.

Le dopage constitue également une forme de mauvaise utilisation des médicaments. Le dopage concerne l'utilisation de médicaments à des fins de performance physique ou intellectuelle » (Laure et Binsinger, 2003).

Enfin, les médicaments sur ordonnance peuvent être utilisés en dehors et au-delà de leur prescription médicale par des utilisateurs désireux néanmoins de se conformer aux indications thérapeutiques. Il s'agit alors d'une forme d'automédication (Levy, 2008).

Haydon et al. (2005), qui limitent leur analyse aux médicaments psychotropes, suggèrent de regrouper sous le terme « abus médicamenteux » toute utilisation du médicament hors prescription pour des problèmes autres que ceux pour lesquels ils ont été prescrits ou selon une posologie augmentée en terme de dosage ou de fréquence de prises.

Enfin, la notion de dépendance à des médicaments prescrits est très débattue. De nombreux médicaments donnent des signes physiques de dépendance avec des signes de sevrage en cas d'arrêt brutal tels que les médicaments antihypertenseurs, ou même les médicaments antidépresseurs tels que les ISRS, mais sans donner de dépendance au sens addictologique du terme. La notion centrale de la dépendance, représentée par la perte de contrôle des consommations avec recherche d'effet psychoactif poursuivie malgré des dommages médicaux, sociaux, psychologiques, est extrêmement délicate à évaluer.

À l'heure actuelle, même si ces critères ne conviennent pas à tous dans l'évaluation des abus/dépendances aux médicaments, il n'existe pas de critères diagnostiques spécifiques et seuls les critères de dépendance du DSM-IV sont actuellement validés et reproductibles en tant que critères diagnostiques de la dépendance.

### ***Limites des critères internationaux chez les sujets âgés***

Les sept critères de la dépendance (la présence de trois critères permet de diagnostiquer la dépendance) ne sont pas tous bien applicables aux sujets âgés.

Tout d'abord, les critères physiques de dépendance associant « tolérance » et « signes de sevrage » ne sont pas toujours fiables dans cette tranche d'âge. Pour de nombreuses raisons pharmacodynamiques et pharmacocinétiques (augmentation de la masse grasseuse, hypoprotidémie, etc.), la tolérance aux SPA est diminuée chez les sujets âgés. De plus, de nombreux auteurs rapportent que les signes de sevrage chez les sujets âgés sont souvent atypiques.

Les critères diagnostiques du DSM IV accordent aussi beaucoup de poids au retentissement professionnel ou social des consommations de SPA. Mais ce critère peut difficilement être évalué chez des personnes en inactivité professionnelle (retraite) et dont les contacts sociaux se sont limités du fait de l'âge. Les conséquences sur l'entourage sont différentes, leur place dans la société est moins centrale qu'à l'âge adulte où les sujets sont enfants ou parents et mènent une vie active.

Par ailleurs, hormis la confrontation aux limites du guide diagnostique DSM-IV, le médecin se heurte à d'autres difficultés pour faire le diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'alcool chez le sujet âgé. Les manifestations cliniques atypiques peuvent se confondre avec des pathologies somatiques avérées, et l'interprétation des marqueurs biologiques est plus difficile du fait de polymédications et de comorbidités. Enfin, chez les sujets âgés, nous sommes confrontés au déni des conduites, ainsi que quelques difficultés liées à des enjeux représentationnels.

Cependant, en dépit de la mésadéquation entre les critères internationaux d'abus et de dépendance et la clinique des addictions chez le sujet âgé, il existe des outils de dépistage qui peuvent guider les cliniciens dans leur évaluation.

## Outils de dépistage

Il existe quelques outils de dépistage aidant à l'évaluation des consommations de SPA chez les sujets âgés.

### *Dépistage des consommations problématiques d'alcool chez les sujets âgés*

Les outils de dépistage les plus couramment utilisés, chez la personne âgée, sont le CAGE et la MAST-G ou l'AUDIT

- Le **CAGE** (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opened) a été développé par Ewing en 1984, c'est un autoquestionnaire facile à utiliser car il comporte quatre questions simples. Deux réponses positives dénotent un problème de consommation. Mais chez le sujet âgé, certains auteurs recommandent de conclure à un problème de consommation dès qu'un item est positif.
- **MAST-G** (Test de dépistage d'alcoolodépendance du Michigan, version gériatrique) 24 items (Blow, 1992)
- **AUDIT** Alcohol Use Disorders Identification Test 10 items

Le MAST-G et l'AUDIT sont validés et sont des prédicteurs relativement fiables des problèmes liés à la consommation de l'alcool. Cependant, ils sont plus longs que le CAGE et prennent plus de temps à administrer. Voilà pourquoi le CAGE est considéré comme un bon outil de dépistage pour les personnes âgées (Fingerhood, 2000).

Lorsque les instruments à autodéclaration (CAGE, MAST-G et AUDIT) sont utilisés, il faut tenir compte de la disposition du patient à

se montrer ouvert et honnête au sujet de son comportement. La honte, la culpabilité, le déni et la croyance selon laquelle elles sont capables de régler leurs propres problèmes peuvent empêcher les personnes âgées de parler en toute franchise (Blow et Barry, 2000 ; Dufour et Fuller, 1995).

Il ne faut donc pas oublier l'importance de l'**évaluation clinique** qui reste indispensable. Il existe des signes cliniques aspécifiques pouvant orienter vers une intoxication éthylique chronique tels que : l'isolement, les troubles thymiques, l'anxiété, les troubles mnésiques et les troubles du comportement (Rigaud et al., 2005). Des signes plus spécifiques doivent nous interpeller comme : l'incurie, la dénutrition, l'amaigrissement, les antécédents de chutes, l'érythrose faciale, et les troubles neurologiques tels qu'un syndrome cérébelleux ou une polynévrite des membres inférieurs.

Il n'y a **pas d'outils de dépistage validés** pour les problèmes attribuables à la consommation d'**autres drogues** que l'alcool, de même que pour la dépendance à celles-ci.

### ***Outils de dépistage de l'abus médicamenteux***

En ce qui concerne la dépendance médicamenteuse, l'interrogatoire est une étape essentielle. Il faut évaluer les modes de consommation du traitement par le patient. Tout d'abord, on peut évaluer le type d'usage qu'il fait de son traitement (« le prenez-vous tel que prescrit ? », « vous arrive-t-il de prendre plus de traitement ou plus fréquemment que ce que je vous ai prescrit ? »). D'autre part, il peut également être intéressant d'évaluer avec le patient s'il recherche un effet psychoactif particulier et s'il recherche éventuellement un effet autre que celui pour lequel le traitement est prescrit.

Il est également important d'évaluer la question de l'automédication, fréquente chez les sujets âgés. Ainsi, dans une étude récente, nous avons montré que 22 % de sujets de 65 ans et plus interrogés lors d'une délivrance de traitement par benzodiazépines en pharmacie reconnaissaient une automédication régulière (Guillou Landreat, 2010).

Enfin, il peut être judicieux de questionner les patients sur leur utilisation de « médecine alternative », telles que la consommation de plantes, voir de cannabis à visée thérapeutique, d'autant plus qu'actuellement, l'accès à tous types de plantes est facilité par le biais d'Internet.

Parallèlement, il est également très éclairant d'évaluer le type de relation que le patient a établi avec son traitement. Les sujets âgés ont

facilement une inquiétude excessive face à de multiples pathologies émergentes ou s'aggravant et la préoccupation vis-à-vis de l'efficacité de traitement peut devenir très envahissante. Cette préoccupation peut conduire parfois à des prises excessives ou à des préoccupations importantes vis-à-vis des renouvellements d'ordonnance, sans qu'il s'agisse alors forcément de dépendance.

D'autre part, plusieurs auteurs s'intéressent à l'attachement des patients à leur traitement. Ainsi, l'ECAB est une échelle d'attachement aux benzodiazépines (Pelissolo et al., 1996), il s'agit d'un outil de dépistage, mais qui peut guider dans le cas d'une consommation régulière de benzodiazépines. Un degré d'attachement fort peut correspondre à une dépendance et donc présager de difficultés à la diminution et à l'arrêt (Pelissolo et al., 1996 ; HAS, 2007). Parfois du fait d'un attachement fort à leur traitement ou de difficultés à réévaluer les prescriptions, les traitements chez les sujets âgés peuvent être renouvelés alors que les raisons pour lesquelles ils ont été prescrits ont disparu. Ainsi, prenons l'exemple de patients hospitalisés pour des problèmes somatiques aigus, tels qu'un infarctus du myocarde par exemple. Ce phénomène est très angoissant, donc des BZD sont fréquemment prescrites en aigu. Mais les patients sortent de l'hôpital et les traitements sont renouvelés alors que la phase aiguë est passée. De la même manière, les traitements par BZD prescrits lors des sevrages alcool sont fréquemment renouvelés, même si les patients sont sevrés.

Nous devons également être attentifs à une hypersomnie (surtout diurne), une négligence corporelle ou une incurie, ainsi qu'à un isolement social et familial. Tous ces signes doivent nous faire penser à une éventuelle addiction à une substance et nous rendre vigilant.

Enfin, si les aînés peuvent, certes, abuser des substances, les soignants sont amenés à prescrire les substances et à réévaluer leurs prescriptions. Les prestataires de soins disposent de connaissances insuffisantes par rapport au sujet. Frémont en 1999 a mis en évidence le manque de formation en gériatrie des professionnels de santé. Selon cette étude, les médecins fonderaient les motifs de prescription autant sur les conditions de vie rapportées par le patient que sur sa pathologie. Des études ont montré qu'entre 42 % et 75 % des patients âgés ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas de morbidités psychiatriques ou d'indication médicale fondée (Tamblyn, 1996 ; Aparasu et al., 1998).

## Quels sont les facteurs de risque d'abus de substance chez les sujets âgés

### *Vulnérabilité psychologique*

Le vieillissement entraîne de nombreux changements et implique la mise en place de processus de réadaptation. Chaque personne réagira différemment face aux défis du vieillissement en fonction de ses atouts biologiques, affectifs, psychologiques et sociaux.

Le processus de séparation-individuation, largement poursuivi à l'adolescence avec l'acquisition d'une identité stable et d'un rôle social, n'est jamais achevé. Il s'agit d'un processus dynamique, qui se réactive notamment chez le sujet âgé. En effet, le vieillissement amène des pertes progressives d'énergie, de capacités, de rôles et de relations qui accroissent le besoin de dépendance, c'est-à-dire le besoin d'avoir recours à des ressources extérieures pour satisfaire ses besoins (De Bruçq, 2008).

Le vieillissement entraîne une involution des potentialités psychiques comme il entraîne un affaiblissement des résistances physiques. Perdant progressivement ses capacités d'adaptation aux changements, un sujet âgé devient en même temps plus vulnérable, plus dépendant de son entourage et des contraintes matérielles, moins apte à utiliser ses ressources psychiques afin de résoudre des conflits et gérer ses angoisses.

De plus, les sujets vivent avec le vieillissement un désengagement progressif de la vie sociale : la société cesse de les solliciter et ils deviennent spectateurs plutôt qu'acteurs. Parmi ces changements, notons les **per-****tes** comme le décès de conjoints, membres de la famille ou amis, la retraite professionnelle, les problèmes de santé physique ou mentale (et la menace de perte d'autonomie), les changements dans la structure familiale (ou l'homéostasie familiale perturbée).

Ces changements peuvent altérer l'image de soi et l'image que les autres renvoient. Cette image est directement liée à la relation que les sujets âgés entretiennent avec autrui et au rôle endossé par chacun (rôle de parent, d'ami, etc.)

Or toute personne cherche à maintenir son rôle et la perte de celui-ci inhérente au vieillissement entraîne nécessairement un état de frustration, voire de dépression. Ainsi, les sujets âgés cherchent à garder des activités sociales pour s'adapter à la perte de ce rôle. Les addictions peuvent alors venir combler un vide social ou permettre un court-circuitage d'une pensée trop douloureuse. D'autant plus que les sujets âgés ont

affaire à de plus en plus de pertes avec le vieillissement, surtout sous la forme de décès. Les stress sont nombreux (au plan de la santé, financier, etc.) et leur réseau social et amical s'amenuise (De Bruçq, 2008).

Les addictions sont considérées comme une mésadaptation chez l'individu qui tente de satisfaire ses besoins fondamentaux. La consommation de SPA offre alors la possibilité d'une décharge des tensions qui s'effectue grâce à la disponibilité d'un objet qu'ils ont l'impression de contrôler.

### ***Vulnérabilité physiologique liée à l'âge***

Le vieillissement s'accompagne de divers changements et transitions. Notamment d'un point de vue physique, le sujet âgé n'est plus l'égal du sujet plus jeune face aux effets de l'alcool et des benzodiazépines.

Tout d'abord, il existe avec l'âge des modifications pharmacocinétiques. La fonction rénale diminue, avec en particulier une baisse du débit de filtration glomérulaire. Il existe aussi une diminution de volume du foie, du nombre d'hépatocytes et une baisse du débit sanguin hépatique.

On observe également une perte ostéomusculaire et un gain adipeux. La diminution du volume musculaire et de l'eau corporelle et l'augmentation du volume adipeux modifient les volumes de distribution. Le volume de distribution des substances hydrosolubles diminue alors que celui des substances liposolubles augmente. Les SPA lipophiles tendent donc à être stockées puis relarguées.

De plus, les patients âgés tendent à être dénutris, ce qui entraîne une hypoprotidémie et une hémococoncentration. Il existe alors un risque potentiel de surdosage des SPA fortement fixés aux protéines plasmatiques.

Enfin, la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique se modifie et peut entraîner une plus grande sensibilité aux SPA agissant au niveau du système nerveux central (notamment sensibilité à l'effet sédatif).

Par ailleurs, il existe également des modifications pharmacodynamiques avec le vieillissement. Il existe en particulier des modifications des récepteurs centraux. Ainsi, concernant les benzodiazépines, certains auteurs avancent l'hypothèse d'une augmentation de l'affinité des récepteurs centraux vis-à-vis des benzodiazépines.

### **Contexte de consommation et croyance**

Il nous semble important d'évoquer, le contexte psychosocial de l'utilisation à long terme des BZD chez les aînés. Celui-ci peut être défini

comme l'environnement où interagissent les facteurs sociaux, culturels et interpersonnels susceptibles de pouvoir influencer la consommation de médicaments (Rouleau, 2003).

J. Collin (2001) évoque le concept de « socialisation de la consommation de psychotropes ». Dans son article, elle émet l'hypothèse que les valeurs et les normes émanant de l'institution médicale, des structures communautaires et de l'environnement social des personnes âgées, sont susceptibles d'être intériorisées par elles et de légitimer, voire d'encourager, leur consommation de psychotropes.

À travers une recherche portant sur la place du médicament dans les stratégies de gestion de la santé et de la maladie chez les personnes âgées, Collin a essayé d'identifier ces normes et valeurs et de dégager les liens entre eux.

Avec l'analyse des entretiens conduits auprès des consommateurs âgés, il s'avère que les participants partagent tous le sentiment d'être particulièrement nerveux, émotifs, sensibles et vulnérables aux stress de la vie quotidienne. Le recours aux médicaments psychotropes est alors perçu comme un moyen de **gestion du stress**. Cette notion de fragilité psychique est étayée par la présence d'une défaillance corporelle associée, que représentent fréquemment, par exemple, les problèmes d'hypertension artérielle. Les personnes âgées perçoivent un lien direct entre leur nervosité et les **problèmes physiques** qu'elles éprouvent. « Contrôler ses nerfs » devient un objectif principal, qui signifie que, si elles échouent à cette tâche, elles mettent en péril leur santé physique, ce qui est générateur d'angoisse. Éviter le stress quotidien devient un des motifs importants pour soutenir une consommation de psychotropes à long terme.

Cette double fragilité, psychique et physique, est, dans nos représentations de la vieillesse, dans nos sociétés occidentales, une fragilité logique et attendue. L'association étroite entre vieillesse et maladie laisse peu de place à la notion d'amélioration (Corin, 1985). Les personnes âgées se perçoivent et sont perçues dans un processus de détérioration inéluctable. Une telle perception ne peut que conforter les attitudes de démission tant sociales que thérapeutiques concernant les personnes âgées et est partagée à la fois par les soignants et les soignés. Les projets à long terme ou les actions engageant un travail sur soi, un changement d'attitudes ou de comportement sont vus comme illusoire. Ceci vient renforcer et légitimer le recours aux psychotropes chez la personne âgée.

Le dernier point qui vient également inscrire ces normes dans le quotidien est la valorisation et l'intériorisation d'attitudes concernant les

médicaments psychotropes eux-mêmes. Tout se passe comme si le fait de prendre des psychotropes était un fait ordinaire, totalement banalisé. On peut voir là un effet paradoxal : limiter et banaliser l'usage des médicaments semble avoir, aux yeux des consommateurs, l'effet irréal d'enlever le potentiel de risque du médicament et d'ajouter une légitimité à travers leur double faille (psychologique et physiologique) identifiée chez eux. La banalisation du geste, fortement soutenue par la minimisation des risques, et l'habitude face à la prise de psychotropes, contribuent à inscrire dans le quotidien des personnes âgées le recours à la médication.

L'hypothèse que les représentations de la vieillesse et des psychotropes puissent conduire à des comportements normés concernant la prescription et la consommation de psychotropes chez la personne âgée nous semble essentielle.

## Conclusion

La question de l'addiction chez le sujet âgé est vaste et nous avons souhaité dans cet article en souligner les particularités.

En étudiant les définitions de l'abus et de la dépendance à une substance, nous avons fait le constat d'une inadéquation entre les critères utilisés par le DSM-IV et les spécificités de l'addiction chez le sujet âgé. De plus, il n'y a pas de réel consensus dans les définitions parmi les auteurs, d'où les difficultés diagnostiques et de repérage qui en découlent.

Les approches catégorielles et quantitatives ont des limites quand il s'agit de populations plus spécifiques telles que celle des sujets âgés.

Il est donc important de considérer les personnes âgées comme une population distincte de la population générale en regard du problème d'abus et de dépendance aux substances. Des éléments non ou difficilement quantifiables tels que le contexte psychosocial de consommation ou les représentations des substances psychoactives sont essentiels dans les phénomènes d'abus/dépendance chez les sujets âgés. Or des représentations telles que celle du médicament par les seniors ou de la vieillesse par notre société ne sont pas quantifiables et mesurables par des critères ou des outils d'évaluation. Ceci nous permet donc de conclure sur l'intérêt du développement d'une approche plus qualitative pour mieux cerner la complexité du phénomène.

## Bibliographie

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 4<sup>e</sup> édition. Washington, DC : APA.
- Anthony, J.C. et Helzer, J.E. (1991). "Syndromes of drug abuser and dependence". *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York, NY: The Free Press, pp. 116-154.
- Aparasu, R.R., Mort, J.R. et Sitzman, S. (1998). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders". 4<sup>e</sup> ed. Washington DC: author.
- Atkinson, R.M. (1990). "Aging and alcohol use disorders: Diagnostic issues in the elderly". *International Psychogeriatrics*. Vol. 2, pp. 55-72.
- Atkinson, R.M. et Ganzini, L. (1994). « Substance abuse ». Dans E.C. Coffey et J.L. Cummings (Eds.), *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Blow, F. et Barry, K. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. Vol. 13 (n°3), pp. 115-123.
- Blow, F., Broker, K., Schulenberg, J. et al. (1992). "The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G) : a new elderly specific screening instrument". *Alcohol Clin. Exp. Res*. Vol. 16, p. 372.
- Blow, F.C., Walton, M.A., Barry, K.L., Coyne, J.C., Mudd, S.A. et Copeland, L.A. (2000). "The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings". *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 48 (n°7), pp. 769-774.
- Collin, J. (2001). « Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation ». *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 22 (n° 2), pp. 75-98.
- Corin, E. (1985). « Définisseurs culturels et repères individuels : le rapport au corps chez les personnes âgées ». *International Journal of psychology*. Vol. 20, pp. 471-500.
- De Brucq H. et Vital I. (2008). « Addictions et vieillissement », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Vol. 6, n° 3, pp. 177-182.
- Dufour, M. et Fuller, R.K. (1995). "Alcohol in the elderly". *Annual Review of Medicine*. Vol. 46, pp. 123-132.
- Egan, M., Morides, Y., Wolfson, C. et Monette, J. (2000). "Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec : prevalence, incidence and risk factors". *Journal of the American geriatrics society*. Vol. 48, pp. 811-816.
- Ewing J.A. (1905-1907). "Detecting alcoholism, The CAGE Questionnaire". *JAMA*. 1984 ; 252 (14).
- Fingerhood, M. (2000). "Substance abuse in older people". *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 48 (n° 8), pp. 985-995.
- Fourrier, A., Letenneur, L., Dartigues, J.F. et Bégaud, B. (1997). *Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminant sociodémographique, état de santé et qualité de vie*. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Frémont, P. (1999). « L'utilisation des psychotropes chez le sujet âgé : trop ou trop peu ». *La presse médicale*. Vol. 28 (n° 32), pp. 1794-1799.

- Golden, A.G., Preston, R.A., Barnett, S.C., Llorente, M., Hamdam, K. et Silverman, M.A. (1999). "Inappropriate medication prescribing in homebound older adults". *Journal of American Geriatrics Society*. Vol. 47, pp. 948-953.
- Guillou Landreat M., Victorri Vigneau C., Hardouin J.B., Grall Bronnec M., Marais M., Venisse J.L. et Jolliet P. (2010). "Can We Say that Seniors Are Addicted to Benzodiazepines?" *Substance use and misuse*, posted on line 13 May.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé*, octobre.
- Haydon et al. (2005). "Prescription drug abuse in Canada and the diversion of prescription drugs into the illicit drug market" *Canadian journal of Public Health*. 96 (6) 459-461.
- Holroyd, S. et Duryee, J.J. (1997). "Substance use disorders in a geriatric psychiatry outpatient clinic: prevalence and epidemiologic characteristics". *The journal of nervous and mental disease*. Vol. 185, pp. 627-632.
- Krause, N. (1995). "Stress, alcohol use, and depressive symptoms in later life". *The Gerontologist*. Vol. 35 (n° 3), pp. 296-307.
- Laure P. et Binsinger C. (2003). *Les médicaments détournés*. Paris, Masson, pp. 23-46.
- Levy J.J., Pierret J. et Thoër C. (2008). « Détournement. Abus. Dopage: d'autres usages des médicaments ». *Drogues. Santé et Société*. Vol. 7, n° 1, juin.
- Liberto, J.G., Oslin, D.W. et Ruskin, P.E. (1992). "Alcoholism in older persons: A review of the literature". *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 43 (n° 10), pp. 975-984.
- National center on addiction and substance abuse (1998). *Under the rug: substance abuse and the mature woman*. New York, NY: Columbia University.
- Patterson, T.L. et Jeste, D.V. (1999). "The potential impact of the baby boom generation on substance abuse among elderly persons". *Psychiatric Services*. Vol. 50 (n° 9), pp. 1184-1188.
- Pelissolo A. et Naja W.J. (2005). « Évaluation de la dépendance aux BZd à l'aide d'une échelle cognitive », *Synapse*, 131, pp. 37-40.
- Rigaud, A.-S., Bayle, C., Latour, H., Lenoir, H., Seux, M.H., Hanon, R., Péquignot, R., Bert, P., Bouchacourt, P., Moulin, F., Cantegreil, I., Wenisch, E., Batouche, F. et Rotrou, J. (2005). « Les troubles psychiques des personnes âgées ». *Encyclopédie médicochirurgicale-Psychiatrie*. Vol. 2, 4, pp. 259-281.
- Rigler, S.K. (2000). "Alcoholism in the elderly". *American Family Physician*. Vol. 61 (n° 6), pp. 1710-1716.
- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K., Bélanger, C. et Dupuis, G. (2003). « Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances ». *Santé mentale au Québec*. Vol. 28 (n° 2), pp. 149-164.
- Sattar, S.P., Petty, F. et Burke, W.J. (2003). "Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics". *Clin. Geriatr. Med*. Vol. 19, pp. 743-761.
- Santé Canada (2002). *Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Meilleures pratiques. 160 p.
- Segal, D.L., Van Hasselt, V.B., Hersen, M. et King, C. (1996). "Treatment of substance abuse in older adults". Dans J.R. Cautela et W. Ishaq (Eds.) *Contemporary Issues in Behavior Therapy: Improving the Human Condition* (pp. 69-85). New York, NY, Plenum Press.

- Simoni-Wastila, L. et Yang, H.K. (2006). "Psychoactive Drug abuse older adults". *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. Vol. 4 (n° 4), pp. 380-394.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (2009). *The NSDUH Report : Illicit Drug use among older Adults*, Rockville, MD, 29 décembre.
- Tamblyn, R.M., McLoead, P.J. et Abrahamowicz, M. (1994). "Questionable prescribing for elderly patients in Quebec". *Canadian medical association journal*. Vol. 150, pp. 1801-1809.
- Tamblyn, R.M. et Perreault, R. (1998). « Encourager, chez les personnes âgées, la consommation rationnelle de médicaments prescrits ». Dans *Canada : Forum national sur la santé. La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier* ; documents commandés par le Forum national sur la santé. Vol. 2, Les adultes et les personnes âgées : les déterminants de la santé. Ottawa : Forum national sur la santé ; Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, pp. 213-285.
- Van Hulten, R., Teeuw, K.G., Bakker, A. et Luefkens, H.G.M. (1997). "Prolonged benzodiazepine use predicted in the first 90 days after start of therapy". *Pharmacoepidemiology of drug safety*. Vol. 6, S99-S100.
- Vigne, C. (2003). « Alcoolisme et addictions en gériatrie ». *La Revue de gériatrie*. Vol. 28 (n° 9), pp. 741-743.