

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

2019

ccsmh.ca



Canadian Coalition
for Seniors' Mental Health
Coalition Canadienne pour
la Santé Mentale des
Personnes Âgées



cagp | **acgp**
CANADIAN ACADEMY OF
GERIATRIC PSYCHIATRY | ACADEMIE CANADIENNE
DE GERONTOPSYCHIATRIE

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Déni de responsabilité :

La présente publication est conçue uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprétée ou utilisée comme une norme d'exercice de la médecine. Tous les efforts ont été faits pour assurer que les renseignements contenus dans cette publication sont exacts. Toutefois, l'éditeur et toutes les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent aucune garantie à l'effet que son contenu est exact, complet ou actuel. La présente publication est distribuée compte tenu que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et tous autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient sur une base individuelle, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de la présente publication déclinent toute responsabilité découlant d'un contrat, d'une négligence ou de tout autre motif d'action, envers toute partie, pour le contenu de la publication ou toute conséquence découlant de son utilisation. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que celles-ci soient attribuées à la bonne source. Veuillez voir la citation suggérée ci-dessous :

Citation suggérée : Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, Canada (2019)

Remerciements :

Le financement des lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA a été assuré par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. La CCSMPA désire exprimer sa reconnaissance envers Santé Canada pour son soutien constant et son engagement continu dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées.

De plus, nous désirons remercier les co-responsables et chaque membre du groupe de travail qui ont consacré d'innombrables heures à l'élaboration des lignes directrices et des recommandations.

Nous souhaitons également remercier D^r Meldon Kahan, D^r Harold Kalant, William McDonnell, D^{re} Rosemary Meier, D^r Samir Sinha, D^{re} Nancy Vasil et Craig Vickers de leur soutien dans la révision du présent document et de la perspective qu'ils ont fournie.

Nous désirons remercier le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et le Groupe de collaboration sur l'usage de substances de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, pour leur soutien et leur contribution tout au long de l'élaboration des lignes directrices, ainsi que Tonya Mahar (directrice des services de bibliothèque, Baycrest) pour son aide pour les recherches dans la littérature médicale.

Enfin, la CCSMPA souhaite souligner le dévouement constant des membres de son comité directeur de même que la contribution extraordinaire de sa directrice, Claire Checkland, et de ses coordonnateurs de projet, Indira Fernando, Natasha Kachan et Marc-André LeBlanc. La CCSMPA est un projet de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Peter R. Butt, B. A. M. D. CCMF (MT) FCMF
Co-responsable
Professeur agrégé, Faculté de médecine,
Université de la Saskatchewan
Consultant en médecine des toxicomanies,
Saskatchewan Health Authority

Marilyn White-Campbell, B. A. Dip. Grt.
Co-responsable
St. Joseph's Health Centre Guelph
Spécialiste des toxicomanies gériatriques
Programme de soutien des personnes
âgées en cas de troubles du comportement,
Baycrest

Sarah Canham, Ph. D.
Professeure agrégée
Faculté de travail social
Faculté d'architecture et de planification
The University of Utah

Ann Dowsett Johnston
Auteure, *Drink: The Intimate Relationship
Between Women and Alcohol*
Personne ayant une expérience vécue

Eunice O. Indome, Ph. D. ing. struc., M. PH
Coordonnatrice des projets de recherche,
Faculté de santé publique et des systèmes
de soins,
Faculté des sciences de la santé appliquées,
Université de Waterloo

Bonnie Purcell, Ph. D., C. Psych.
Psychologue clinicienne
Programme de santé mentale gériatrique,
Centre des sciences de la santé de London
Professeure associée, Départements de
psychologie et de psychiatrie,
Université Western

Jennifer Tung, Pharm. D., ACPR, BCGP
Pharmacienne
GerimedRisk
Hôpital Grand River

Lisa Van Bussel, M. D., FRCP(C)
Psychiatre gériatrique,
Institut Parkwood
Professeure agrégée
Service de psychiatrie gériatrique,
Département de psychiatrie
Université Western

Comité directeur du projet de lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA :

Président, CCSMPA : D^r David Conn

Coprésident, CCSMPA : D^r Kiran Rabheru

Directrice, CCSMPA : Claire Checkland

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de l'alcool
chez les personnes âgées : D^r Peter Butt et
Marilyn White-Campbell

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de BZRA
chez les personnes âgées : D^r David Conn et
D^r David Hogan

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation du cannabis
chez les personnes âgées : D^r Jonathan Bertram,
D^{re} Amy Porath et
D^r Dallas Seitz

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des opioïdes
chez les personnes âgées : D^{re} Launette Rieb et
D^{re} Zainab Samaan

Table des matières

Champ d'application	4
Définition des termes clés	4
Résumé des recommandations et des classements	6
Explication	10
Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées.	10
Prévention du trouble lié à l'utilisation de l'alcool.	11
Dépistage du trouble lié à l'utilisation de l'alcool	14
Évaluation du trouble lié à l'utilisation de l'alcool	18
Traitement du trouble lié à l'utilisation de l'alcool	19
Orientations futures	24
Références	25

La méthodologie des lignes directrices et l'introduction aux lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de substances se trouvent sur notre site Web, à ccsmh.ca

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Champ d'application

Le Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a reçu une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada pour élaborer un ensemble de quatre lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des **troubles liés à l'utilisation de substances** chez les personnes âgées relativement à l'alcool, aux BZRA, au cannabis et aux opioïdes. La méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) a été utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices. La description de cette méthode est fournie dans un document distinct qui se trouve au ccsmh.ca.

Une présentation de ces lignes directrices, soulignant les enjeux pertinents communs aux quatre types de substances, se trouve au ccsmh.ca.

Ces lignes directrices ne visent pas à servir de guide complet sur l'utilisation de ces substances, que ce soit sur prescription médicale ou pour un usage récréatif. L'objectif du présent document est de fournir une orientation utile aux cliniciens pour soit prévenir le développement d'un **trouble lié à l'utilisation de l'alcool** ou évaluer et traiter de façon optimale les personnes âgées ayant développé un trouble de ce type.

Bien que nos lignes directrices soient décrites dans quatre documents distincts, l'usage de multiples substances est courant. Les cliniciens sont donc invités à utiliser toutes les lignes directrices qui s'appliquent.

Définition des termes clés

Définition du trouble lié à l'utilisation de l'alcool selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition)

Schéma problématique d'utilisation d'alcool entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, se manifestant par la présence d'au moins deux des critères suivants au cours d'une période de 12 mois (American Psychiatric Association, 2013). Il est important de souligner que chez les personnes âgées, leur rôle social (p. ex., retraité du monde du travail) ou le processus de vieillissement peuvent modifier certaines de ces conditions, donnant lieu à des manifestations plus subtiles (Kuerbis et coll., 2014).

- ✦ L'alcool est souvent consommé en plus grande quantité ou sur une période plus longue que ce qui était prévu.
- ✦ Désir persistant ou efforts infructueux de réduire ou de contrôler la consommation d'alcool.
- ✦ La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer de l'alcool, à le consommer ou à se rétablir de ses effets.
- ✦ Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
- ✦ Consommation répétée d'alcool menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.
- ✦ Consommation continue d'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
- ✦ Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de la consommation d'alcool.
- ✦ Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- ✦ Consommation persistante d'alcool bien que la personne sache qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
- ✦ Tolérance, définie par l'une ou l'autre des situations suivantes :
 - Besoin d'une quantité notablement plus grande d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'alcool.

✚ Sevrage se manifestant par l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Les symptômes caractéristiques de sevrage (c.-à-d. hyperactivité autonome, tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations ou illusions sensorielles transitoires, agitation psychomotrice, anxiété ou crises convulsives de type grand mal)
- Consommation d'alcool (ou d'une substance étroitement apparentée, comme une benzodiazépine) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Diagnostic

- 1 symptôme ou moins : pas de diagnostic
- 2-3 symptômes : trouble lié à l'utilisation de l'alcool léger
- 4-5 symptômes : trouble lié à l'utilisation de l'alcool moyen
- 6 symptômes ou plus : trouble lié à l'utilisation de l'alcool grave

Rémission

À la suite d'un traitement, on considère qu'une période de 3 à 12 mois d'abstinence constitue une rémission précoce.

Une période de plus de 12 mois est considérée comme une rémission prolongée.

Résumé des recommandations et des classements

Nous avons utilisé la méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) comme méthode de classement de la qualité des données probantes et de la solidité des recommandations. Conformément au processus de classement GRADE, la première étape consistait à classer la qualité des données probantes connues à l'appui de chaque recommandation. Nous avons ensuite déterminé la solidité générale de la recommandation, en tenant compte non seulement de la qualité des données probantes mais aussi d'autres facteurs tels que le potentiel de conséquences nocives, le coût et la faisabilité.

Nous avons également créé une catégorie distincte pour les recommandations qui ne sont pas fondées sur des données empiriques, mais avons convenu qu'elles représentent les meilleures pratiques cliniques. Citons par exemple : processus d'évaluation optimaux et les recommandations liées à l'éducation ou aux politiques. Ces recommandations ont été classées dans la catégorie « C » pour consensus. Nous n'avons pas utilisé la méthode GRADE pour ces recommandations. Une façon de faire semblable a été utilisée pour d'autres ensembles de lignes directrices, par exemple les lignes directrices de la British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et coll., 2012). Bien que ce type de recommandations ne soit pas fondé sur des données empiriques, nous croyons qu'elles sont tout de même utiles et importantes.

GRADE

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS
La qualité des données probantes pour chaque recommandation est déterminée au terme d'un examen approfondi des facteurs suivants : 1) la structure de l'étude et la qualité des études incluses; 2) le caractère direct des données probantes (caractère généralisable ou applicable) et 3) la conviction que le traitement sera bénéfique aux patients.	La solidité de chaque recommandation est déterminée au terme de l'examen de facteurs suivants : 1) l'équilibre entre les avantages et les effets indésirables/risques; 2) l'incertitude ou la variabilité des valeurs et préférences des patients; et 3) les ressources liés aux options de gestion.

*** Des données probantes de qualité élevée ne donnent pas nécessairement lieu à des recommandations élevées, et des recommandations élevées peuvent découler des données probantes de faible qualité.

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES

ÉLEVÉE	Des recherches plus poussées sont peu susceptibles de modifier le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs.
MODÉRÉE	Des recherches plus poussées sont susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et pourraient donner lieu à leur modification.
FAIBLE	Des recherches plus poussées sont très susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et de donner lieu à leur modification.

Note : Les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés sont considérés comme étant de qualité élevée, alors que les études observationnelles sont considérées comme étant de faible qualité.

SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS

ÉLEVÉE	Des recommandations élevées dénotent une forte conviction que les conséquences désirables de la ligne de conduite proposée l'emportent sur les conséquences indésirables, ou vice versa.
FAIBLE	Des recommandations faibles indiquent qu'il y a un équilibre étroit entre les avantages et les inconvénients (y compris les effets nuisibles et le fardeau du traitement), une incertitude entourant l'ampleur des avantages et des inconvénients, une incertitude ou grande variabilité à l'égard des valeurs et des préférences des patients, ou que le coût ou le fardeau de l'intervention proposée pourrait ne pas être justifié.

(adapté de Guyatt et coll., 2008)

RECOMMANDATION N° 1 :

Pour les femmes de 65 ans ou plus, il est recommandé qu'elles ne consomment pas plus d'un verre standard par jour sans dépasser 5 consommations alcoolisées par semaine; pour les hommes de 65 ans ou plus, il est recommandé qu'ils ne consomment pas plus d'un ou deux verres standard par jour sans dépasser 7 consommations alcoolisées par semaine au total. Il est recommandé qu'il y ait quelques jours sans consommation d'alcool chaque semaine. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

- a. En fonction de leur état de santé (s'ils souffrent par exemple de démence, de la maladie de Parkinson, d'un accident vasculaire cérébral hémorragique, d'épilepsie, d'une dysrythmie cardiaque, d'hypertension, d'apnée du sommeil, de MPOC, d'une maladie hépatique, de pancréatite, d'un cancer gastro-intestinal ou du sein ou d'un trouble de l'équilibre ou de la mobilité), de leur fragilité et des médicaments qu'ils utilisent (p. ex., benzodiazépines, opioïdes, gabapentinoïdes, antidépresseurs sédatifs), certains adultes devraient s'en tenir aux limites réduites de consommation d'alcool recommandées avant d'atteindre l'âge de 65 ans. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b. À mesure que les personnes âgées vieillissent, en particulier celles souffrant de comorbidités (voir ci-dessus), elles devraient abaisser leur consommation d'alcool à un verre ou moins par jour, prises en moins d'occasions, et elles devraient songer à s'abstenir d'en consommer. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]
- c. On recommande aux personnes âgées de ne pas consommer d'alcool lorsqu'elles utilisent tout type de véhicule, d'outil ou de machinerie, qu'elles prennent des médicaments ou d'autres drogues qui interagissent avec l'alcool, qu'elles pratiquent un sport ou une activité physique potentiellement dangereuse, qu'elles s'apprêtent à se coucher ou qu'elles doivent se lever la nuit, qu'elles doivent prendre des décisions importantes, qu'elles doivent prendre soin d'autres personnes ou qu'elles souffrent d'une maladie physique ou mentale grave ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]
- d. Il faut conseiller aux personnes âgées qui choisissent de boire de l'alcool de diminuer leur vitesse de consommation et leur consommation totale d'alcool pour chacune des consommations afin de réduire les risques d'effets nocifs. Il est préférable de consommer des boissons alcoolisées avec des aliments plutôt que lorsqu'on a l'estomac vide et de les consommer en alternance avec des boissons non alcoolisées non caféinées. Il faut éviter complètement la consommation de boissons alcoolisées dans le cadre d'une situation ou d'une activité potentiellement dangereuse. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 2 :

Accroître la sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool au moyen d'étiquettes qui indiquent :

- a. La quantité de verres standard que contient le produit;
- b. Les lignes directrices nationales sur la consommation à faible risque autant pour les adultes que pour les personnes âgées;
- c. Un avertissement sur les risques et les effets nocifs liés à l'alcool. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 3 :

Comme stratégie de diminution des effets nocifs pour les grands consommateurs d'alcool, on recommande d'utiliser un supplément quotidien d'au moins 50 mg de thiamine pour prévenir le syndrome de Wernicke-Korsakoff, un déclin progressif des fonctions cognitives et une augmentation de la fragilité. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 4 :

La consommation d'alcool de tous les patients (y compris les personnes âgées) doit être évaluée au moins chaque année (c.-à-d. dans le cadre de l'examen physique périodique) et aux points de transition des soins (p. ex., lors d'une hospitalisation). Cette évaluation doit être réalisée à une fréquence accrue si le taux de consommation du patient dépasse les lignes directrices sur la consommation à faible risque, si le patient présente des symptômes d'un TUA, s'il présente des antécédents familiaux de TUA, s'il souffre actuellement d'anxiété ou de dépression, si ses proches aidants expriment des préoccupations et si la personne âgée subit des transitions ou des changements importants dans sa vie. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 5 :

On doit s'enquérir auprès des personnes âgées de leur consommation d'alcool dans tous les milieux de soins, y compris : hôpitaux, centres de réadaptation, soins à domicile, centres de services communautaires, résidences assistées, établissements de soins de longue durée et programmes spécialisés. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 6 :

S'assurer d'adapter le dépistage du TUA à l'âge chez les personnes âgées et de recourir à l'écoute active, de le faire de façon bienveillante et non menaçante, de tenir compte des troubles de la mémoire ou du déclin cognitif, de ne pas recourir au jugement et à la stigmatisation et de reconnaître que les critères du DSM-5 ne permettront pas de détecter tous les cas en raison de la réduction des obligations sociales et professionnelles. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 7 :

Demander le consentement pour discuter de la consommation d'alcool du patient et de ses répercussions avec la famille, les amis et les autres soignants du patient. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 8 :

Les personnes âgées dont le résultat du dépistage d'un TUA est positif doivent être évaluées par un professionnel de la santé ayant suivi une formation adéquate. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 9 :

Une évaluation exhaustive est indiquée pour toutes les personnes âgées souffrant d'un TUA, présentant des signes de consommation nocive ou souffrant d'une intoxication aiguë. Cette évaluation doit comprendre : l'utilisation d'un questionnaire uniformisé sur la consommation d'alcool pour déterminer le degré et la fréquence de consommation d'alcool et les dangers potentiels, une évaluation exhaustive de la prise de médicaments et d'autres substances psychoactives, la détermination de la présence d'un autre trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, l'évaluation de la capacité physique, mentale et cognitive, de l'alimentation, de la douleur chronique, des conditions sociales, du soutien familial et social, du fonctionnement global et des antécédents collatéraux. Cette évaluation doit être réalisée sans égard aux comorbidités physiques, mentales ou cognitives, avec modifications si on juge qu'elles s'imposent. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 10 :

Évaluer l'atteinte cognitive chez les personnes âgées souffrant d'un TUA, à l'aide d'un outil validé à tous les 12 mois ou selon les besoins. En cas d'atteinte cognitive, refaire l'évaluation cognitive 6 et 12 mois après la diminution ou la cessation de la consommation d'alcool pour déceler des signes d'amélioration. Le plan de traitement doit préciser le calendrier et la procédure d'évaluation continue des résultats cliniques et de l'efficacité du traitement. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 11 :

Il faut initialement explorer les options de traitement les moins intrusives ou invasives, telles que des interventions comportementales, pour les personnes âgées présentant un TUA léger. Ces méthodes initiales peuvent fonctionner soit comme stratégie de pré-traitement ou comme traitement en tant que tel. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 12 :

Offrir systématiquement l'intervention comportementale et la gestion de cas en association avec un traitement pharmacologique (p. ex., médicament contre l'état de manque) car cela peut augmenter l'efficacité du traitement de soins primaires. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 13 :

La pharmacothérapie à la naltrexone ou à l'acamprosate peut être utilisée pour traiter le TUA chez les personnes âgées, selon les besoins, en tenant compte des contre-indications et des effets secondaires. La naltrexone peut être utilisée autant pour diminuer la consommation d'alcool que pour favoriser l'abstinence, alors que l'acamprosate est utilisé pour soutenir l'abstinence. En général, on doit débiter par une faible dose et l'ajuster lentement, en s'assurant de garder une communication ouverte avec le patient. L'instauration du traitement peut se faire à domicile, à l'hôpital, pendant la prise en charge du sevrage ou en milieu de soins de longue durée, suivi d'une transition vers un établissement approprié. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 14 :

Il faut offrir à toutes les personnes âgées souffrant d'un TUA, ainsi qu'à leurs soignants et à leurs personnes de soutien, un traitement et du soutien psychosocial, selon les besoins, dans le cadre du plan de traitement. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 15 :

Utiliser l'échelle PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale; échelle de prédiction de la sévérité du sevrage de l'alcool) pour dépister les personnes nécessitant une prise en charge médicale du sevrage (antécédents de delirium, de crises épileptiques ou de sevrage prolongé). Les patients dont l'état de santé général est mauvais, qui sont profondément suicidaires, qui souffrent de démence, qui sont instables sur le plan médical ou qui nécessitent une surveillance personnalisée constante doivent recevoir des soins hospitaliers médicaux, psychiatriques ou infirmiers 24 heures par jour en milieu hospitalier ou un traitement intensif sous supervision et surveillance médicale. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 16 :

Pour la prise en charge du sevrage de l'alcool chez les personnes âgées, il est préférable d'utiliser l'échelle d'évaluation des symptômes CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol; évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme) avec des protocoles comportant une benzodiazépine à courte durée d'action telle que le lorazépam. On doit également prendre attentivement en considération les comorbidités pour éviter les complications. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 17 :

Pour les personnes âgées en environnement contrôlé, où un sevrage médical ne peut pas se faire ou est jugé inapproprié, il est recommandé d'envisager, comme stratégie d'atténuation des effets nocifs, la diminution progressive et supervisée de l'alcool. Personnaliser la diminution progressive d'un verre standard tous les 3 jours (baisse agressive), chaque semaine (baisse modérée) ou toutes les 2-3 semaines (baisse légère) en utilisant l'échelle CIWA-Ar pour s'assurer que le pointage de symptômes de sevrage se maintienne sous une valeur de 10. L'approche utilisée doit être personnalisée, progressive et sans calendrier préétabli. [Consensus]

RECOMMANDATION N° 18 :

Pour prévenir le développement de l'encéphalopathie de Wernicke pendant le sevrage, il faut administrer au moins 200 mg de thiamine par voie parentérale (i.m. ou i.v.) pendant 3-5 jours. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 19 :

Les professionnels de la santé, les personnes âgées et la famille de celles-ci doivent plaider en faveur du financement adéquat du traitement du TUA et de l'accès approprié à ce traitement, en particulier à la pharmacothérapie (naltrexone et acamprosate) et aux thérapies psychosociales. [Consensus]

RECOMMANDATION N° 20 :

Le suivi de la réponse au traitement doit être assuré au moyen de paramètres de laboratoire tels que la gamma-glutamyl-transférase (GGT) et le volume cellulaire moyen (VCM). [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 21 :

L'analyse et le suivi de la gravité et de la prise en charge des problèmes simultanés de santé physique ou mentale (y compris les troubles psychiatriques, le risque suicidaire et les troubles cognitifs concomitants), ainsi que des transitions sociales importantes chez la personne elle-même ou dans sa famille, doivent se poursuivre sans égard à la continuation, la diminution ou la cessation de la consommation d'alcool. [Classement GRADE : Données probantes : modérés; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 22 :

La gestion périchirurgicale d'une chirurgie non urgente doit comporter le sevrage ou la réduction progressive de l'alcool sous supervision médicale avant l'intervention, avec traitement après l'intervention et la prise en considération d'un médicament contre l'état de manque. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Explication

Malgré les taux croissants de mésusage de drogues illicites et de médicaments d'ordonnance chez les adultes âgés de 65 ans ou plus, l'alcool demeure la substance psychoactive que les gens de ce groupe d'âge consomment le plus et dont ils abusent le plus (Kuerbis et coll., 2014). Le trouble lié à l'utilisation de l'alcool (TUA) et la consommation risquée d'alcool sont fréquents chez les personnes âgées, le taux signalé de consommation problématique variant entre 1 et 22 % (Woodruff et coll., 2009). Les femmes âgées peuvent être particulièrement susceptibles aux problèmes liés à l'alcool (Blow et Barry, 2002). Une étude récemment menée a révélé qu'une plus grande proportion de personnes âgées (entre 55 et 70 ans) sont des buveurs excessifs comparativement aux adultes plus jeunes, bien que le TUA, selon la définition du DSM-5, soit moins prévalent chez les personnes âgées (Kuerbis et al. 2014).

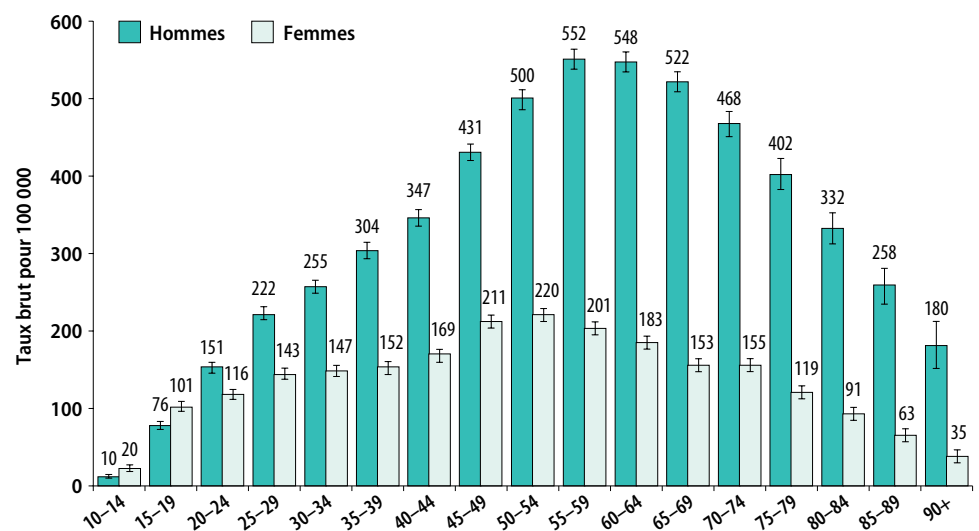
Il peut être difficile de déceler un TUA chez les personnes âgées, étant donné que certains des signes et symptômes d'une utilisation problématique s'apparentent à ceux de problèmes de santé liés à l'âge, tel que des problèmes de mobilité, des troubles cognitifs et un taux élevé de comorbidités multiples comme les chutes et les fractures, qui peuvent survenir en raison de la consommation d'alcool (Johnston et McGovern, 2004; Chen et Yoon, 2017; Bjarko et coll., 2019). L'évolution d'autres maladies chroniques chez les personnes âgées peut également masquer le TUA. Une rigueur accrue dans la réalisation du dépistage et une interprétation élargie des critères diagnostiques du DSM-5 sont requises pour déceler les personnes âgées aux prises avec un TUA. On doit également porter une attention particulière aux critères tels que l'échec dans les rôles sociaux ou des interactions sociales réduites ou problématiques, puisqu'il est possible que ces situations ne soient pas facilement détectables chez les personnes âgées retraitées ou isolées.

La consommation de plus de 100 g d'alcool par semaine est reconnue comme étant associée à un risque accru de mortalité toutes causes confondues ainsi que d'autres effets néfastes sur la santé tels que les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, la coronaropathie (sauf l'infarctus du myocarde), la maladie hypertensive mortelle et l'anévrisme de l'aorte mortel (Wood et coll., 2018). La consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées peut accroître le risque de plusieurs problèmes de santé, dont l'hypertension, l'AVC hémorragique, le diabète, les infections, la maladie hépatique alcoolique et les affections gastro-intestinales telles que la gastrite, les ulcères gastriques et l'hémorragie gastrique (Taylor et coll., 2010; Mukamal et coll., 2006; Baliunas et coll., 2009; Diaz et coll., 2002; Wakabayashi et coll.,

2010). Des données probantes montrent que la consommation d'alcool augmente, de façon proportionnelle à la dose, le risque de cancer dans plusieurs organes, notamment l'oropharynx, le larynx, l'œsophage, le foie, le côlon et le rectum et le sein (Bagnardi et coll., 2001). La consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées peut également être associée à un risque accru de déclin cognitif et de démence (Andersen et coll., 2015). Le TUA est un facteur de risque de suicide chez les personnes âgées; la présence concomitante d'un TUA peut accroître la probabilité d'isolement, d'un mauvais état de santé et de dépression (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006; Heisel et Links, 2005).

Les personnes âgées prennent souvent plusieurs médicaments pour gérer des affections chroniques; la consommation d'alcool entraîne le risque d'interactions nocives entre l'alcool et les médicaments. En outre, les personnes âgées métabolisent généralement l'alcool plus lentement que les adultes plus jeunes (Vestal et coll., 1977; Tupler et coll., 1995; Meier et Seitz, 2008; Andersen et coll., 2015), ce qui entraîne un risque d'effets accrus de l'alcool chez les personnes âgées même lorsqu'elles en consomment une quantité relativement faible.

Figure 1 Taux bruts d'hospitalisations entièrement causées par l'alcool pour 100 000 personnes de 10 ans et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, 2015-2016



Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière; Base de données sur les congés des patients; Système national d'information sur les soins ambulatoires; Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2015-2016; Institut canadien d'information sur la santé; estimation de la population, 2015, Statistique Canada

Prévention du trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Toute consommation d'alcool entraîne un certain degré de risque en raison de la vulnérabilité individuelle variable, de l'environnement de consommation, de l'activité physique, des effets nocifs aigus et des effets nocifs potentiels liés à la consommation chronique. Une méta-analyse a récemment établi que la quantité d'alcool conférant un risque réduit de morbidité était de 100 g d'éthanol ou moins par semaine (Wood et coll., 2018). L'abstinence de l'alcool constitue le moyen le plus sûr de prévenir l'apparition d'un TUA. Le meilleur conseil à donner aux personnes âgées qui choisissent de boire de l'alcool est de maintenir la quantité consommée bien en deçà des lignes directrices nationales sur la consommation à faible risque et de la réduire davantage si le risque de la personne en particulier est accru en raison d'antécédents personnels ou familiaux de TUA, de la présence simultanée de problèmes de santé physique ou mentale ou d'une tendance à boire pour composer avec les difficultés de la vie. À mesure que la personne vieillit ou si des conséquences négatives apparaissent, la quantité d'alcool consommée doit être réduite encore plus. De nombreuses personnes âgées prennent très rarement de l'alcool, à l'occasion d'événements spéciaux seulement, ou alors elles ne boivent pas du tout.

RECOMMANDATION N° 1 :

Pour les femmes de 65 ans ou plus, il est recommandé qu'elles ne consomment pas plus d'un verre standard par jour sans dépasser 5 consommations alcoolisées par semaine; pour les hommes de 65 ans ou plus, il est recommandé qu'ils ne consomment pas plus d'un ou deux verres standard par jour sans dépasser 7 consommations alcoolisées par semaine au total. Il est recommandé qu'il y ait quelques jours sans consommation d'alcool chaque semaine. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

- En fonction de leur état de santé (s'ils souffrent par exemple de démence, de la maladie de Parkinson, d'un accident vasculaire cérébral hémorragique, d'épilepsie, d'une dysrythmie cardiaque, d'hypertension, d'apnée du sommeil, de MPOC, d'une maladie hépatique, de pancréatite, d'un cancer gastro-intestinal ou du sein ou d'un trouble de l'équilibre ou de la mobilité), de leur fragilité et des médicaments qu'ils utilisent (p. ex., benzodiazépines, opioïdes, gabapentinoïdes, antidépresseurs sédatifs), certains adultes devraient s'en tenir aux limites réduites de consommation d'alcool recommandées avant d'atteindre l'âge de 65 ans. [Classement GRADE : Données probantes : élevés; Solidité : élevée]
- À mesure que les personnes âgées vieillissent, en particulier celles souffrant de comorbidités (voir ci-dessus), elles devraient abaisser leur consommation d'alcool à un verre ou moins par jour, prises en moins d'occasions, et elles devraient songer à s'abstenir d'en consommer. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]
- On recommande aux personnes âgées de ne pas consommer d'alcool lorsqu'elles utilisent tout type de véhicule, d'outil ou de machinerie, qu'elles prennent des médicaments ou d'autres drogues qui interagissent avec l'alcool, qu'elles pratiquent du sport ou une activité physique potentiellement dangereuse, qu'elles s'apprêtent à se coucher ou qu'elles doivent se lever la nuit, qu'elles doivent prendre des décisions importantes, qu'elles doivent prendre soin d'autres personnes ou qu'elles souffrent d'une maladie physique ou mentale grave ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

- Il faut conseiller aux personnes âgées qui choisissent de boire de l'alcool de diminuer leur vitesse de consommation et leur consommation totale d'alcool pour chacune des consommations afin de réduire les risques d'effets nocifs. Il est préférable de consommer des boissons alcoolisées avec des aliments plutôt que lorsqu'on a l'estomac vide et de les consommer en alternance avec des boissons non alcoolisées non caféinées. Il faut éviter complètement la consommation de boissons alcoolisées dans le cadre d'une situation ou d'une activité potentiellement dangereuse. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Verres standard

Il est important d'estimer précisément la quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation afin d'harmoniser la consommation aux lignes directrices sur la consommation à faible risque. On parle souvent de déterminer le nombre de verres standard qu'une personne a consommés, mais il n'existe pas de définition internationale de ce que constitue un verre standard. Dans plusieurs pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni (R.-U.), la limite de verres standard est inférieure à celle utilisée au Canada. Au Canada, un verre standard correspond à 17,05 ml ou 13,45 g d'éthanol pur. Cela équivaut à une bouteille de 341 ml (12 oz) de bière régulière (à 5 %), à 142 ml (5 oz) de vin de table à 12 % ou à 43 ml (1,5 oz) de spiritueux à 40 % (80 degrés).

Verres Standard

Au Canada, un verre standard correspond à 13,45 g d'éthanol pur.

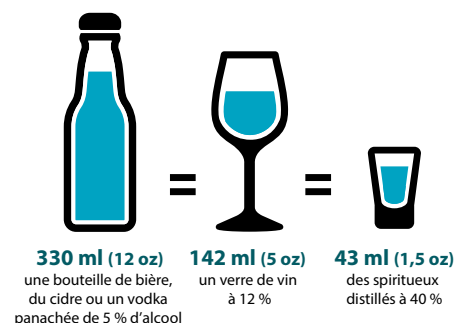


Figure 2

Changements physiologiques et vulnérabilité psychosociale entraînant un risque accru de consommation d'alcool

À mesure qu'elles vieillissent, les personnes âgées sont plus sensibles aux effets de l'alcool en raison de changements dans leur situation de vie, leur physiologie, leurs capacités cognitives, leur état de santé et leur usage de médicaments (Kuerbis et coll., 2014).

Les changements de situation, tels que l'érosion du mariage, le deuil, la retraite ou la perte d'emploi, les pressions financières, la violence conjugale, les problèmes de santé ou l'isolement social, peuvent entraîner une consommation accrue d'alcool. Les personnes âgées peuvent boire pour oublier, pour cacher des problèmes, pour favoriser la socialisation ou pour combattre la solitude, l'ennui ou la dépression (Santé Canada, 2002). Bien que ces difficultés ne touchent pas uniquement les personnes âgées, elles peuvent s'accumuler et devenir irréversibles durant le troisième âge.

L'altération du métabolisme de l'alcool liée à l'âge peut entraîner une hausse de la concentration sérique maximale d'alcool (Moore et coll., 2007). À quantité consommée équivalente, les personnes âgées présentent un taux d'alcoolémie plus élevé que les adultes plus jeunes. Vestal et ses collaborateurs ont estimé que la concentration d'alcool dans le sang résultant de la consommation d'une même quantité d'alcool augmentait de 33 % entre 21 et 81 ans (Vestal et coll., 1977). Cette différence est due aux changements de composition corporelle entraînant une diminution de la masse maigre et du volume de distribution (Vestal et coll., 1977). De plus, étant donné que l'alcool se retrouve principalement dans la masse hydrique corporelle, dont la quantité diminue lors du vieillissement, la concentration d'alcool dans le sang augmente chez les personnes âgées. L'atrophie de la muqueuse gastrique, qui se produit lors du vieillissement, diminue le métabolisme de l'alcool chez les hommes âgés (Pozzato et coll., 1995). Les conséquences cliniques de ce processus sont mal comprises en raison des facteurs confondants que sont le prolongement de la vidange gastrique lié à l'âge et la possibilité d'un métabolisme de premier passage accru (Moore et coll., 2007; Ammon et coll., 1996; Ferreira et Weems, 2008; Meier et Seitz, 2008). Le métabolisme hépatique de l'alcool ne semble pas être sensiblement altéré malgré la diminution du débit sanguin hépatique et de la masse du foie (Moore et coll., 2007; Ammon et coll., 1996).

Augmentation liée à l'âge de la vulnérabilité aux effets de l'alcool

Les personnes âgées peuvent présenter une vulnérabilité accrue aux effets de l'alcool en raison du déclin cognitif coexistant, y compris la démence (Kim et coll., 2012; Ilomaki et coll., 2015), et une diminution de la force, de l'équilibre et de l'agilité qui peut accroître le risque de chutes liées à l'usage d'alcool. Les répercussions de ces effets sont difficiles à estimer en raison de la diversité de la population âgée. Néanmoins, chez les personnes âgées, nous recommandons une diminution de la consommation d'alcool de 17 % par rapport aux recommandations des lignes directrices canadiennes sur la consommation à faible risque, en plus d'une diminution de 33 % pour tenir compte de l'altération du métabolisme de l'alcool. Cela entraînerait une diminution globale de 50 % par rapport aux lignes directrices actuelles sur la consommation à faible risque pour les personnes âgées en santé, afin de maintenir un degré de risque comparable à celui des adultes plus jeunes.

En fonction de ces vulnérabilités liées à l'âge, les lignes directrices sur la consommation à faible risque pour les personnes âgées doivent être inférieures à celles utilisées pour la population générale adulte. Les femmes de 65 ans ou plus ne doivent pas consommer plus d'un verre standard par jour, sans dépasser 5 verres par semaine au total. Les hommes de 65 ans ou plus ne doivent pas consommer plus d'un ou deux verres standard par jour, sans dépasser 7 verres par semaine au total. Il est recommandé qu'il y ait quelques jours sans consommation d'alcool à chaque semaine afin d'éviter l'établissement d'une habitude ou que l'alcool devienne une stratégie d'adaptation délétère.

L'apparition d'une vulnérabilité accrue aux effets de l'alcool varie. Certains adultes deviennent de plus en plus vulnérables à l'alcool tôt dans leur vie. En fonction de leur état de santé général et des médicaments qu'ils utilisent, certains adultes devraient diminuer leur consommation d'alcool avant l'âge de 65 ans. Toutefois, lorsque la santé générale se détériore et que la fragilité augmente, la consommation d'alcool doit être réduite à un verre ou moins, voire aucun par jour, autant pour les hommes que pour les femmes.

Méthodes d'atténuation des effets nocifs liés à la consommation d'alcool dans le troisième âge

Certaines personnes âgées présentant un TUA souffrent d'autres comorbidités physiques et mentales importantes en vieillissant. Étant donné la nature récurrente du TUA grave, chronique et résistant au traitement et ses conséquences sur la santé physique et mentale, la mise en œuvre de stratégies d'atténuation des effets nocifs, tel un programme de gestion de l'alcoolisme, peut faire partie du continuum comprenant l'évaluation exhaustive, l'établissement d'objectifs et le plan de prise en charge. Des études récentes révèlent que des stratégies d'atténuation des effets nocifs peuvent être mises en œuvre avec succès chez les populations marginalisées et difficiles à desservir (Collins et coll., 2015; Stockwell et coll., 2018).

Les caractéristiques principales de l'atténuation des effets nocifs s'appliquent particulièrement aux personnes âgées. L'humanisme, le pragmatisme, l'individualisme, l'autonomie et le gradualisme (Hawk et coll., 2017) s'harmonisent tous avec l'évaluation et les soins des personnes âgées axés sur la personne. Une approche globale des soins des personnes âgées souffrant d'un TUA comprend des soins axés sur la personne, une évaluation holistique et l'établissement d'objectifs. Les petits objectifs graduels constituent une caractéristique principale de la planification des soins (American Geriatrics Society, 2012).

De nombreuses personnes âgées peuvent être en mesure de diminuer leur consommation d'alcool en utilisant des stratégies d'atténuation des effets nocifs. L'intégration de l'atténuation des effets nocifs à une approche d'évaluation gériatrique complète peut favoriser l'engagement des personnes âgées dans leur processus de rétablissement (Han, 2018). Il peut être nécessaire d'axer les stratégies d'atténuation des effets nocifs sur les résultats de santé, tels que la diminution de la fréquence des chutes, plutôt que simplement sur la diminution de la consommation d'alcool. Les stratégies d'atténuation des effets nocifs occupent une place de choix dans le continuum des soins aux personnes âgées présentant un TUA ou une consommation à risque. Non seulement ces stratégies aideront à diminuer la consommation d'alcool, elles pourraient également permettre de réduire les séquelles médicales et mentales du TUA.

Différentes approches peuvent être adoptées afin de réduire les méfaits chez les personnes qui choisissent de consommer de l'alcool. Les boissons alcoolisées doivent être sirotées plutôt qu'englouties. On peut les diluer dans un liquide non alcoolisé et les consommer en alternance avec des boissons non alcoolisées non caféinées. En général, on ne devrait pas boire d'alcool dans des situations dangereuses ou lors de la pratique d'activités risquées (Butt et coll., 2011).

Adapté de : Science and Technology Committee, House of Commons (2012). Alcohol guidelines. Eleventh Report of Sessions 2010-2012. Volume I. Tiré de : <https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmsctech/1536/1536.pdf>

RECOMMANDATION N° 2 :

Accroître la sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool au moyen d'étiquettes qui indiquent :

- a. La quantité de verres standard que contient le produit;**
- b. Les lignes directrices nationales sur la consommation à faible risque autant pour les adultes que pour les personnes âgées;**
- c. Un avertissement sur les risques et les effets nocifs liés à l'alcool.**

[Classement GRADE : Données probantes: faibles; Solidité : élevée]

Il est difficile de faire comprendre au consommateur les concepts de verre standard et de consommation à faible risque (Stockwell et coll., 2018). De plus, bon nombre de consommateurs ne connaissent pas les effets nocifs potentiels de l'alcool. Cette information pourrait être présentée au point de consommation, sous forme d'étiquettes sur les produits alcoolisés affichant le nombre de verres standard que contient le produit, les lignes directrices sur la consommation à faible risque ainsi que les risques et les dangers liés à l'alcool. Les étiquettes d'information sur le verre standard visent à informer et à orienter les consommateurs sur leur consommation d'alcool. Ces renseignements pourraient être particulièrement utiles pour les personnes âgées. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont défini quelques pratiques exemplaires bénéfiques comportant l'affichage, sur l'étiquette des produits alcoolisés, du nombre de verres standard contenus dans le produit (Food Standards Australia – New Zealand, 2014).

L'efficacité de l'étiquette d'information sur le verre standard a également été démontrée au R.-U. Dans une étude, bien qu'environ 74 % des personnes âgées ne fussent pas en mesure d'indiquer la limite de consommation recommandée, plus de 80 % d'entre elles étaient sûres de pouvoir tenir le compte du nombre d'unités d'alcool

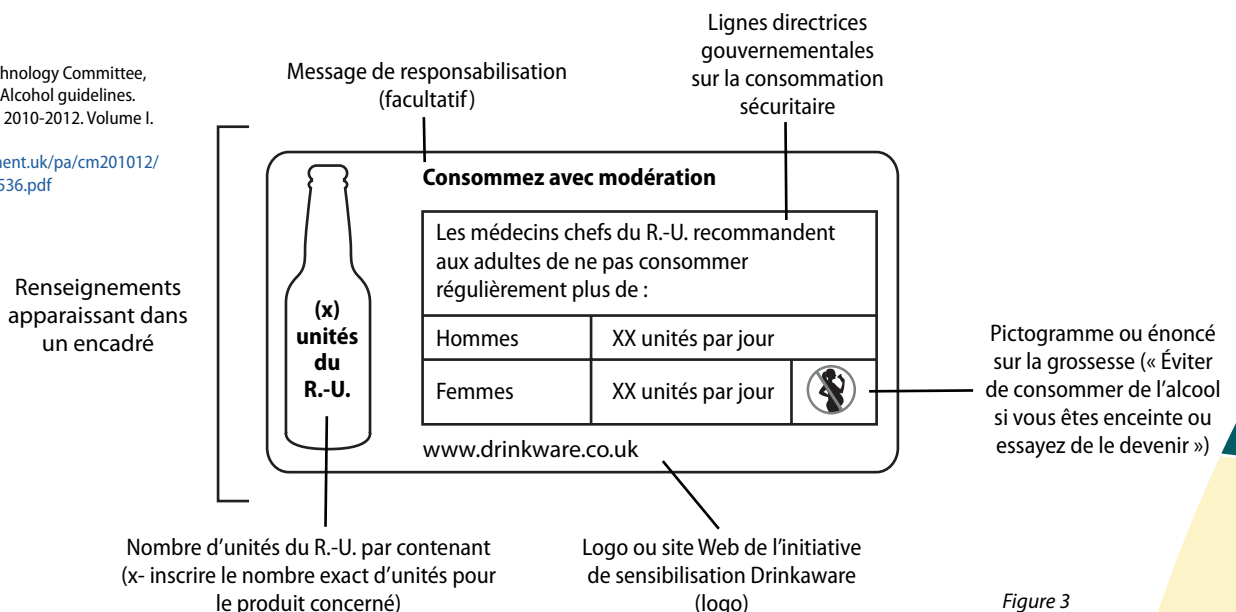


Figure 3

consommées lorsqu'on leur présentait des produits alcoolisés étiquetés (Holley-Moore et Beach, 2016). La figure 3 montre un exemple de la façon dont les renseignements de sensibilisation à l'alcool sont présentés sur les étiquettes de consommation au R.-U.

Au Canada, l'étiquette des boissons alcoolisées indique présentement la teneur en alcool selon le volume d'alcool. Cependant, la teneur en alcool ne donne pas nécessairement une idée précise du nombre de verres standard que contient le produit et les lignes directrices sur la consommation ne sont pas indiquées. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) souligne les bienfaits de l'étiquette d'information sur le verre standard et a proposé sa mise en œuvre au Canada (CCDUS, 2015). Les bienfaits de l'étiquette d'information sur le verre standard sont la compréhension du nombre de verres standard que contient le récipient de boisson alcoolisée, la sensibilisation aux lignes directrices sur la consommation à faible risque, l'utilité lors du dépistage, des interventions brèves et de l'aiguillage vers un traitement ainsi que l'orientation des recommandations en faveur d'autres stratégies d'atténuation des effets nocifs de l'alcool (Comité consultatif sur la stratégie nationale sur l'alcool, 2015). Il est important de tenir compte de tous ces bienfaits pour les personnes âgées.

RECOMMANDATION N° 3 :

Comme stratégie de diminution des effets nocifs pour les grands consommateurs d'alcool, on recommande d'utiliser un supplément quotidien d'au moins 50 mg de thiamine pour prévenir le syndrome de Wernicke-Korsakoff, un déclin progressif des fonctions cognitives et une augmentation de la fragilité. [Classement GRADE : Données probantes: faibles; Solidité : élevée]

Les gens qui souffrent d'un TUA ou qui consomment beaucoup d'alcool présentent un risque de développer une carence en thiamine (vitamine B1) et l'encéphalopathie de Wernicke. L'administration parentérale de thiamine est recommandée pour les personnes âgées dont la consommation d'alcool est élevée et qui sont hospitalisées ou nécessitent une cure de désintoxication (voir la recommandation n° 18). Malgré la quantité limitée de données probantes publiées, il existe un consensus clinique quant à l'administration de thiamine par voie orale aux buveurs actuels qui sont à risque, notamment les personnes âgées qui reçoivent un diagnostic de TUA modéré ou grave, qui souffrent de malnutrition (c.-à-d. faible indice de masse corporelle, récente perte importante de poids, anorexie, nausées et vomissements) ou qui souffrent d'une maladie hépatique décompensée. Une dose élevée (c.-à-d. 100 mg ou plus) de thiamine par voie orale est recommandée étant donné que l'absorption par voie orale est aléatoire. Dans les situations urgentes, la thiamine doit être administrée pendant au moins 5 jours, jusqu'à ce que les sources alimentaires soient jugées suffisantes, ou administrée en prophylaxie jusqu'à ce que le TUA puisse être traité de façon plus définitive (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Dépistage du trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

La consommation d'alcool, de tabac et de drogue doit être passée en revue et abordée chaque année par les fournisseurs de soins primaires. Ce type de discussion doit être abordée normalement comme toute autre discussion et réalisée de façon simple, neutre et directe. Si la consommation d'alcool ou la fréquence, le contexte ou les conséquences de cette consommation sont une source de préoccupation, un test de dépistage validé doit être utilisé. Plus le fournisseur de soins primaires est à l'aise d'aborder cette conversation, plus il a de chances d'obtenir de l'information pertinente liée à la santé du patient.

RECOMMANDATION N° 4 :

La consommation d'alcool de tous les patients (y compris les personnes âgées) doit être évaluée au moins chaque année (c.-à-d. dans le cadre de l'examen physique périodique) et aux points de transition des soins (p. ex., lors d'une hospitalisation). Cette évaluation doit être réalisée à une fréquence accrue si le taux de consommation du patient dépasse les lignes directrices sur la consommation à faible risque, si le patient présente des symptômes d'un TUA, s'il présente des antécédents familiaux de TUA, s'il souffre actuellement d'anxiété ou de dépression, si ses soignants expriment des préoccupations et si la personne âgée subit des transitions ou des changements importants dans sa vie. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les lignes directrices sur les meilleures pratiques recommandent que tous les adultes de 18 ans ou plus subissent chaque année un test de dépistage de la consommation nocive d'alcool réalisé par leur clinicien de soins primaires (Oleski et coll., 2010; Mitchell et coll., 2012; Moyer, 2013; Spithoff et Kahan, 2015). Si le taux de consommation dépasse les lignes directrices sur la consommation à faible risque, la présence d'un TUA chez ces personnes doit être évaluée à l'aide d'un outil de dépistage validé (Hearne et coll., 2002; Mitchell et coll., 2012). Le milieu de soins primaires est idéal pour le dépistage périodique des personnes âgées, étant donné que celles-ci sont susceptibles de consulter un professionnel de la santé plusieurs fois par année (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 1998). En plus du dépistage annuel systématique, un dépistage doit être réalisé si certains symptômes physiques (énumérés ci-dessous) sont présents, si les aidants naturels expriment leur préoccupation au sujet de la consommation d'alcool de leur proche ou si le patient subit des transitions ou des changements importants dans sa vie (SAMHSA, 1998), toutes ces situations pouvant être associées à un problème de consommation d'alcool.

Symptômes physiques devant déclencher un dépistage (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 1998)

- Plaintes liées au sommeil; modifications observables des habitudes de sommeil; fatigue, somnolence diurne ou malaise inhabituel; sédation apparente (p. ex., une personne âgée auparavant ponctuelle commence à se réveiller trop tard et n'est pas prête lorsque la camionnette du centre pour personnes âgées vient la chercher)
- Déficit cognitif, problème de mémoire ou de concentration, désorientation ou confusion (p. ex., la famille a de la difficulté à suivre ce que la personne âgée dit, la personne âgée n'est plus capable de participer à sa partie hebdomadaire de bridge ou à suivre l'intrigue des téléromans quotidiens)
- Crises épileptiques, malnutrition, atrophie musculaire
- Anomalies de la fonction hépatique
- Irritabilité persistante (sans cause évidente) et changement de l'humeur, dépression ou anxiété
- Plaintes inexplicables au sujet d'une douleur chronique ou d'autres atteintes somatiques
- Incontinence, rétention urinaire, difficulté à uriner
- Mauvaise hygiène et négligence de soi
- Fébrilité et agitation inhabituelles
- Plaintes au sujet d'une vision floue ou d'une sécheresse buccale
- Nausées et vomissements inexplicables ou détresse gastro-intestinale
- Modification des habitudes d'alimentation
- Problèmes d'élocution
- Tremblements, mauvaise coordination motrice, démarche traînante
- Chutes fréquentes et ecchymoses inexplicables

RECOMMANDATION N° 5 :

On doit s'enquérir auprès des personnes âgées de leur consommation d'alcool dans tous les milieux de soins, y compris : hôpitaux, centres de réadaptation, soins à domicile, centres de services communautaires, résidences pour aînés avec soins, établissements de soins de longue durée et programmes spécialisés. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Des chercheurs ont suggéré que les fournisseurs de soins de santé offrant des soins autres que primaires participent au processus de dépistage des troubles liés à l'alcool chez les personnes âgées. Les fournisseurs de soins en milieu hospitalier et les soignants à domicile qui ont des contacts avec des personnes âgées isolées et confinées à la maison sont dans une position idéale pour administrer de façon non menaçante un test de dépistage du mésusage de l'alcool et de la consommation à risque (Raschko, 1990; Adams et coll., 1992; SAMHSA, 1998; 2010; Schonfeld et coll., 2015). De plus, il a été proposé que le dépistage des problèmes de consommation de substances psychoactives ne soit plus uniquement du ressort des fournisseurs de soins de santé : quiconque côtoie régulièrement une personne âgée est également en bonne position pour détecter les changements de comportement qui pourraient indiquer un problème potentiel (Raschko, 1990). Ceci inclut les amis et la famille de la personne âgée de même que le personnel des centres pour personnes âgées, des programmes de loisir et des services de proximité. Ce dépistage peut également se faire dans des lieux culturels ou religieux, en raison des différences potentielles d'accès aux services de soins de santé (Mulia et coll., 2011).

RECOMMANDATION N° 6 :

S'assurer d'adapter le dépistage du TUA chez les personnes âgées à l'âge et de recourir à l'écoute active, de le faire de façon bienveillante, de tenir compte des troubles de la mémoire ou du déclin cognitif, de ne pas recourir aux menaces, au jugement et à la stigmatisation et de comprendre que les critères du DSM-5 ne permettront pas de détecter tous les cas en raison de la réduction des obligations sociales et professionnelles. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

La meilleure façon de procéder au dépistage de problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées est de le faire sans recourir aux menaces ou au jugement, étant donné que les aînés ont tendance à être très sensibles à la stigmatisation associée à la maladie mentale et aux dépendances (American Psychological Association [APA], 1998; SAMHSA, 1998). L'APA suggère en outre aux cliniciens de veiller à ne pas susciter la honte ou l'embarras dans le cadre d'interventions psychologiques (APA, 1998). Il est à souligner que l'âge avancé, la race autre que noire et un pointage élevé aux mesures de dépistage ont été associés au signalement d'un malaise personnel accru envers les discussions relatives à l'alcool et une probabilité réduite de faire état avec franchise de sa consommation d'alcool (Broyles et coll., 2012).

Il est recommandé que les questions au sujet de la consommation d'alcool soient liées à un problème médical ou à la santé physique de la personne âgée afin de rendre la discussion moins importune. Les personnes âgées sont habituées de discuter de leurs soucis physiques avec leurs fournisseurs de soins. L'utilisation d'éléments d'écoute active est encouragée afin d'obtenir des informations cliniques plus fiables. Cela peut comprendre l'observation du comportement non verbal, l'écoute et la compréhension de la communication verbale de l'aîné, l'écoute du contenu dans le contexte de la situation de vie de l'aîné et l'attention portée aux choses que l'aîné peut dire et qui pourraient devoir être contestées, de même que l'utilisation d'un style d'entrevue non confrontant et empreint d'encouragement, telle l'entrevue motivationnelle (SAMHSA, 1998).

Dans le choix d'un outil de dépistage validé, il est important de s'assurer que l'outil est sensible pour détecter les changements chez les personnes âgées et la stigmatisation liée à la maladie mentale et aux dépendances, de s'assurer qu'il ne requiert pas une mémoire intacte et qu'il ne repose pas excessivement sur les critères du DSM-5 pour le TUA (Graham, 1986; Han et Moore, 2018). Le **tableau n° 1** présente les outils de détection utilisés pour la population âgée, ainsi qu'un commentaire indiquant s'ils ont été spécifiquement conçus pour les personnes âgées, le temps requis pour réaliser le questionnaire et une description des avantages et des inconvénients de chaque outil. Règle générale, les outils de dépistage conçus spécifiquement pour être utilisés chez les personnes âgées donnent de meilleurs résultats que ceux conçus pour la population générale.

RECOMMANDATION N° 7 :

Demander le consentement pour discuter de la consommation d'alcool du patient et de ses répercussions avec la famille, les amis et les autres soignants du patient.

[Classement GRADE : Données probantes: faibles; Solidité : élevée]

Selon l'agence des services en matière d'abus de substances psychoactives et de santé mentale des États-Unis (SAMHSA, 1998), le déficit cognitif peut nuire à l'efficacité du dépistage et compliquer l'obtention de réponses complètes et précises de la part d'un répondant. Bien que le respect de l'autonomie d'une personne âgée soit important, il peut être nécessaire d'obtenir des renseignements complémentaires de la part des membres de la famille, des amis ou d'autres soignants professionnels ou aidants naturels, dans des situations où le professionnel de la santé a des raisons de croire qu'il a peu de chances d'obtenir une réponse honnête (SAMHSA, 1998). Si possible, on doit demander à la personne âgée la permission de communiquer avec d'autres personnes pour obtenir la corroboration des renseignements au sujet de sa santé et interroger les informateurs complémentaires en privé, à l'aide d'une approche non confrontante. Il est important de prendre en considération que les membres de la famille ne sont peut-être pas au courant de la consommation d'alcool de leur proche ou pourraient ne pas vouloir répondre honnêtement à des questions à ce sujet. Parfois, le dépistage complémentaire pourrait faire surgir chez un membre de la famille de fortes émotions envers la personne âgée, à cause de ses comportements passés ou actuels liés à l'alcool. Il est important d'être conscient de cette possibilité, d'être prêt à travailler avec ce membre de la famille relativement à la dynamique familiale et de l'orienter au besoin vers des services communautaires (SAMHSA, 1998). Une liste des ressources offertes, localement et en ligne, doit être mise à la disposition des patients et de leur famille pour les aider.

RECOMMANDATION N° 8 :

Les personnes âgées dont le résultat du dépistage d'un TUA est positif doivent être évaluées par un professionnel de la santé ayant suivi une formation adéquate.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Une recommandation a été formulée pour que les médecins de soins primaires procèdent à une évaluation approfondie des patients dont le résultat du dépistage est positif afin de déterminer si la consommation de ce patient pose des risques ou s'il présente un TUA (Spithoff et Kahan, 2015). Des évaluations spécialisées pourraient être requises dans des cas complexes de soins concomitants.

OUTIL DE DÉPISTAGE	SPÉCIFIQUE À LA POPULATION GÉRIATRIQUE	DURÉE D'ADMINISTRATION (EN MINUTES)	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; test de dépistage des troubles liés à l'utilisation de l'alcool)	Non	5-10	<ul style="list-style-type: none"> Évalue la consommation d'alcool dangereuse et nocive Fournit des renseignements sur la quantité consommée et la fréquence de consommation Évalue les conséquences négatives liées à l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une mémoire intacte et des calculs mentaux Ne tient pas compte des risques spécifiques à l'âge ou du tableau clinique différentiel Est de validité apparente, il est donc facile de nier
CAGE	Non	1-2	<ul style="list-style-type: none"> Bref Facile à administrer de mémoire Facile à noter 	<ul style="list-style-type: none"> Initialement conçu pour être utilisé chez les adultes et inefficace chez les personnes âgées Évalue seulement le TUA Est de validité apparente et relativement confrontant, il est donc facile de nier ou de susciter une réaction défensive
SMAST-G (Shortened Michigan Alcoholism Test – Geriatric version; questionnaire abrégé sur l'alcoolisme du Michigan – version gériatrique)	Oui	2-5	<ul style="list-style-type: none"> Premier outil de dépistage conçu spécifiquement pour la population gériatrique Évalue les raisons potentielles de la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont associés 	<ul style="list-style-type: none"> Évalue seulement le TUA Est de validité apparente, il est donc facile de nier Certaines questions requièrent que la personne fasse preuve d'introspection ou qu'elle reconnaisse la présence du problème
CARET (Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool; outil d'évaluation du risque de comorbidité associée à l'alcool)	Oui	2-5	<ul style="list-style-type: none"> Fournit des renseignements sur la quantité consommée et la fréquence de consommation Comprend des questions sur les problèmes médicaux, l'usage de médicaments et l'état fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une mémoire intacte et des calculs mentaux N'est pas offert d'emblée aux cliniciens; ils doivent communiquer avec l'auteur Pointage informatisé
SAMI (Senior Alcohol Misuse Indicator; indicateur du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées)	Oui	2-5	<ul style="list-style-type: none"> Outil de dépistage non confrontant spécifique aux personnes âgées qui permet de maintenir l'alliance thérapeutique Conçu pour les cliniciens offrant des services de proximité aux personnes âgées Énoncés bienveillants ne portant pas au jugement, comportant des questions ouvertes 	<ul style="list-style-type: none"> Difficile à noter Peu d'études à l'exception des études de validation initiales réalisées par l'auteur

Le tableau n° 1 : Les outils de détection utilisés pour la population âgée

Évaluation du trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Une évaluation est la suite logique d'un résultat positif de dépistage du TUA. Après l'obtention de détails supplémentaires, un plan de traitement personnalisé peut être recommandé, négocié et mis en œuvre, en fonction des ressources offertes. L'évaluation orientera non seulement le processus de traitement, mais aussi les services requis après le traitement pour en assurer la réussite.

RECOMMANDATION N° 9 :

Une évaluation exhaustive est indiquée pour toutes les personnes âgées souffrant d'un TUA, présentant des signes de consommation nocive ou souffrant d'une intoxication aiguë. Cette évaluation doit comprendre : l'utilisation d'un questionnaire uniformisé sur la consommation d'alcool pour déterminer le degré et la fréquence de consommation d'alcool et les dangers potentiels, une évaluation exhaustive de la prise de médicaments et d'autres substances psychoactives, la détermination de la présence d'un autre trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, l'évaluation de la capacité physique, mentale et cognitive, de l'alimentation, de la douleur chronique, des conditions sociales, du soutien familial et social, du fonctionnement global et l'histoire collatérale. Cette évaluation doit être effectuée indépendamment des comorbidités physiques, mentales ou cognitives, avec les modifications jugées appropriées. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Après avoir réalisé le dépistage, on doit offrir une évaluation approfondie aux personnes souffrant d'un TUA ou présentant un schéma de consommation à risque. De plus, la quantification de la consommation actuelle d'alcool doit être réalisée en association avec l'évaluation approfondie. Étant donné le risque concomitant de conséquences médicales et sur la santé du mésusage ponctuel ou chronique de l'alcool, de nombreux aspects de la santé physique, cognitive et mentale peuvent être touchés. Cela peut entraîner une dégradation des conditions sociales, du fonctionnement et des capacités cognitives. En fonction des modèles de prestation des services, de l'accès aux ressources et du point d'entrée de la personne âgée dans le système de santé, le processus d'évaluation exhaustive peut être mis en œuvre soit dans un service de soins primaires ou dans un service de soins spécialisés. Souvent, des fournisseurs de soins de santé dont le champ d'exercice et l'expertise varient pourraient être appelés à collaborer pour fournir une évaluation complète qui réponde aux besoins de la personne âgée. L'évaluation exhaustive peut constituer un moyen

d'instaurer un plan de soins axés sur la personne qui tient compte des objectifs de la personne et qui fait appel à des stratégies d'intervention brève. L'usage de méthodes de facilitation motivationnelle (entrevue et établissement d'objectifs) peut faire partie du processus d'évaluation de la personne âgée. Un aspect crucial du processus d'évaluation exhaustive est l'inclusion de l'histoire collatérale fournie par l'aidant naturel ou le partenaire de soins. Une fois que l'évaluation exhaustive a permis d'identifier des aspects individuels nécessitant une évaluation approfondie ou une prise en charge, l'intervention suivante pourrait nécessiter la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé pour la mise en œuvre des soins intégrés.

RECOMMANDATION N° 10 :

Évaluer l'atteinte cognitive chez les personnes âgées souffrant d'un TUA, à l'aide d'un outil validé et tous les 12 mois ou selon les besoins. En cas d'atteinte cognitive, refaire l'évaluation cognitive 6 et 12 mois après la diminution ou la cessation de la consommation d'alcool pour déceler des signes d'amélioration. Le plan d'intervention doit détailler l'échéancier et la procédure d'évaluation des résultats cliniques et de l'efficacité du traitement. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Étant donné l'impact considérable du TUA sur la fragilité et le déficit cognitif, ainsi que ses conséquences ultérieures sur les capacités cognitives, le dépistage systématique de troubles cognitifs est indiqué. Un outil validé tel que l'évaluation cognitive de Montréal (Montreal Cognitive Assessment, MOCA) doit être utilisé. Au minimum, un dépistage annuel doit être réalisé chez les personnes présentant un TUA ou un schéma de consommation d'alcool à risque. Toutefois, une fréquence accrue de dépistage peut s'imposer en cas de modification des habitudes de consommation d'alcool (hausse, baisse ou cessation). En outre, les problèmes médicaux aigus, le delirium ou un schéma de déclin fonctionnel doivent commander une réévaluation des capacités cognitives et fonctionnelles. Idéalement, l'évaluation ou le dépistage cognitif devrait être réalisé en association avec une évaluation exhaustive, de façon à tenir compte d'autres facteurs pouvant influencer l'altération des capacités cognitives.

Traitement du trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées

Les troubles liés à l'utilisation de l'alcool ont un spectre de sévérité allant de légère à modérée à grave. Ils peuvent également être alourdis par la présence simultanée de troubles mentaux, physiques ou sociaux, en particulier chez les personnes âgées. Une gamme de méthodes et de lieux de traitement est donc requise afin d'offrir au patient les services nécessaires qui lui conviennent le mieux. Le processus de traitement orientera également le plan de suivi ou de posture, pour aider le patient à adopter les changements nécessaires dans ses habitudes de vie et ses soins.

RECOMMANDATION N° 11 :

Il faut initialement explorer les options de traitement les moins intrusives ou invasives, telles que des interventions comportementales, pour les personnes âgées présentant un TUA léger. Ces méthodes initiales peuvent fonctionner soit comme stratégie de pré-traitement ou comme traitement en tant que tel. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Le TUA chez les personnes âgées se présente de façon très différente d'une personne à l'autre (American Psychiatric Association, 2013). Certains patients souffrent d'une maladie chronique et grave alors que d'autres peuvent présenter un TUA d'apparition tardive découlant de changements récents et difficiles dans leur vie. Les patients souffrant d'un TUA léger pourraient répondre à un faible degré d'intervention jumelée à du counseling et à du soutien approprié, comme le recours à la méthode SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment; dépistage, intervention brève et orientation vers le traitement), qui est axée sur le patient, offre de l'éducation pertinente et est fondée sur l'entrevue motivationnelle (Babor et coll., 2007).

Il existe une quantité abondante de données probantes à l'appui de l'utilisation des interventions brèves (p. ex., facilitation motivationnelle et conseils brefs) chez les personnes âgées (Fleming et coll., 1999; Gordon et coll., 2003; Fink et coll., 2005; Schonfeld et coll., 2010; Moore et coll., 2011; Schonfeld et coll., 2015). Les programmes SBIRT permettent de diminuer efficacement les problèmes de consommation d'alcool chez les personnes âgées qui ne seraient autrement pas dépistés par les services d'aide aux utilisateurs de substances psychoactives (Schonfeld et coll., 2010). Les interventions brèves se sont révélées plus efficaces chez les personnes âgées que des soins standards plus intensifs offerts dans les milieux de soins primaires. Les interventions brèves permettent de diminuer la consommation nocive et d'augmenter le nombre de jours d'abstinence (Fleming et coll., 1999; Gordon et coll., 2003; Fink et coll., 2005; Moore et coll., 2011; Ettner et coll., 2014) et se sont révélées efficaces en milieu communautaire comme en milieu de soins primaires (Schonfeld et coll., 2010; 2015).

Si après l'obtention de renseignements complémentaires, le TUA se révèle être modéré ou grave ou si un TUA léger évolue malgré une intervention précoce de faible degré, la relation qui s'est établie entre le patient et le fournisseur de soins de santé peut offrir l'occasion de recourir à un traitement pharmacologique plus dynamique.

RECOMMANDATION N° 12 :

Offrir systématiquement l'intervention et la gestion de cas axées sur le comportement par rapport à l'alcool en association avec un traitement pharmacologique (p. ex., médicament contre l'état de manque) car cela peut augmenter l'efficacité du traitement de soins primaires. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Dans un échantillon d'anciens combattants souffrant d'alcoolisme, Oslin et ses collaborateurs (2014) ont observé que les participants ayant reçu une pharmacothérapie et du soutien psychosocial au téléphone ou en personne dans une clinique de soins primaires s'engageaient plus dans leur traitement et avaient moins de jours de consommation que les participants suivant un programme spécialisé standard de traitement de la dépendance en clinique externe (Oslin et coll., 2014).

Le recours à l'intervention comportementale ne doit pas exclure le recours à la pharmacothérapie, lorsqu'elle est indiquée. L'intégration d'options de traitement complémentaires, qu'elles soient de nature comportementale ou pharmacologique, au sein du milieu de soins primaires à proximité du domicile d'une personne âgée permet d'en accroître l'accès et l'efficacité.

RECOMMANDATION N° 13 :

La pharmacothérapie à la naltrexone ou à l'acamprostate peut être utilisée pour traiter le TUA chez les personnes âgées, selon les besoins, en tenant compte des contre-indications et des effets secondaires. La naltrexone peut être utilisée autant pour diminuer la consommation d'alcool que pour favoriser l'abstinence, alors que l'acamprostate est utilisé pour soutenir l'abstinence. En général, on doit débiter par une faible dose et l'ajuster lentement, en s'assurant de garder une communication ouverte avec le patient. L'instauration du traitement peut se faire à domicile, à l'hôpital, pendant la prise en charge du sevrage ou en milieu de soins de longue durée suivi d'une transition vers un établissement approprié. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

La naltrexone et l'acamprostate sont des pharmacothérapies qui peuvent être utilisées pour le traitement du TUA chez les personnes âgées, selon les besoins individuels. Les contre-indications comprennent la maladie hépatique

de stade avancé dans le cas de la naltrexone et la maladie rénale dans le cas de l'acamprosate. Des revues systématiques Cochrane ont déterminé l'efficacité de ces deux médicaments (Rosner et coll., 2010; Rosner et coll., 2010) dans le contexte de la quasi-absence d'autres options thérapeutiques. Étant donné que ces deux médicaments ont des modes d'action très différents, il faut choisir adéquatement lequel utiliser en clinique. Le traitement à la naltrexone peut être instauré lorsque la personne consomme toujours de l'alcool pour réduire le plaisir ou le renforcement qu'elle ressent. La diminution de la consommation, qui peut même atteindre le point de l'abstinence, est possible. Par ailleurs, il est préférable d'instaurer le traitement à l'acamprosate lorsque le patient a réussi à s'abstenir de boire pendant plusieurs jours, l'objectif étant de maintenir l'état d'abstinence. Pour réduire les effets secondaires et les interactions médicamenteuses potentielles, il est conseillé de débiter par une faible dose et de l'ajuster lentement.

Le recours à la pharmacothérapie pour une personne âgée souffrant d'un TUA nécessite une bonne communication entre le clinicien et le patient en ce qui a trait au trouble de consommation, au rôle du traitement médicamenteux et à l'importance de la prise en charge non pharmacologique. Le traitement pharmacologique avec suivi approprié peut être instauré dans tout milieu clinique, y compris dans la communauté, à l'hôpital, dans un centre de soins de longue durée ou à la suite d'un programme de sevrage médical supervisé.

Les données relatives à l'utilisation hors indication de la gabapentine et du topiramate ont également été examinées (Johnson et coll., 2007; Blodgett et coll., 2014; Mason et coll., 2014; Nunes, 2014; Kranzler et Soyka, 2018), mais ont révélé que ces anticonvulsivants offraient peu de bienfaits comparativement aux traitements de première intention à la naltrexone et à l'acamprosate (Pani et coll., 2014). De plus, le déficit cognitif, l'effet sédatif, les interactions médicamenteuses et le potentiel d'abus de la gabapentine font en sorte que ces médicaments ne sont pas recommandés pour les personnes âgées (Mersfelder et Nichols, 2015; Santé Canada, 2016; Bonnet et Scherbaum, 2017; Lyndon et coll., 2017).

RECOMMANDATION N° 14 :

Il faut offrir à toutes les personnes âgées souffrant d'un TUA, ainsi qu'à leurs proches aidants et à leurs personnes de soutien, un traitement et du soutien psychosocial, selon les besoins, dans le cadre du plan de traitement.

[GRADE: Evidence: Moderate; Strength: Strong]

Les personnes âgées souffrant d'un TUA ou présentant un risque de TUA présentent souvent plusieurs facteurs de risque liés à des comorbidités, à des troubles de santé mentale ou à des changements sociaux tels que l'isolement social (Royal College of Psychiatrists, 2015; CCDUS, 2018). Les traumatismes antérieurs et le deuil représentent d'autres facteurs de risque. Les interventions psychosociales axées sur l'action

réciproque entre le parcours de vie d'une personne âgée et les affections comorbides peuvent être bénéfiques et permettent de diminuer la consommation. Lorsqu'on analyse l'ensemble du processus de dépistage, d'identification, d'évaluation exhaustive et d'intervention, on observe une réponse positive aux interventions brèves lorsqu'elles sont associées au dépistage et à l'identification, sans égard à l'âge (Fleming et coll., 1999). Des études de ce genre valident le concept que les interventions psychosociales puissent être bénéfiques aux personnes âgées, que ce soit à l'intérieur de groupes d'âge hétérogène ou d'âge homogène. Dans l'ensemble, les interventions psychosociales peuvent permettre d'améliorer le rétablissement et le bien-être des personnes âgées autant au sein de groupes d'âge hétérogène qu'homogène, mais pour de nombreuses autres raisons d'ordre social, épidémiologique, médical et lié au parcours de vie, il peut être préférable de privilégier les approches par groupe d'âge homogène (Moy et coll., 2011; Kuerbis et Sacco, 2013).

Les interventions telles que les méthodes de facilitation motivationnelle, les programmes Alcooliques anonymes ou SMART Recovery, la thérapie cognitivo-comportementale, le traitement de soutien, les modèles éducatifs et les méthodes de soins intégrés se sont révélées bénéfiques pour les personnes âgées souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (Lemke et Moos, 2003; Morin et coll., 2004). L'utilisation de programmes en ligne permet d'accroître l'accès. Étant donné la hausse prévue de la population de personnes âgées et les nombreuses comorbidités mentales et médicales complexes qui surviennent lors du vieillissement, les fournisseurs de soins primaires, de soins spécialisés et de soins de santé mentale doivent tous se familiariser avec l'ensemble des options de dépistage, d'identification et d'intervention. Il pourrait être nécessaire d'avoir recours à des options de soins intégrés, en fonction de la gravité du TUA et des affections concomitantes (Oslin et coll., 2006; Caputo et coll., 2012). Les techniques généralement acceptées d'amélioration des stratégies d'adaptation des personnes âgées comprennent les programmes structurés mais flexibles, les programmes axés sur le développement de l'estime de soi, la possibilité de le faire individuellement ou en groupe et l'intégration d'un proche ou d'un ami de confiance (CCDUS, 2018). En outre, les fournisseurs de services aux toxicomanes doivent améliorer l'accès des personnes âgées à ces services, notamment par des programmes de proximité et le développement et l'innovation dans les services, y compris des visites à domicile pour les gens confinés à la maison (Advisory Panel on Substance Misuse, 2017).

Des données indiquent que la qualité de la relation entre le patient et le fournisseur de soins est un déterminant important de la réussite. L'intégration aux soins primaires par l'entremise d'un médecin de famille ou d'autres membres de l'équipe de soins primaires permet d'améliorer à la fois l'accès aux soins et leur continuité. Il n'est pas nécessaire que le counseling soit compliqué. Les commentaires sur tout progrès réalisé, les encouragements et le fait de dissocier la consommation de l'identité personnelle du patient constituent des approches importantes. On peut donner des conseils pratiques sur la façon d'éviter les éléments déclencheurs, comme les partenaires ou les

débats de boisson, et rediriger le patient vers des activités plus saines avec sa famille ou ses amis. Les marches quotidiennes peuvent aider, en plus d'autres moyens de contrer la solitude, l'ennui, l'anxiété, la dépression ou le traumatisme. Dans le contexte d'une relation solide, on peut également confronter délicatement le patient s'il nie sa consommation d'alcool ou ses conséquences. Le rétablissement est un processus continu plutôt qu'un événement ponctuel qui est facilité par des relations de soutien de longue durée avec les fournisseurs de soins. Toutes les personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives doivent recevoir des soins complets et continus.

RECOMMANDATION N° 15 :

Utiliser l'échelle PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale; échelle de prédiction de la sévérité du sevrage de l'alcool) pour dépister les personnes nécessitant une prise en charge médicale du sevrage (antécédents de delirium, de crises épileptiques ou de sevrage prolongé). Les patients qui ont un mauvais état de santé général, qui sont profondément suicidaires, qui souffrent de démence, qui sont instables sur le plan médical ou qui nécessitent une surveillance personnalisée constante doivent recevoir des soins hospitaliers médicaux, psychiatriques ou infirmiers 24 heures par jour en milieu hospitalier ou un traitement intensif sous supervision et surveillance médicale.

[Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Toute une gamme de services de prise en charge médicale du sevrage sont offerts, notamment à domicile, dans des établissements non médicaux et en milieu hospitalier sous surveillance médicale (Mee-Lee et coll., 2013). Des antécédents de delirium tremens, de crises épileptiques ou d'un sevrage avec complications sont un prédicteur des complications ultérieures liées au sevrage. Les personnes âgées souffrant de multiples affections simultanées présentent un risque supplémentaire de morbidité et de mortalité accrues. En plus du recours aux critères de l'*American Society of Addiction Medicine*, l'utilisation d'un outil de dépistage validé tel que l'échelle PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale; échelle de prédiction de la sévérité du sevrage de l'alcool) (Maldonado et coll., 2014; 2015) est recommandée pour s'assurer que les personnes âgées reçoivent le niveau de soins liés au sevrage requis pour éviter les complications.

RECOMMANDATION N° 16 :

Pour la prise en charge du sevrage de l'alcool chez les personnes âgées, il est préférable d'utiliser l'échelle d'évaluation des symptômes CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol; évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme) avec des protocoles comportant une benzodiazépine à courte durée d'action telle que le lorazépam. On doit également prendre attentivement en considération les comorbidités pour éviter les complications.

[Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Peu importe l'endroit où les services sont donnés, les benzodiazépines sont considérées comme le traitement pharmacologique de choix pour la prise en charge des symptômes du sevrage de l'alcool, y compris les crises épileptiques et le delirium, pour tous les groupes d'âge (Mayo-Smith, 1997; Holbrook et coll., 1999; Kraemer et coll., 1999; Lingford-Hughes et coll., 2004; Oslin et Zajani, 2016). Pour les personnes âgées, l'utilisation de benzodiazépines à action brève (p. ex. le lorazépam ou l'oxazépam) est recommandée. Les benzodiazépines à demi-vie prolongée (p. ex. le chlórdiazépoxide et le diazépam) présentent un risque de sédation trop importante (Mayo-Smith, 1997; Le Roux et coll., 2016). Bien qu'il existe peu d'études de recherche sur le calendrier posologique chez les personnes âgées, la durée d'utilisation et la dose étaient inférieures chez les patients âgés suivant un protocole d'administration déclenchée par les symptômes que chez ceux du groupe suivant un calendrier fixe; l'incidence de complications graves liées au sevrage et l'utilisation de médicaments d'appoint étaient également inférieures dans le premier groupe (Kraemer et coll., 1999; Taheri et coll., 2014). Les patients souffrant de certaines comorbidités, telles que l'utilisation d'opioïdes à forte dose pour traiter la douleur chronique ou une maladie hépatique ou respiratoire grave, présentent un risque accru de complications liées aux benzodiazépines, telles que la pneumonie d'aspiration, l'encéphalopathie et la surdose d'opioïdes.

Des études de recherche recommandent également l'utilisation de thiamine, de magnésium, de multivitamines et de soins palliatifs s'il y a lieu (Mayo-Smith, 1997; Kraemer et coll., 1999; Lingford-Hughes et coll., 2004; Naegle, 2012; DiBartolo et Jarosinski, 2017).

RECOMMANDATION N° 17 :

Pour les personnes âgées en environnement contrôlé, où un sevrage médical ne peut pas se faire ou est jugé inapproprié, il est recommandé d'envisager, comme stratégie d'atténuation des effets nocifs, la diminution progressive et supervisée de l'alcool. Personnaliser la diminution progressive d'un verre standard tous les 3 jours (baisse agressive), chaque semaine (baisse modérée) ou toutes les 2-3 semaines (baisse légère) en utilisant l'échelle CIWA-Ar pour s'assurer que le pointage de symptômes de sevrage se maintienne sous une valeur de 10. L'approche utilisée doit être personnalisée, progressive et sans calendrier préétabli.
[Consensus]

Si un programme de sevrage médical ne peut pas être réalisé ou est jugé inapproprié, une transition du domicile vers un milieu de vie contrôlé offre l'occasion de procéder à une diminution progressive, personnalisée et surveillée de la consommation d'alcool pour éviter le sevrage précipité. Il y a consensus clinique recommandant de faire une tentative de diminution progressive de l'alcool en utilisant l'échelle CIWA-Ar pour surveiller les symptômes de sevrage et en veillant à ce que le pointage reste bas et inférieur à 10.

Il est nécessaire de déterminer le niveau de base de consommation quotidienne d'alcool, en verres standard, qui permet d'éviter à la fois une intoxication aiguë et les symptômes de sevrage. L'alcool doit être fourni en quantité définie, étalée au cours de la journée. La diminution progressive de l'alcool peut être agressive (d'un verre standard aux 3 jours), modérée (d'un verre standard par semaine), ou légère (d'un verre standard toutes les 2-3 semaines), selon la tolérance du patient. La tolérance à la diminution progressive, déterminée par la neuroadaptation individuelle à la quantité réduite d'alcool, est difficile à prédire. L'approche utilisée doit donc être lente et personnalisée.

Le résultat final peut varier en fonction de la volonté de l'établissement de soins de fournir régulièrement de l'alcool à ses résidents et du risque d'effets nocifs liés à l'utilisation simultanée de médicaments ou à la présence concomitante de problèmes de santé. Une discussion avec le client ou son mandataire, au sujet des risques et des bienfaits, est requise pour obtenir le consentement éclairé.

D'autres études sur les indications, l'environnement et les protocoles de diminution progressive sont requises pour valider la présente recommandation. Nous n'avons trouvé aucune donnée probante à l'appui de cette recommandation, à l'exception de rapports cliniques non publiés. Les programmes de gestion de l'alcoolisme utilisent une dose stable d'alcool comme stratégie d'atténuation des effets nocifs afin de faire participer, d'héberger et de soigner les personnes souffrant d'un TUA grave et chronique. Cette approche peut comprendre ou non une diminution progressive au fil du temps (Podymow et coll., 2006; Pauly et coll., 2018)

RECOMMANDATION N° 18 :

Pour prévenir le développement de l'encéphalopathie de Wernicke pendant le sevrage, il faut administrer au moins 200 mg de thiamine par voie parentérale (i.m. ou i.v.) pendant 3-5 jours. [Classement GRADE : Données probantes: faibles; Solidité : élevée]

Le syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) est une affection cérébrale causée par une carence en thiamine, ou vitamine B1. Cette affection est caractérisée par le développement d'une ophtalmoplégie, d'une ataxie et de confusion. Les patients peuvent développer des troubles mnésiques permanents et le SWK peut entraîner la mort. La principale cause du SWK est l'abus d'alcool jumelé à une carence alimentaire en thiamine ou une baisse de son absorption. L'administration d'un supplément de thiamine comme traitement du SWK est bien documentée (Phillips et coll., 1952; Victor et Collin, 1989; Wood et Currie, 1995; Cook et coll., 1998; National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions [NCGACC], 2017).

Les recommandations relatives à la posologie et à la durée du traitement à la thiamine sont des extrapolations réalisées à partir de rapports de recherche fondamentale et clinique (Thomson et Marshall, 2006; Lingford-Hughes et coll., 2012; NCGACC, 2017). Cependant, une revue systématique récemment réalisée a déterminé qu'il n'existe pas assez de données probantes pour formuler des recommandations au sujet de la dose, de la fréquence, de la voie d'administration et de la durée du traitement à la thiamine (Day et coll., 2013). Un essai contrôlé à répartition aléatoire a fait état d'une amélioration significative liée à l'utilisation d'une dose quotidienne de 200 mg par voie intramusculaire comparativement à une dose inférieure (Ambrose et coll., 2001). En raison de l'absorption réduite de la thiamine chez les patients souffrant d'un TUA, l'administration parentérale est recommandée (Cook et coll., 1998). Il s'agit d'un aspect qui nécessite des études plus approfondies.

RECOMMANDATION N° 19 :

Les professionnels de la santé, les personnes âgées et la famille de celles-ci doivent plaider en faveur du financement adéquat du traitement du TUA et de l'accès approprié à ce traitement, en particulier à la pharmacothérapie (naltrexone et acamprostate) et aux thérapies psychosociales. [Consensus]

L'utilité des lignes directrices de pratique clinique est limitée si les gens n'ont pas accès aux soins dont ils ont besoin. L'accès aux thérapies psychosociales est grandement restreint, voire inexistant, dans bon nombre de communautés du Canada. En parallèle, la naltrexone et l'acamprostate n'apparaissent pas sur la liste des médicaments remboursés par le régime d'assurance médicaments de la plupart des provinces canadiennes. Les fournisseurs de soins de santé, les patients et leur famille doivent exiger que des soins appropriés soient effectivement offerts au sein d'un système de soins fondés sur des données probantes.

RECOMMANDATION N° 20 :

Le suivi de la réponse au traitement doit être assuré au moyen de paramètres de laboratoire tels que la gamma-glutamyl-transférase (GGT) et le volume cellulaire moyen (VCM). [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

La consommation excessive d'alcool entraîne une augmentation des enzymes hépatiques, en raison de la toxicité hépatique, ainsi qu'une altération des globules rouges (Rosman, 1992; Sharpe, 2001). La GGT et le VCM sont des marqueurs biochimiques qui peuvent être utilisés pour faire le suivi du rétablissement des taux normaux après le traitement (Rosman, 1992; Sharpe, 2001). Ils ne constituent pas des indicateurs sensibles de l'abstinence, mais sont simplement le reflet d'une consommation excessive d'alcool et de ses effets physiologiques. La baisse des valeurs ou le retour aux valeurs normales peut être communiqué aux patients pour démontrer les bienfaits de la diminution de la consommation d'alcool ou de l'abstinence sur la santé.

RECOMMANDATION N° 21 :

L'analyse et le suivi de la gravité et de la prise en charge des problèmes simultanés de santé physique ou mentale (y compris les troubles psychiatriques, le risque suicidaire et les troubles cognitifs concomitants), ainsi que des transitions sociales importantes chez la personne elle-même ou dans sa famille, doivent se poursuivre sans égard à la poursuite, à la diminution ou à la cessation de la consommation d'alcool. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

À mesure que les habitudes de consommation d'alcool changent, il faut en réévaluer et réexaminer régulièrement l'impact sur la santé physique et mentale afin de mettre à jour les interventions actuelles et offrir les plus récentes options de prise en charge. D'autres conditions, préalablement attribuées à la consommation d'alcool, peuvent être mises en évidence. Par exemple, l'automutilation involontaire peut se produire lors d'une intoxication aiguë, mais lorsque la consommation d'alcool est réduite, des symptômes dépressifs co-existants peuvent apparaître et une évaluation du risque suicidaire et un traitement antidépresseur peuvent être requis. Au contraire, le niveau de fonctionnement peut s'améliorer et entraîner des changements de situation de vie et de soutiens. Les transitions individuelles ou familiales peuvent également influencer le succès du traitement. Une procédure complète de réévaluation, d'examen et de prise en charge permet de reconnaître tous les aspects touchés de façon concomitante et d'offrir un traitement plus approprié.

RECOMMANDATION N° 22 :

La gestion péri-opératoire d'une chirurgie non urgente doit comporter le sevrage ou la réduction progressive de l'alcool sous supervision médicale avant l'intervention, avec traitement après l'intervention et la prise en considération d'un médicament contre l'état de manque. [Classement GRADE : Données probantes: faibles; Solidité : élevée]

De nombreuses personnes aux prises avec un TUA ne le divulgueront peut-être pas avant une intervention chirurgicale. Un diagnostic est souvent posé au cours de la période post-opératoire lorsque survient un sevrage aigu qui complique la guérison du patient, prolonge son hospitalisation et peut nécessiter une admission aux soins intensifs (Tonnesen et coll., 2015). Deux revues systématiques Cochrane ont démontré une diminution des complications et de la durée d'hospitalisation grâce à l'arrêt pré-opératoire de la consommation d'alcool (Oppedal et coll., 2012; Egholm et coll., 2018). Cette intervention nécessite une procédure structurée de dépistage, d'évaluation, de sevrage approprié et de traitement pharmacologique, de même que du counseling psychosocial pour favoriser le maintien de l'abstinence. Pour les personnes qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas s'abstenir de boire de l'alcool ou adopter un taux de consommation à faible risque, une communication claire avec l'équipe de soins est conseillée pour qu'elle se prépare aux complications potentielles.

Orientations futures

Les personnes âgées requièrent et méritent un continuum de soins du trouble lié à l'utilisation de l'alcool qui corresponde à la gravité, à la situation de vie, aux problèmes concomitants de santé mentale et physique et aux transitions sociales qu'elles subissent. Ce continuum doit s'étendre de la prévention du TUA adaptée à l'âge jusqu'au rétablissement, en passant par le dépistage, l'évaluation, le traitement et le soutien. Les recommandations cliniques présentées sont optimisées dans le contexte d'une relation solide fondée sur la communication ouverte, la confiance, l'empathie et le soutien. Le clinicien est un partenaire dans le parcours du patient vers le rétablissement, en lui apportant soutien, encouragement et rectification, selon les besoins. Le rétablissement est un processus continu, non pas un événement ponctuel. On peut et on doit en donner plus pour soutenir les personnes âgées.

Les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices ont été élaborées à la lumière de l'examen de la littérature médicale publiée et des données probantes connues. Il existe très peu d'articles publiés portant sur bon nombre d'enjeux importants liés au TUA, en particulier en ce qui a trait à la recherche sur les personnes âgées. Ces lacunes représentent des occasions de mener des études plus approfondies.

Parmi les domaines pour lesquels des études de recherche supplémentaires sont requises pour favoriser l'amélioration des soins de santé chez les personnes âgées, notons :

- Approches pour mettre en place et améliorer le continuum de soins intégrés du TUA chez les personnes âgées qui s'étend du dépistage au rétablissement;
- Efficacité des suppléments oraux de thiamine dans la prévention du syndrome de Wernicke-Korsakoff chez les personnes consommant de l'alcool de façon excessive, chronique et actuelle et lignes directrices de pratique clinique sur la posologie et la voie d'administration de la thiamine dans le contexte du sevrage de l'alcool;
- Méthodes de counseling et de soutien en matière de TUA adaptées aux personnes âgées;
- Efficacité et meilleures pratiques de diminution progressive supervisée de l'alcool comparativement au sevrage médical;
- Rôle de l'alcool dans les chutes chez les personnes âgées.

Références

- Adams, W. L. et coll. (1992). Alcohol abuse in elderly emergency department patients. *J Am Geriatr Soc*, 40(12) : 1236-1240.
- Advisory Panel on Substance Misuse (APoSM). (2017). *A report on: Substance misuse in an ageing population*. Tiré du site <http://cardiffandvaleapb.org/download/APOSM-Ageing-Population-Report.pdf>
- Ambrose, M. L. et coll. (2001). Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*, 25(1) : 112-116.
- American Geriatrics Society (AGS). (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*, 60(10) : e1-e25. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (APA). (1998). What practitioners should know about working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5) : 413-427. doi:10.1037/0735-7028.29.5.413
- Ammon, E. et coll. (1996). Disposition and first-pass metabolism of ethanol in humans: is it gastric or hepatic and does it depend on gender? *Clin Pharmacol Ther*, 59(5) : 503-513. doi:10.1016/s0009-9236(96)90178-2
- Andersen, K. et coll. (2015). Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study). *BMC Psychiatry*, 15 : 280. doi:10.1186/s12888-015-0672-x
- Australian Government National Health and Medical Research Council. (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Téléchargé à partir du lien <file:///C:/Users/user/Downloads/alcohol-harm-reduction.pdf>
- Babor, T. F. et coll. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse*, 28(3) : 7-30. doi:10.1300/J465v28n03_03
- Bagnardi, V., et coll. (2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer*, 85 (11), 1700-7. doi: 10.1054/bkc.2001.2140.
- Baliunas, D.O., et coll. (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 32(11), 2123-32. doi: 10.2337/dc09-0227
- Bjarko, V. V. et coll. (2019). Time of Injury and Relation to Alcohol Intoxication in Moderate-to-Severe Traumatic Brain Injury: A Decade-Long Prospective Study. *World Neurosurg*, 122 : e684-e689. doi:10.1016/j.wneu.2018.10.122
- Blodgett, J. C. et coll. (2014). A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 38(6) : 1481-1488. doi:10.1111/acer.12411
- Blow, F. C. et Barry, K. L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Res Health*, 26(4) : 308-315.
- Bonnet, U. et Scherbaum, N. (2017). How addictive are gabapentin and pregabalin? A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*, 27(12) : 1185-1215. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.08.430
- Broyles, L. M. et coll. (2012). Hospitalized patients' acceptability of nurse-delivered screening, brief intervention, and referral to treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 36(4) : 725-731. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01651.x
- Butt, P. et coll. (2011). *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2015). *La notion de « verre » : Informer le consommateur sur le verre d'alcool*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Communicating-Drink-Information-to-Consumers-Report-2015-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2018). *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2006). *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide*. Tiré du site <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/Suicide-final-french-aug-08.pdf>
- Caputo, F. et coll. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol*, 47(6) : 411-416. doi:10.1016/j.exger.2012.03.019
- Chen, C. M. et Yoon, Y. H. (2017). Usual Alcohol Consumption and Risks for Nonfatal Fall Injuries in the United States: Results From the 2004-2013 National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*, 52(9) : 1120-1132. doi:10.1080/10826084.2017.1293101
- Collins, S. E. et coll. (2015). Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addict Behav*, 45 : 184-190. doi:10.1016/j.addbeh.2015.02.001
- Cook, C. C. et coll. (1998). B Vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol Alcohol*, 33(4) : 317-336.

- Day, E. et coll. (2013). Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev*, 7 : Cd004033. doi:10.1002/14651858.CD004033.pub3
- Diaz, L.E., et coll. (2002). Influence of alcohol consumption on immunological status: a review. *Eur J Clin Nutr*, 56 (Suppl 3), S50-3. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601486.
- DiBartolo, M. C. et Jarosinski, J. M. (2017). Alcohol Use Disorder in Older Adults: Challenges in Assessment and Treatment. *Issues Ment Health Nurs*, 38(1) : 25-32. doi:10.1080/01612840.2016.1257076
- Egholm, J. W. et coll. (2018). Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*, 11 : Cd008343. doi:10.1002/14651858.CD008343.pub3
- Ettner, S. L. et coll. (2014). The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. *J Stud Alcohol Drugs*, 75(3) : 447-457.
- Ferreira, M. P. et Weems, M. K. (2008). Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments. *J Am Diet Assoc*, 108(10) : 1668-1676. doi:10.1016/j.jada.2008.07.011
- Fink, A. et coll. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*, 53(11) : 1937-1943. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x
- Fleming, M. F. et coll. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*, 48(5) : 378-384.
- Food Standards Australia – New Zealand. (2014). *Labelling of alcoholic beverages: User guide*. Tiré du site <https://www.foodstandards.gov.au/code/userguide/Documents/Guide%20to%20Labelling%20of%20Alcoholic%20Beverages.pdf>
- Gordon, A. J. et coll. (2003). Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse*, 38(8) : 1017-1035.
- Graham, K. (1986). Identifying and measuring alcohol abuse among the elderly: serious problems with existing instrumentation. *J Stud Alcohol*, 47(4) : 322-326.
- Guyatt, G. H. et coll. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650) : 924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
- Han, B. H. (2018). Aging, multimorbidity, and substance use disorders: The growing case for integrating the principles of geriatric care and harm reduction. *Int J Drug Policy*, 58 : 135-136. doi:10.1016/j.drugpo.2018.06.005
- Han, B. H. et Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clin Geriatr Med*, 34(1) : 117-129. doi:10.1016/j.cger.2017.08.005
- Hawk, M. et coll. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*, 14(1) : 70. doi:10.1186/s12954-017-0196-4
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Tiré du site <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-traitement-readaptation-personnes-aines-problemes-attribuables-consommation-alcool-autres-drogues.html>
- Santé Canada. (2016). *Résumé de l'examen de l'innocuité : Gabapentine – Évaluation du risque de problèmes respiratoires graves*. Tiré du site <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/examens-innocuite/resume-examen-innocuite-gabapentine-evaluation-risque-problemes-respiratoires.html>
- Health Promotion Agency New Zealand. (2017). What's a standard drink? Tiré du site <https://www.alcohol.org.nz/help-advice/standard-drinks/whats-a-standard-drink>
- Hearne, R. et coll. (2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *J R Soc Med*, 95(2) : 84-87.
- Heisel, M. J. et Links, P. S. (2005). Primary care prevention of suicide among older adults. *Geriatr Ageing*, 8(8) : 36-41.
- Holbrook, A. M. et coll. (1999). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*, 160(5) : 649-655.
- Holley-Moore, G. et Beach, B. (2016). *Drink wise, age well: Alcohol use and the over 50s in the UK*. Tiré du site <https://drinkwiseagewell.org.uk/wp-content/uploads/2016/01/Drink-Wise-Age-Well-Alcohol-Use-and-the-over-50s-Report-2.pdf>
- Illomaki, J. et coll. (2015). Alcohol Consumption, Dementia and Cognitive Decline: An Overview of Systematic Reviews. *Curr Clin Pharmacol*, 10(3) : 204-212.
- Johnson, B. A. et coll. (2007). Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*, 298(14) : 1641-1651. doi:10.1001/jama.298.14.1641
- Johnston, J. J. et McGovern, S. J. (2004). Alcohol related falls: an interesting pattern of injuries. *Emerg Med J*, 21(2) : 185-188.
- Kim, J. W. et coll. (2012). Alcohol and cognition in the elderly: a review. *Psychiatry Investig*, 9(1) : 8-16. doi:10.4306/pi.2012.9.1.8
- Kraemer, K. L. et coll. (1999). Managing alcohol withdrawal in the elderly. *Drugs Aging*, 14(6) : 409-425.
- Kranzler, H. R. et Soyka, M. (2018). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*, 320(8) : 815-824. doi:10.1001/jama.2018.11406

- Kuerbis, A. et Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Subst Abuse*, 7 : 13-37. doi:10.4137/SART.57865
- Kuerbis, A. et coll. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3) : 629-654. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008
- Le Roux, C. et coll. (2016). Alcohol and Opioid Use Disorder in Older Adults: Neglected and Treatable Illnesses. *Curr Psychiatry Rep*, 18(9) : 87. doi:10.1007/s11920-016-0718-x
- Lemke, S. et Moos, R. H. (2003). Treatment and outcomes of older patients with alcohol use disorders in community residential programs. *J Stud Alcohol*, 64(2) : 219-226.
- Lingford-Hughes, A. R. et coll. (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 18(3) : 293-335. doi:10.1177/026988110401800321
- Lingford-Hughes, A. R. et coll. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*, 26(7) : 899-952. doi:10.1177/0269881112444324
- Lyndon, A. et coll. (2017). Risk to heroin users of polydrug use of pregabalin or gabapentin. *Addiction*, 112(9) : 1580-1589. doi:10.1111/add.13843
- Maldonado, J. R. et coll. (2014). The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*, 48(4) : 375-390. doi:10.1016/j.alcohol.2014.01.004
- Maldonado, J. R. et coll. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol*, 50(5) : 509-518. doi:10.1093/alcalc/agn043
- Mason, B. J. et coll. (2014). Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 174(1) : 70-77. doi:10.1001/jamainternmed.2013.11950
- Mayo-Smith, M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*, 278(2) : 144-151.
- Mee-Lee, D. et coll. (2013). *The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions*. Tiré du site <https://www.asam.org/resources/the-asam-criteria>
- Meier, P. et Seitz, H. K. (2008). Age, alcohol metabolism and liver disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 11(1) : 21-26. doi:10.1097/MCO.0b013e3282f30564
- Mersfelder, T. L. et Nichols, W. H. (2015). Gabapentin: Abuse, Dependence, and Withdrawal. *Annals of Pharmacotherapy*, 50(3) : 229-233. doi:10.1177/1060028015620800
- Mitchell, A. J. et coll. (2012). Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 201 : 93-100. doi:10.1192/bjp.bp.110.091199
- Moore, A. et coll. (2011). Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction*, 106(1) : 111-120. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x
- Moore, A. A. et coll. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1) : 64-74. doi:10.1016/j.amjopharm.2007.03.006
- Morin, C. M. et coll. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*, 161(2) : 332-342. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.332
- Moy, I. et coll. (2011). Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine*, 2(4) : 212-236. doi:10.1016/j.eurger.2011.06.004
- Moyer, V. A. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 159(3) : 210-218. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
- Mukamal, K.J., et coll. (2006). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*, 54, (1), 30-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00561.
- Mulia, N. et coll. (2011). Preventing disparities in alcohol screening and brief intervention: the need to move beyond primary care. *Alcohol Clin Exp Res*, 35(9) : 1557-1560. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01501.x
- Naegle, M. (2012). Substance misuse and alcohol use disorders. Dans : M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer et D. Zwicker (éd.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4^e éd., pp. 516-543). New York, Springer Publishing Company.
- Comité consultatif sur la stratégie nationale sur l'alcool (CCSNA). (2015). *La notion de « verre » : Informer le consommateur sur le verre d'alcool*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Communicating-Drink-Information-to-Consumers-Report-2015-fr.pdf>

- National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions (NCGCACC). (2017). *Alcohol Use Disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol related physical complications*. Tiré du site <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/evidence/full-guideline-pdf-134509213>
- Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. (2013). *Management of Alcohol Use Disorders in older adults: What doctors need to know*. (en anglais)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis and management of physical complications*. Tiré du site <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/resources/alcoholuse-disorders-diagnosis-and-management-of-physical-complications-pdf-35109322251973>
- Nunes, E. V. (2014). Gabapentin: a new addition to the armamentarium for alcohol dependence? *JAMA Intern Med*, 174(1) : 78-79. doi:10.1001/jamainternmed.2013.11973
- Oleski, J. et coll. (2010). Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatr Serv*, 61(12) : 1223-1231. doi:10.1176/ps.2010.61.12.1223
- Oppedal, K. et coll. (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 7 : Cd008343. doi:10.1002/14651858.CD008343.pub2
- Oslin, D. W. et coll. (2006). PRISM-E: Comparison of Integrated Care and Enhanced Specialty Referral in Managing At-Risk Alcohol Use. *Psychiatric Services*, 57(7) : 954-958. doi:10.1176/ps.2006.57.7.954
- Oslin, D. W. et coll. (2014). A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment. *J Gen Intern Med*, 29(1) : 162-168. doi:10.1007/s11606-013-2625-8
- Oslin, D. W. et Zajani, F. (2016). Treatment of unhealthy alcohol use in older adults. Dans : A. Kuerbis, A. Moore, P. Sacco et F. Zanjani (éd.), *Alcohol and aging: Clinical and public health perspectives* (pp. 181-200). Cham, Suisse, Springer International Publishing.
- Pani, P. P. et coll. (2014). Anticonvulsants for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2 : Cd008544. doi:10.1002/14651858.CD008544.pub2
- Pauly, B. B. et coll. (2018). Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev*, 37 Suppl. 1 : s132-s139. doi:10.1111/dar.12681
- Phillips, G. B. et coll. (1952). A study of the nutritional defect in Wernicke's syndrome; the effect of a purified diet, thiamine, and other vitamins on the clinical manifestations. *J Clin Invest*, 31(10) : 859-871. doi:10.1172/jci102673
- Podymow, T. et coll. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ*, 174(1) : 45-49. doi:10.1503/cmaj.1041350
- Pozzato, G. et coll. (1995). Ethanol metabolism and aging: the role of "first pass metabolism" and gastric alcohol dehydrogenase activity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 50(3) : B135-141.
- Raschko, R. (1990). The gatekeeper model for the isolated, at-risk elderly. Dans : N. L. Cohen (éd.), *Psychiatry takes to the streets* (pp. 205-211). New York, Guilford Press.
- Rosman, A. S. (1992). Utility and evaluation of biochemical markers of alcohol consumption. *J Subst Abuse*, 4(3) : 277-297.
- Rosner, S. et coll. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 9 : CD004332. doi:10.1002/14651858.CD004332.pub2
- Rosner, S., et coll. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* (12), CD001867. doi:10.1002/14651858.CD001867.pub2
- Royal College of Psychiatrists (RCP) (2011). *Our invisible addicts: First report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists*. Tiré du site https://www.drugsandalcohol.ie/15373/1/RCP_Invisible_Addicts.pdf
- Royal College of Psychiatrists (RCP) (2015). *Substance misuse in older people: An information guide*. Tiré du site <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Substance%20misuse%20in%20Older%20People%20an%20information%20guide.pdf>
- Schonfeld, L. et coll. (2015). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. *Am J Public Health*, 105(1) : 205-211. doi:10.2105/AJPH.2013.301859
- Schonfeld, L. et coll. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: the Florida BRITE project. *Am J Public Health*, 100(1) : 108-114. doi:10.2105/ajph.2008.149534
- Sharpe, P. C. (2001). Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann Clin Biochem*, 38(Pt. 6) : 652-664. doi:10.1258/0004563011901064
- Spithoff, S. et Kahan, M. (2015). Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking: Part 1: screening and assessment. *Can Fam Physician*, 61(6) : 509-514.
- Stockwell, T. et coll. (2018). Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev*, 37 Suppl. 1 : s159-s166. doi:10.1111/dar.12618
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Substance abuse among older adults: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no 26*. Tiré du site <http://adaiclearinghouse.org/downloads/TIP-26-Substance-Abuse-Among-Older-Adults-67.pdf>

- Taheri, A. et coll. (2014). Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 62(8) : 1551-1555. doi:10.1111/jgs.12932
- Taylor, B., et coll. (2009). Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 104(12), 1981-80. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02694.
- Thomson, A. D. et Marshall, E. J. (2006). The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol*, 41(2) : 159-167. doi:10.1093/alcalc/agh250
- Tonnesen, H. et coll. (2015). Patient education for alcohol cessation intervention at the time of acute fracture surgery: study protocol for a randomised clinical multi-centre trial on a gold standard programme (Scand-Ankle). *BMC Surg*, 15 : 52. doi:10.1186/s12893-015-0035-z
- Tupler, L. A. et coll. (1995). Alcohol pharmacodynamics in young-elderly adults contrasted with young and middle-aged subjects. *Psychopharmacology (Berl)*, 118(4) : 460-470.
- Veerbeek, M. A. et coll. (2019). Differences in alcohol use between younger and older people: Results from a general population study. *Drug Alcohol Depend*, 202 : 18-23. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.04.023
- Vestal, R. E. et coll. (1977). Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 21(3) : 343-354. doi:10.1002/cpt1977213343
- Victor, M. A., R. et Collin, G. H. (1989). *The Wernicke-Korsakoff syndrome and related neurologic disorders due to alcoholism and malnutrition* (2^e éd.). Philadelphie, PA, F.A. Davis Company.
- Wakabayashi, I., et Araki, Y. (2010). Influences of gender and age on relationships between alcohol drinking and atherosclerotic risk factors. *Alcohol Clin Exp Res*, 34, Suppl 1, S54-60. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00758.
- Wood, A. M. et coll. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*, 391(10129) : 1513-1523. doi:10.1016/s0140-6736(18)30134-x
- Wood, B. et Currie, J. (1995). Presentation of acute Wernicke's encephalopathy and treatment with thiamine. *Metab Brain Dis*, 10(1) : 57-72.
- Woodruff, S. et coll. (2009). *Alcohol Use Risk Levels Among Older Patients Screened in Emergency Departments in Southern California* (Vol. 28).

ccsmh.ca



Canadian Coalition
for Seniors' Mental Health

Coalition Canadienne pour
la Santé Mentale des
Personnes Âgées