

Vieillesse, substances psychoactives et psychopathologie

Elderly, psychoactive substances and psychopathology

Des drogues en santé mentale

25^{es} rencontres professionnelles du RESPADD, Dole, 3 et 4 juin 2021

Repérer à tous les âges : drogues, santé mentale, sujets âgés

P. Menecier*

Les consommations de substances psychoactives ne disparaissent pas avec l'âge, pas plus que les troubles de l'usage de substances ne s'éteignent avec la vieillesse. Leur présentation clinique change cependant, avec des tableaux moins typiques et des expressions symptomatiques parfois noyées parmi différents signes cliniques inhabituels, peu discriminants, ou amoindris, issus de contextes polyopathologiques de plus en plus fréquents quand l'âge avance. Parmi toutes les possibles comorbidités, les présentations neuropsychocognitives de différentes affections prennent une place prédominante entre psychopathologie plus ou moins spécifique en gérontopsychiatrie, expressions psychiques de troubles neurocognitifs de maladies d'Alzheimer ou apparentées ou traductions psychocomportementales de troubles somatiques (dans des registres confusionnels ou apparentés).

Dans cet ensemble, reconnaître et relier à leur origine toxicologique les effets de l'usage de différentes substances psychoactives licites ou illicites, comme identifier les manifestations de dépendance à une substance (et de sevrage) ou repérer des conduites addictives devient de plus en plus difficile, sans défaut (et négligence) ni excès (et surdiagnostic). La clinique addictologique et plus généralement les effets d'usages de différents psychotropes se complexifient dans la vieillesse, nécessitant de ne pas oublier leur place, et de repérer leur présence et leurs conséquences au moins de manière opportuniste et parfois systématiquement.

des catégorisations de classes d'âge variablement appréciées au fil du temps [1, 2]. Ces différents âges de la vie déterminent un premier niveau de lecture de la question, sans pour autant suffire à distinguer parmi les plus âgés des sous-groupes spécifiques. Il s'y ajoute des formes du vieillissement, entre ce que le temps qui passe peut délimiter, qualifié de vieillissement physiologique ou en soi (per se), ce qui relève de vieillissement accéléré (par différents facteurs extérieurs, d'expositions environnementales), et ce qui a été nommé vieillissement pathologique (quand une maladie aiguë ou chronique avec de possibles séquelles peut surajouter).

Dans le même temps, vieillir nécessite un travail psychique à part entière, que la personne peut mener plus ou moins seule, de manière adaptée ou non dans des registres de vieillissement psychique idéalement compensé, mais qui peut aussi être surcompensé (avec négation de l'avancée en âge et de ses conséquences amenant le sujet à se conduire et apparaître comme s'il était toujours jeune adulte/adulescent), ou décompensé (avec souffrance psychique et symptomatologies secondaires pouvant s'exprimer dans différents registres de la psychopathologie du sujet âgé) [3].

En illustration, on peut rappeler qu'il y a le même nombre d'années entre 20 et 60 ans qu'entre 60 et 100 ans et qu'on n'imaginerait pas réunir tous les adultes d'âge moyen de 20 à 60 ans dans une seule typologie : la vieillesse (chronologique après 60 ou 65 ans) n'est pas unique. Notons aussi qu'il n'est pas simple de nommer les personnes âgées entre euphémismes de seniors et périphrases d'ainés, l'évitement de la vieillesse apparaît aussi dans les difficultés à la désigner et oser le qualificatif ou le substantif de "vieux", qui de toute manière demeure une notion relative selon l'âge de qui l'emploie.

Des sujets âgés

Il n'y a d'abord pas une vieillesse dont le début chronologique serait simple à préciser, mais de multiples situations de sujets vieillissant, selon

* Praticien hospitalier, unité d'addictologie et consultation mémoire, centre hospitalier les Chanaux, Mâcon ; Docteur en psychologie, université Lumière Lyon 2, Équipe de recherche DIPHE, Lyon.

Points forts⁺

- » L'usage de substances psychoactives persiste chez les aînés, avec divers produits et des présentations atypiques ou intriquées à d'autres pathologies.
- » La vieillesse n'est pas unique, quand différentes situations de vieillissement physique ou psychique, vont déterminer les effets plus ou moins marqués (jusqu'à l'ivresse) des consommations.
- » Les substances rencontrées sont d'abord l'alcool, les médicaments, puis le tabac et plus rarement des produits illicites. Leurs effets ne doivent pas être confondus avec les effets du vieillissement psychique ou des troubles psychopathologiques. Inversement, réduire en acte autothérapeutique toute consommation de substance chez un aîné est excessif.
- » Le modèle de complexité en santé est le plus opérant entre différents modes de vieillissement, psychopathologie et mésusage de substances. Alors, la reconnaissance de ces situations passe par un repérage opportuniste ou systématique, afin de ne pas méconnaître des situations de souffrance addictive.

Vieillesse et substances psychoactives

Même chez de vénérables vieillards(es), il existe des consommations de substances psychoactives, alcool, drogues, médicaments pouvant aller jusqu'à l'ivresse. Nos représentations générales associent peu vieillesse et mésusage de substances ou addiction. À cet égard, la terminologie québécoise assez illustrative, mais déroutante, de gérontoxicomanie est assez explicite de ce point [4].

La notion de drogue est variablement entendue selon les publics et les époques, entre équivalence de toutes substances psychoactives ou seulement des substances illicites, associant ou non les médicaments détournés de leurs usages. Cette variabilité introduit une incertitude majorée en gérontologie où les substances rencontrées concernent surtout l'alcool, les médicaments notamment psychoactifs (benzodiazépines en premier) ou antalgiques (opioïdes), puis le tabac à moindre titre et des substances illicites de manière presque anecdotique [5].

Dans la vieillesse aussi, l'usage ne fait pas le mésusage, quelle que soit la substance, et les perceptions variables d'un produit à l'autre, plus ou moins socialement accepté ou intégré, ou inversement stigmatisé. Reconnaissons que dans ces tranches de population les substances illicites sont très minoritaires et les thérapies psychédéliques, pour le moins peu explorées.

Hormis le cannabis et surtout le cannabis thérapeutique, attendu et parfois espéré comme une panacée par des personnes présentant des douleurs chroniques ou diverses formes de souffrances psychiques durables en lien avec les pertes et renoncement liés au vieillissement [4]. L'espoir parfois massif imaginé autour du cannabidiol chez des personnes âgées, de manière apparemment peu étayée, peut faire redouter une forme d'illusion, rejoignant la quête d'une pilule du bonheur ou d'un accès ubiquitaire à des paradis artificiels pour soulager la charge de la vieillesse.

S'il est évident en addictologie que, quel que soit le produit consommé, l'usage ne fait pas le mésusage, une nécessaire distinction doit être maintenue chez des sujets âgés entre surconsommation d'un produit,

dépendance à une substance, et addiction, qui ne sont pas synonymes. Plus encore en gérontologie, la dépendance est elle aussi polysémique, renvoyant d'abord à une dépendance dans les actes de la vie quotidienne, sans oublier d'autres formes de dépendances affectives, avant de parler de dépendances à une substance [6].

Ivresses du sujet âgé

La vieillesse ne protège pas non plus des ivresses, ressenties, recherchées ou subies après consommation de substance. La question de l'ivresse est complexe dans sa définition et sa délimitation, au-delà de l'intoxication, selon la présence ou l'intensité des manifestations cliniques. Il est ainsi peu simple de distinguer effets attendus d'usage de psychotrope et ivresse, qui en est aussi la manifestation recherchée. Les ivresses du sujet âgé sont d'abord alcooliques [7], parfois benzodiazépiniques [8], très rarement cannabiques, pour ne considérer que celles médiées par un produit.

Identifier les effets de consommations ou d'ivresse est une première étape, nécessaire à étayer devant des présentations parfois atypiques ou prenant des aspects inhabituels par comparaison avec d'autres tranches d'âge, surtout dans des formes confusonoïriques ou délirantes [9]. L'avancée en âge est une circonstance favorable à l'expression de troubles délirants, qui sont de moins en moins inscrits dans un registre de personnalité psychotique. Ils peuvent notamment survenir par effets directs de la substance consommée (toxidrome), par baisse de la vigilance induite ou par effets de sevrage, avant même d'envisager l'existence de psychoses toxiques, d'anciennes notions de psychoses alcooliques, ou des interrelations complexes entre troubles psychotiques et usage de cannabis [9].

Psychopathologie du sujet âgé

La clinique en santé mentale chez des sujets âgés doit faire la part des choses entre effets du vieillissement (psychogérontologie pas nécessairement pathologique) [1, 2], et situation psychopathologique.

Mots-clés

Sujet âgé
Substance psychoactive
Usage
Mésusage
Psychopathologie

Highlights

» *The use of psychoactive substances persists in elderly, with various substances and atypical or intricate presentations with other diseases.*

» *Old age is not an unique time, when different situations of physical or psychic ageing will determine level of effects (until drunkenness) of the consumptions.*

» *The substances encountered are first alcohol, drugs, then tobacco and more rarely illicit substances. Their effects should not be confused with the effects of psychological ageing or psychopathological disorders. Conversely, reducing in a self-therapeutic act, any consumption of substance in elderly is excessive.*

» *The model of health complexity is the most effective one, between various ageing types, psychopathology and substance misuse. Then to recognize these situations, an opportunistic or systematic screening is required, so as not to ignore situations of addictive suffering.*

Keywords

Elderly
Psychoactive substance
Use
Misuse
Psychopathology

Il se surajoute de possibles effets de substances psychoactives dans leur usage aigu, chronique ou leur sevrage éventuel.

Distinguer déjà physiologie et pathologie associée au vieillissement est une première étape fondamentale. Par exemple autour de la dépression, des spécificités d'âges ont été mises en évidence avec une banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge [10], conduisant à leur négligence et à la non-reconnaissance de syndromes dépressifs avérés de sujets âgés, même s'ils peuvent parfois prendre des formes spécifiques [1]. Inversement, méconnaître les effets du vieillissement psychologique et médicaliser une expression qui n'est pas forcément pathologique peut devenir préjudiciable au sujet [2]. Alors quand se surajoutent les conséquences de toutes les formes d'usage de psychotropes ou leur sevrage, l'ensemble devient complexe et difficilement résumable.

Psychogénèse des addictions

Derrière cette vaste question, inabordable ici, se profile une rationalisation souvent présente chez des usagers de substances psychoactives, et parfois des soignants, voulant résumer l'usage ou le mésusage de substance en une quête autothérapeutique. Cette croyance (ou représentation), parfois envahissante et invalidante pour une clinique addictologique, semble d'autant plus présente avec des personnes âgées, qu'on ne les imagine pas simplement en quête de plaisir ou de défonce, mais plutôt et recherche de soulagement...

Une telle recherche de soulagement initiant, entretenant ou augmentant des consommations de substances psychoactives a pu être objectivée, par exemple autour de l'alcool dans des douleurs chroniques [11], mais n'est pas étayée dans d'autres registres, notamment de souffrance psychique. C'est une éventualité ni systématiquement invalide ni toujours applicable par simplification clinique...

Une autre approche de cette question est de considérer la part d'association de troubles mentaux et de troubles de l'usage de substances, rarement envisagée spécifiquement en gérontologie, mais considérée déjà très variablement en population générale comme pouvant aller de moins du tiers à la plupart... [12]. Dans ce contexte, l'association avant même de parler de corrélation est difficile à préciser au-delà de déclaration d'opinions de différents auteurs.

Vieillesse, mésusage de substance et psychopathologie

Plutôt qu'une protection liée à l'âge, une triple vulnérabilité des sujets âgés a été envisagée envers des troubles de l'usage de substances. Elle peut être physiologique (en lien avec des évolutions du métabolisme des produits dans l'organisme), psychologique (en lien avec le vieillissement psychologique et l'adaptation au travail du vieillir), et sociale (en lien avec la diminution des interactions sociales, les différents registres d'isolement, etc.) [13].

Ajoutée à la vulnérabilité psychique des personnes âgées dans les différents modes de vieillissement et la prévalence croissante de troubles mentaux au sens large, on aboutit à un cumul de facteurs de risque de télescopage entre vieillesse, psychopathologie et trouble de l'usage de substances. Un niveau supplémentaire peut provenir du contexte neurocognitif, avec ses spécificités du sujet âgé autour des malades d'Alzheimer ou apparentées, les troubles cognitifs liés à l'alcool qui ne disparaissent pas, la réserve cognitive qui s'amointrit avec le vieillissement, le risque confusionnel qui se majore... [1]. Que l'on aborde cela sous l'angle des cooccurrences ou comorbidités, des diagnostics associés, des doubles diagnostics (*dual diagnosis*), ou de complications d'une entité par une autre (avec une interrogation infinie sur ce qui était au début des troubles), le modèle d'approche le plus utile est celui de la complexité en santé [14].

Une illustration à cette complexité peut être envisagée autour de la crise suicidaire du sujet âgé, avec ses spécificités d'âge (moins de tentatives et plus de suicides aboutis), les liens multiples avec la psychopathologie (et pas que la dépression), la place de substances psychoactives en modalités d'intoxication ou recherche de désinhibition pour passer à l'acte (alcool, voire benzodiazépines) [15].

Repérage du mésusage de substance des sujets âgés

Dans cet ensemble, la reconnaissance des situations, quelle que soit la porte d'entrée gériatrique, addictologique, psychiatrique, sociale, etc., passe par leur prise en considération sans négligence ni défaitisme, mais aussi par leur repérage, d'autant plus utile que les présentations cliniques sont atypiques ou amoindries.

Le RPIB (repérage précoce et intervention brève), n'est pas développé en gérontologie, mais peut y avoir toute sa place, au moins dans l'approche des troubles de l'usage de substance. Ses modalités sont similaires aux autres âges de la vie, avec des questionnaires pouvant soutenir les entretiens cliniques, dont certains sont spécifiques au sujet âgé, essentiellement à propos d'alcool (ARPS, EDDA, MAST-G, T-ACE), mais ont très peu diffusé [16].

Le repérage est d'autant plus utile et efficace qu'il est diffus, aussi bien en soin primaire, qu'en service d'urgence, en gériatrie ou même en addictologie, quand on ne peut trouver et objectiver que ce que l'on cherche et envisage possible de rencontrer.

Les outils plus directs ou archaïques de repérage des troubles de l'usage de substances en questionnant la fréquence ou la quantité des prises sont probablement encore moins pertinents, quand les quantités consommées peuvent être déroutantes en semblant faibles... Les CDA (consommation déclarée d'alcool) ou CDSPA (consommation déclarée de substances psychoactives) pour envisager les consommations déclarées d'alcool ou de substances psychoactives sont probablement aussi peu pertinentes que les modalités de repérage biologiques du mésusage d'alcool dans la vieillesse du fait de perte de la sensibilité et la spécificités des élévations des gamma-GT et volumes globulaires moyens.

Alors ce sont surtout des signaux faibles qui pourront attirer l'attention des cliniciens, parfois

illustrés sous le terme de signes pouvant mettre la puce à l'oreille, aspécifiques et jamais pathognomoniques. Ils peuvent cependant faire envisager l'existence de troubles de l'usage de substance, qu'il conviendra d'objectiver ensuite par des entretiens et d'éventuels autres moyens. Ce sont pêle-mêle des circonstances de chutes, malaises, confusion, tremblements, troubles cognitifs, variations de l'humeur ou du comportement, retraits sociaux, etc. [4]. Ne pas exclure des manifestations d'usage aigu ou chronique de substance ou leur éventuel sevrage du seul fait de l'âge de la personne rencontrée en est le préalable.

Conclusion

Alcool, médicaments, vieillesse et psychopathologie sont les ingrédients principaux d'un contexte clinique protéiforme avant même que le profil cognitif ne se surajoute.

Dans cet ensemble multifactoriel, en permanentes interactions, les approches unicistes et univoques ont peu de place, pour favoriser des offres biopsychosociales, idéalement interdisciplinaires, bien connues de l'addictologie comme de la gérontologie. Afin qu'elles puissent se développer, l'identification de ces situations passe par un repérage, utile à favoriser et à développer dans l'intérêt des futurs soignés. ■

Références bibliographiques

1. Menecier P. Psychogérontologie clinique et pathologique. 2019, In Press Ed.
2. Menecier P, Ploton L. Psychogérontologie fondamentale et théorique. 2020, In Press Ed.
3. Le Gouès G. L'âge et le principe de plaisir, 2000, Dunod Ed.
4. Vermette G et al. La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir, CPLT-FQCRPAT, 2001. <https://numerique.banq.qc.ca/patri-moine/details/52327/2008964>
5. Menecier P et al. Les conduites addictives du sujet âgé. La Revue de Gériatrie 2020;45(10):589-602.
6. Menecier P. Les dépendances au fil de la vie. 2021. In Press Ed.
7. Menecier P, Rotheval L. L'ivresse alcoolique dans la vieillesse. Soins Gérontologie 2017;123:21-3.

@ Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

P. Menecier déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

➔ Congrès

■ ATHS 2021 - Congrès international de Biarritz

Du mardi 19 au vendredi 22 octobre 2021

ATHS "Addictions Toxicomanies Hépatites SIDA"

Inscription: <http://www.aths-biarritz.com/>



Sortir du tabac : une priorité pour tous !

Références bibliographiques (suite de la page 19)

8. Menecier P et al. Peut-on parler d'ivresse benzodiazépinique ? À propos d'intoxications benzodiazépiniques aiguës, ni suicidaires ni mortifères. *L'Encéphale* 2012;38:25-30.
9. Menecier P et al. Troubles délirants d'origine toxique du sujet âgé. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2010;12(97):77-80.
10. Tison P, Hautekeete M. Activation de pensées automatiques négatives vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2005;15(2):61-8.
11. Brennan PL et al. Pain and use of alcohol to manage pain. *Addiction* 2005;100(6):731-2.
12. Sellman D. The 10 most important things known about addiction. *Addiction* 2009;105:6-13.
13. Menecier P. Alcool chez les sujets âgés. In *Alcool et troubles mentaux : De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Benyamina A et al.; Masson Ed 2013; p. 95-102.
14. Menecier P et al. Troubles liés à l'usage d'alcool du sujet âgé : un exemple de la notion de complexité en santé. *Annales Médico-Psychologiques* 2017;175(9):763-9.
15. Menecier P. Suicide, Alcool et Personnes âgées. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2020;20(120):369-73.
16. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG Paille F. (2014). Personnes âgées et consommation d'alcool : question 3 : quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez des personnes âgées ? *Alcoologie et addictologie*;36(1): 247-51 ; en ligne : http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_R2013-SeniorsQ3.pdf