

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1576

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Nathalie MARIAUX

le 05 octobre 2018

Etude sur les critères d'addiction chez les personnes âgées

Directeur de thèse : Dr Juliette SALLES

JURY :

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Madame le Docteur Juliette SALLES

Madame le Docteur Sarah HUGOT

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant



FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTNES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYASSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTNES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTNES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLIZEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAUD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements :

A *Monsieur le Professeur Christophe ARBUS*, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, je vous remercie pour votre investissement dans la formation des futurs psychiatres. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A *Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO*, je vous prie de bien vouloir recevoir mes sincères remerciements pour votre disponibilité et pour avoir accepté de juger ce travail.

A *Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT*, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans le jury de cette thèse. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A *Madame le Docteur Sarah HUGOT*, je te remercie de participer au jury de cette thèse. Découvrir la psychiatrie du sujet âgé à tes côtés fut une expérience enrichissante.

A *Madame le Docteur Juliette SALLES*, je te remercie de m'avoir encadrée pour cette thèse. Merci pour ta disponibilité, tes conseils et ta rigueur qui m'ont permis de réaliser ce travail.

A toute ma famille, à tous mes amis, à tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette belle expérience, Merci !

A l'équipe de l'Hôpital de jour de prévention des fragilités et de la dépendance et au service de post-urgence gériatrique, je vous remercie de m'avoir accueillie et permis de réaliser ce travail.

A l'équipe de l'UMPSA, ce fut un plaisir de découvrir la psychiatrie du sujet âgé à vos côtés.

Table des matières :

Table des abréviations.....	11
I. Introduction.....	12
1. Le concept d'addiction	12
1.1. Une origine ancienne	12
1.2. L'évolution des critères diagnostiques	12
1.2.1. Les critères de Goodman	12
1.2.2. La classification CIM-10.....	13
1.2.3. La classification DSM	13
2. L'addiction chez la personne âgée	14
2.1. Aspects psychodynamiques	14
2.2. Sujet âgé, candidat naturel aux addictions.....	15
2.2.1. Vulnérabilité psychique.....	15
2.2.2. Vulnérabilité physique.....	16
2.3. Retentissements et conséquences.....	16
2.3.1. Spécifique à la consommation d'alcool	16
2.3.1.1 Complications somatiques.....	16
2.3.1.2. Alcool et troubles cognitifs	17
2.3.1.3. Alcool et pathologie psychiatrique.....	18
2.3.2. Spécifique à la consommation de benzodiazépines	18
3. Epidémiologie.....	19
3.1. Données démographiques de la population âgée.....	19
3.2. Etat des lieux de la consommation chez les sujets âgés	20
3.2.1. Consommation d'alcool en France.....	20
3.2.2. Consommation de benzodiazépine en France	21
3.3. Prévalence du trouble lié à l'usage d'une substance.....	22
3.3.1. Alcool.....	22
3.3.2. Benzodiazépines	23
4. Problématique diagnostique actuelle.....	23
4.1. Difficulté de dépistage	23
4.2. Limite du DSM	24

4.3. Hypothèse et objectifs de notre étude	26
4.3.1. Hypothèse	26
4.3.2. Objectif principal	26
4.3.3. Objectifs secondaires	26
II. Matériels et méthode	27
1. Schéma de la recherche	27
2. Population d'étude.....	27
2.1. Critères d'inclusion	27
2.2. Critères de non-inclusion	27
2.3. Trois groupes de patients	27
2.4. Taille de l'échantillon	28
3. Modalité de recrutement et recueil des données	28
4. Critères d'évaluation	28
4.1. Critère d'évaluation principal	28
4.2. Critère d'évaluation secondaire.....	28
5. Analyse statistique.....	28
6. Considérations éthiques et réglementaires	29
III. Résultats	30
1. Analyse du groupe de l'hôpital de jour (HDJ)	30
1.1. Données démographiques.....	30
1.2. Répartition de la consommation d'alcool et	33
1.3. Trouble lié à l'usage d'une substance.....	35
1.4. Répartition des critères DSM-5	37
1.5. Corrélation avec la dépression.....	38
2. Analyse du groupe du service de post-urgence gériatrique (PUG).....	40
2.1. Données démographiques	40
2.2. Répartition de la consommation d'alcool et	43
2.3. Trouble lié à l'usage d'une substance.....	45
2.4. Répartition des critères DSM-5	46
3. Analyse du groupe suivi en addictologie	48
3.1. Données démographiques	48
3.2. Consommation et trouble lié à l'usage d'une substance.....	49

3.3. Répartition des critères DSM-5	50
4. Comparaison des trois groupes.....	51
4.1. Données démographiques	51
4.2. Consommation et trouble lié à l'usage d'une substance.....	52
4.3. Répartition des critères DSM-5	52
IV. Discussion	54
V. Conclusion.....	58
Bibliographie.....	59
Annexe 1 :	62
Annexe 2 :	63
Annexe 3 :	64
Annexe 4 :	65

Table des abréviations :

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CIM : Classification Internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MCI : Mild Cognitif Impairment

PAQUID : Personne Agée QUID

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OFDT : Observatoire français des drogues et de la toxicomanie

AUDIT-C : Alcohol use disorders test

GGT : Gammaglutamyl transférase

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

MAST : Michigan Alcoholism Screening Test

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

MMSE : Mini-mental state examination

GDS : Geriatric depression scale

CPP : Comité de Protection des Personnes

ADL : Activities of Daily Living

HDJ : Hôpital de jour

PUG : Post-urgence gériatrique

OH : alcool

BZD : benzodiazépine

TLUS : Trouble lié à l'usage d'une substance

TLUA: Trouble lié à l'usage d'alcool

TLUB : Trouble lié à l'usage de benzodiazépines

I. Introduction

La population des personnes âgées est croissante au regard de l’allongement de la durée de vie et de l’avancée en âge de la génération baby-boom. Dans cette population, la vulnérabilité physique et psychique est un facteur de risque d’addiction. Malgré ce constat, les conduites addictives restent un sujet peu documenté et sous-estimé au sein de cette population alors qu’elles peuvent avoir un retentissement grave sur l’état de santé de ces personnes.

Les quelques données épidémiologiques disponibles identifient que les conduites addictives chez le sujet âgé concernent principalement le trouble lié à l’usage de l’alcool et des benzodiazépines avec une prévalence qui varie selon les études. Le manque d’étude sur les conduites addictives chez le sujet âgé peut s’expliquer par des difficultés de dépistage par les professionnels de santé ; ces difficultés pouvant elles-mêmes être expliquées par l’inadaptation des critères diagnostiques à cette population. En effet, le trouble lié à l’usage tel que défini dans le DSM-5 (5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) comprend 11 critères dont certains paraissent peu adaptés à la population des sujets âgés. Toutefois, peu d’études ont étudié les liens entre les critères du DSM-5 et le diagnostic de trouble lié à l’usage de substance dans une population de sujet âgé de plus de 65 ans.

1. Le concept d’addiction

1.1. Une origine ancienne

Le terme « addiction » tire son origine du latin ad-dicere « dire à » et exprime une appartenance en termes d’esclavage (1). Le mot addiction est un vieux terme juridique français et signifie « contrainte par le corps ». Il est repris par les auteurs anglo-saxons, Jellinek, Peele et Orford, dans les années 1960-70 pour caractériser les conduites de dépendance (2).

1.2. L’évolution des critères diagnostiques

1.2.1. Les critères de Goodman

En 1990, Aviel Goodman, psychiatre anglais, établit les premiers critères d’addiction (annexe 1). Il décrit l’addiction comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l’échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (1).

En n'étant pas associé à un objet précis, cette définition permet de regrouper dans un seul concept les addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe,...) et les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues,...).

1.2.2. La classification CIM-10

On distingue trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : l'usage simple, l'usage à risque et le mésusage (3).

L'usage simple est un mode de consommation socialement accepté n'entraînant ni complication ni dommage, modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies. Il peut être expérimental, occasionnel, récréatif ou régulier. Il ne présente pas de caractère pathogène. Il devient un usage à risque lorsqu'il est susceptible d'entraîner un risque aigu ou chronique pour la santé.

En 1992, la 10^{ème} édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un modèle bidimensionnel du mésusage qui distingue deux modes de consommations : l'usage nocif ou l'abus et le syndrome de dépendance.

L'usage nocif ou abus est une consommation préjudiciable à la santé physique ou psychique, avec des dommages psychoaffectifs ou sociaux. Ces comportements peuvent évoluer vers la dépendance. Il n'y a pas de seuil de consommation dans cette définition, le critère étant l'apparition des conséquences de la consommation.

Le syndrome de dépendance correspond à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Ce syndrome comprend au minimum trois symptômes parmi : la tolérance, le syndrome de sevrage, le craving (envie irrépressible de consommer le produit), la difficulté à contrôler la consommation du produit, l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de la consommation du produit, la poursuite de la consommation du produit malgré la survenue de conséquences nocives. Ces symptômes sont retrouvés pendant au moins une période de 12 mois.

1.2.3. La classification DSM

Le DSM-5 de l'Association américaine de psychiatrie datant de 2013 définit le trouble lié à l'usage d'une substance. Il ne distingue plus comme sa précédente édition, le DSM-4, l'abus et

la dépendance. Il comprend 11 critères (4). Il exclut le critère relatif aux problèmes judiciaires et introduit le critère correspondant au craving (tableau 1). La sévérité est spécifiée selon le nombre de critères (annexe 2).

Tableau 1 : Différences de critères entre les différents diagnostics du DSM-4 et du DSM-5

Critères	DSM-4 (dépendance)	DSM-4 (abus)	DSM-5 (trouble lié à l'usage d'une substance)
Désir persistant	X		X
Perte de contrôle	X		X
Temps passé	X		X
Tolérance	X		X
Syndrome de sevrage	X		X
Abandon des activités	X		X
Poursuite malgré les conséquences physiques et psychologiques	X		X
Incapacité à remplir ses obligations majeures		X	X
Situations dangereuses		X	X
Problèmes judiciaires		X	
Utilisation répétée malgré les problèmes sociaux		X	X
Craving (envie irrépressible de consommer le produit)			X

2. L'addiction chez la personne âgée

2.1. Aspects psychodynamiques

Actuellement, le modèle bio-psycho-social fait référence. D'après Claude Olievenstein, « la toxicomanie, c'est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel ». Ce modèle prend en compte un faisceau de facteurs déterminants ayant trait à l'individu, au contexte social ou à la substance. Parmi les facteurs individuels, les attentes et le style de vie ainsi que l'état de santé physique sont déterminants. Parmi les facteurs environnementaux, l'isolement social, le manque de perspective d'avenir et les expériences de vie difficiles sont des facteurs de risque. Enfin, pour les facteurs liés à la substance, la disponibilité et l'accessibilité sont des facteurs déterminants des addictions.

De plus, de la théorie de la recherche de sensation de Zuckerman à celle de l'auto-érotisme par Pidnielli, il est aussi évoqué la thèse de l'automédication de la douleur physique et psychique ou d'une activité répétitive et prévisible pour pallier un vide social (5). Les pertes objectales inhérentes au processus de vieillissement renvoient à une dynamique dépressive où l'addiction permettrait la transformation d'un « manque à être » en « manque à avoir » (6).

Tous ces éléments permettent d'envisager le vieillissement comme une période à risque pour les conduites addictives. En effet, outre que cette phase de la vie s'inscrit dans un contexte de stress, de pertes, de séparations sous la forme de décès, de problèmes physiques, de dépendance aux autres et d'isolement social, il s'agit d'une population potentiellement exposée à des substances puisqu'elle a un accès possible à l'alcool et peut bénéficier de prescription d'anxiolytiques.

La littérature différencie chez certains sujets âgés des comportements addictifs anciens alors qu'ils sont d'apparition plus récente chez d'autres (7). Le comportement addictif ancien s'inscrit dans l'histoire du sujet aux antécédents de pathologie psychiatrique. Le comportement addictif précoce, débutant après 60 ans, est le plus souvent réactionnel à des événements de vie douloureux.

2.2. Sujet âgé, candidat naturel aux addictions

Comme nous venons de voir en introduction, de nombreux facteurs sont considérés comme aggravant ou déclenchant la problématique addictive et font des sujets âgés des candidats naturels aux addictions, tel que les facteurs de stress (au niveau médical, financier, social ou familial). De plus, s'ajoutent aux facteurs de stress environnementaux des facteurs de vulnérabilité spécifique du vieillissement, tant sur le plan psychique que sur le plan physique (8).

2.2.1. Vulnérabilité psychique

Le vieillissement s'accompagne d'une crise identitaire du fait de la perte de capacités et de modification de l'image corporelle. La perte des capacités physiques et intellectuelles amènent à une perte d'autonomie. Perdant progressivement ses capacités d'adaptation aux changements, le sujet âgé devient en même temps plus vulnérable et plus dépendant de son entourage et des contraintes matérielles. Il est moins apte à utiliser ses ressources psychiques afin de résoudre des conflits et gérer ses angoisses. La retraite professionnelle est vécue comme une perte du rôle social. Ce délaissement est renforcé par les changements dans la structure familiale et par un réseau amical qui s'amenuise (8).

2.2.2. Vulnérabilité physique

Les pathologies somatiques, en lien avec l'âge, les handicaps, l'altération des capacités sensorielles, les pathologies chroniques, les douleurs physiques, peuvent participer au développement de conduites addictives (7).

Il existe avec l'âge une modification des capacités métaboliques : diminution des fonctions hépatiques et rénales, diminution de la masse maigre, augmentation de la masse grasseuse, dénutrition fréquente avec une hypoalbuminémie (9). Il en résulte une perturbation du catabolisme et de la pharmacocinétique, c'est-à-dire de la qualité et du taux d'absorption, de distribution et d'excrétion du produit consommé (7). En conséquence, des effets supérieurs des molécules peuvent être observés avec des doses inférieures à celles de l'adulte. Il y a risque d'accumulation dans l'organisme des substances du fait d'une élimination plus lente.

Au niveau cérébral, il existe une diminution en nombre des récepteurs D2, des neurones dopaminergiques et cholinergiques, une diminution des métabolismes neuronaux, une augmentation de la sensibilité du système acide gamma-aminobutyrique (GABA) aux benzodiazépines et une augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique. Cela entraîne des modifications pharmacodynamiques avec en particulier une plus grande sensibilité cérébrale (7).

2.3. Retentissements et conséquences

2.3.1. Spécifique à la consommation d'alcool

2.3.1.1. Complications somatiques

Les complications somatiques d'une consommation aiguë ou chronique d'alcool sont les mêmes que chez le sujet jeune. Cependant, chez les personnes âgées, les conséquences sont potentiellement plus sévères compte tenu de leur fragilité physiologique et des comorbidités associées.

Les complications habituelles liées à une consommation chronique d'alcool sont digestives, cardiovasculaires, nutritionnelles, neurologiques, oto-rhino-laryngologiques et orthopédiques. Le syndrome de sevrage peut se manifester avec des hallucinations et entraîne un risque de crise comitiale. Il peut être retardé et souvent prolongé.

2.3.1.2. Alcool et troubles cognitifs

L'effet neurotoxique de l'alcool favorise les lésions cérébrales et diminue la réserve cognitive (10).

Trois tableaux cliniques sont observés :

- L'encéphalopathie de Gayet – Wernicke est une complication neuropsychique liée aux carences nutritionnelles, notamment en vitamine B1. Elle se traduit par un état confusionnel associé à des signes neurologiques (cérébelleux et oculo-moteur). Lorsqu'elle est tardivement traitée, sa régression est partielle et peut précéder une évolution démentielle ou un syndrome de Korsakoff séquellaire
- Le syndrome de Korsakoff succède habituellement à l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke mais il peut apparaître de façon primitive. Il est caractérisé par un syndrome amnésique majeur avec un oubli à mesure, des fabulations et des fausses reconnaissances
- L'existence de démences purement liées à la toxicité neuronale de l'alcool reste un sujet débattu (10). Elles sont souvent associées à une encéphalopathie carencielle ou à une démence dégénérative ou vasculaire sous-jacente. Cliniquement, elles se présentent comme une démence frontale avec troubles du comportement majeurs et un déficit cognitif plus ou moins prononcé.

La fréquence des troubles cognitifs liés à l'alcool sont variables d'une étude à l'autre. Zuccala (11) retrouve une prévalence de 19% alors que Bates (12) observe une prévalence entre 50 et 80%. La démence d'origine alcoolique serait la seconde cause de démence chez les sujets âgés institutionnalisés (10).

Les déficits cognitifs liés à l'alcoolisme sont stables et réversibles partiellement ou totalement après sevrage. La récupération s'obtient en moyenne en 2 ans, elle est moins bonne chez le sujet âgé (10).

Certains auteurs ont mis en évidence qu'une consommation modérée d'alcool pourrait réduire les déficits cognitifs et ralentir la progression d'un trouble cognitif léger (MCI, mild cognitive impairment) (13). Toutefois, les avantages d'une consommation modérée d'alcool sur la fonction cognitive sont mis en doute par d'autres études plus récentes (14).

2.3.1.3. Alcool et pathologie psychiatrique

De nombreuses études soulignent le lien complexe entre la dépression et l'addiction à l'alcool. Des symptômes dépressifs peuvent apparaître dans les suites d'une alcoolisation ou d'un sevrage. Le trouble lié à l'usage d'alcool peut également induire des états dépressifs.

Chez les patients souffrant de dépression caractérisée, une addiction à l'alcool est retrouvée dans 15 % à 30 % des cas suivant les études (7). Le syndrome dépressif serait cinq fois plus fréquent chez les sujets âgés dépendants (15).

La dépression est considérée comme un facteur aggravant du trouble lié à l'usage d'alcool. Elle provoque une augmentation des quantités consommées et favorise les rechutes (16).

Le risque de décès par suicide est 16 fois plus important chez les sujets âgés abusant de l'alcool (15).

Anxiété et dépendance à l'alcool sont souvent associées. L'anxiété compliquant un alcoolisme ne se distingue pas facilement d'un alcoolisme secondaire à un trouble anxieux (17).

2.3.2. Spécifique à la consommation de benzodiazépines

Il résulte de l'effet sédatif et myorelaxant des benzodiazépines un risque majeur de chutes qui peut s'accompagner de fractures et une augmentation du risque d'accident de la voie publique. L'effet déprimeur central des benzodiazépines accroît le risque de bronchite chronique ou d'emphysème pulmonaire chez les insuffisants respiratoires.

Une amnésie antérograde et des épisodes de confusion mentale sont parfois observés.

Des effets paradoxaux lors d'une consommation continue et prolongée de benzodiazépines ne sont pas rares (excitation psychomotrices, agressivité et cauchemars).

La surconsommation de benzodiazépines est à l'origine de symptômes anxieux, dépressifs et de troubles du sommeil.

L'usage prolongé des benzodiazépines altère les fonctions cognitives (7), en particulier de la mémoire à court terme, de la mémoire de rappel et des performances verbales (18). La consommation de benzodiazépines peut révéler l'existence d'une détérioration mentale jusqu'alors non diagnostiquée (7). L'étude PAQUID sur les personnes âgées menée prospectivement en France sur une période de 8 ans suggère que l'usage des benzodiazépines pourrait augmenter le risque de démence (7). L'arrêt ou la diminution de la consommation améliore de manière partielle les performances cognitives (18).

L'utilisation de benzodiazépines est plus fréquente chez les sujets présentant des antécédents psychiatriques, notamment de dépression chez les femmes. La dépression provoque, chez les sujets âgés, une conduite de mise en acte dans les addictions aux benzodiazépines (19).

3. Épidémiologie

3.1. Données démographiques de la population âgée

Avec l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération baby-boom, le vieillissement de la population française se poursuit. Selon les estimations INSEE en France, au 1^{er} janvier 2018, les plus de 65 ans représenteraient 19,6 % de la population soit un peu plus de 13 millions d'habitants dont 9,2% sont âgés de plus de 75 ans (20).

Tableau 2 : Population par sexe et groupe d'âges en 2018 (effectifs et proportions en %)

Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Total	Ensemble
Moins de 15 ans	5 978 099	6 248 352	12 226 451	18,2
15-19 ans	2 038 916	2 140 382	4 179 298	6,2
20-24 ans	1 860 041	1 903 554	3 763 595	5,6
25-29 ans	1 970 018	1 923 405	3 893 423	5,8
30-34 ans	2 082 129	1 981 056	4 063 185	6,0
35-39 ans	2 162 277	2 075 413	4 237 690	6,3
40-44 ans	2 132 035	2 088 366	4 220 401	6,3
45-49 ans	2 304 165	2 256 655	4 560 820	6,8
50-54 ans	2 294 952	2 219 361	4 514 313	6,7
55-59 ans	2 216 883	2 091 464	4 308 347	6,4
60-64 ans	2 129 262	1 943 594	4 072 856	6,1
65-69 ans	2 085 309	1 867 535	3 952 844	5,9
70-74 ans	1 631 170	1 412 809	3 043 979	4,5
75 ans ou plus	3 768 229	2 381 207	6 149 436	9,2
Total	34 653 485	32 533 153	67 186 638	100,0

Note : âge au 1^{er} janvier.

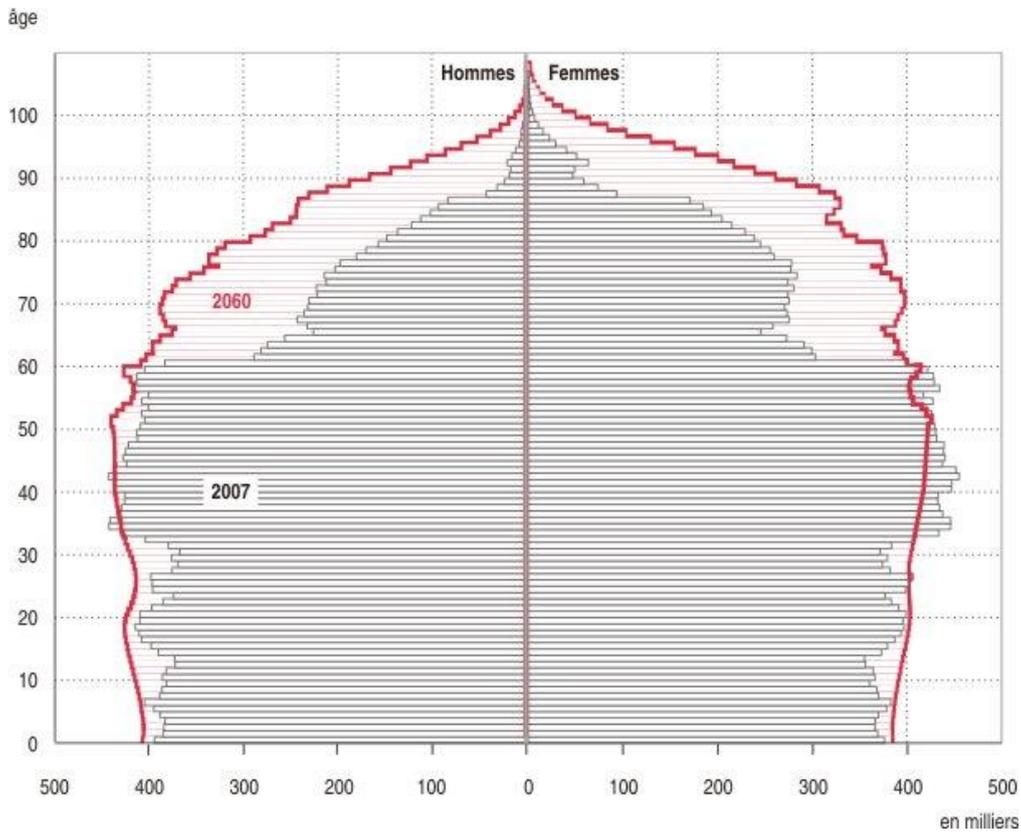
Champ : France y compris Mayotte.

Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtées à fin 2017).

Selon les projections de population de l'INSEE, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la France métropolitaine compterait 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans progresserait fortement. Cette forte augmentation serait transitoire et correspondrait au passage à ces âges des générations baby-boom. Après 2035, leur part devrait continuer à progresser mais de façon

modérée. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois. On pourrait compter 200 000 centenaires en 2060 (20).

Figure 1 : Pyramide des âges en 2007 et en 2060



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

3.2. État des lieux de la consommation chez les sujets âgés

3.2.1. Consommation d'alcool en France

D'après l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les sujets âgés ont une consommation plus courante d'alcool mais en plus faible quantité que les jeunes adultes (21). Le pourcentage de la consommation quotidienne d'alcool est plus élevé avec l'avancée en âge. Elle concerne un quart des individus au-delà de 65 ans (22). Les données du Baromètre santé 2010 montrent que l'usage quotidien d'alcool passe de 10 % des 45-54 ans à 35 % des 75-85 ans. Les hommes sont les plus nombreux à boire de l'alcool quotidiennement. Chez les

plus de 65 ans, 47,6 % des hommes contre 19,3 % des femmes consomment de l'alcool tous les jours (21).

Le nombre moyen de verres par jour est d'environ 3 entre 15 et 25 ans alors qu'il est de 1,9 chez les 65-75 ans (15). La proportion d'ivresse au cours de l'année culmine chez les jeunes de 20-25 ans et décroît ensuite pour toutes les générations plus âgées atteignant 1 % chez les 60-75 ans. La boisson la plus consommée est le vin. Sa consommation hebdomadaire suit une progression constante avec l'avancée en âge, passant de 7,9 % des 15-19 ans à 57,6 % des 65-74 ans (21).

3.2.2. Consommation de benzodiazépine en France

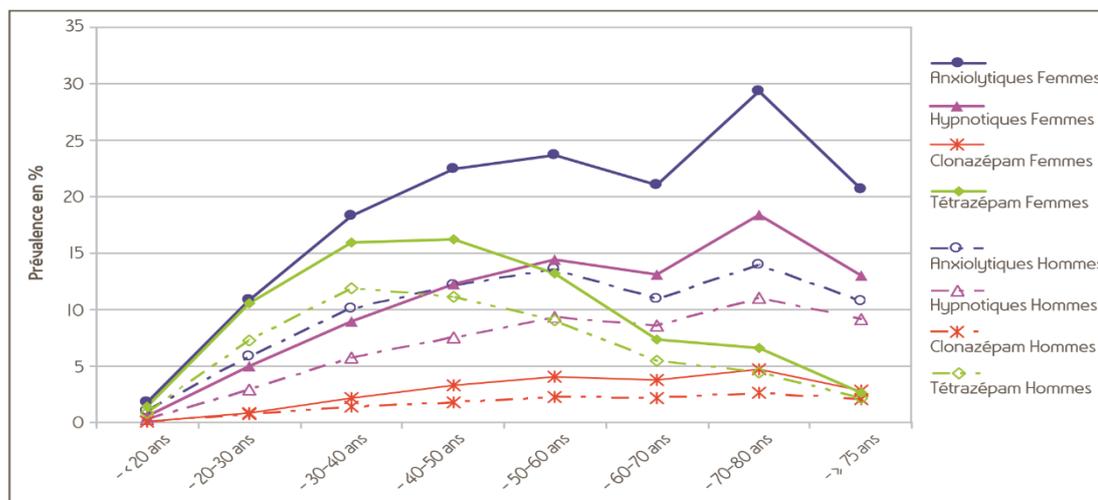
La consommation médicamenteuse française d'anxiolytique serait une des plus élevées d'Europe (23).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des plus de 65 ans. Un français sur 2 de plus de 70 ans consomme des psychotropes (15).

La classe médicamenteuse des psychotropes arrive en troisième position dans les ordonnances des sujets âgés après les antalgiques et les médicaments cardio-vasculaires. L'enquête PAQUID en 1991, réalisée auprès des sujets âgés vivant à domicile montre que le contenu des ordonnances contient 61% d'antalgiques, 49% de médicaments cardio-vasculaires et 35% de psychotropes dont 67% d'anxiolytiques (24).

Comme le suggère la figure 2, les sujets consommant des benzodiazépines sont majoritairement des femmes (près de 60 %). La consommation des anxiolytiques et des hypnotiques augmente avec l'âge et majoritairement chez les femmes (25).

Figure 2 : Taux de prévalence* de sujets traités par benzodiazépines, pour 100 habitants en France, en fonction de l'âge, du sexe et de l'indication du traitement



* Nombre de sujets sous benzodiazépine extrapolé rapporté à la population française en 2010 (données INSEE)

3.3. Prévalence du trouble lié à l'usage d'une substance

3.3.1. Alcool

Le trouble lié à l'usage d'alcool est la plus fréquente des addictions du sujet âgé.

Les fréquences des conduites d'abus ou de dépendance apparaissent variables selon les études du fait de la diversité des méthodologies selon les critères diagnostiques choisis et la population étudiée.

Aux Etats-Unis, la prévalence varie entre 2 et 4 % (26). Chez des sujets admis en service d'urgence, la prévalence est estimée à 14 % (27).

En France, la prévalence de la dépendance à l'alcool varie entre 2 et 14 % en population générale (15). Dans les hôpitaux français, 6 à 9 % des aînés sont identifiés comme alcoolo-dépendants. Selon le baromètre santé 2010, le risque chronique ou dépendance (défini à partir de l'AUDIT-C), touche majoritairement les hommes et concerne 19 % des 65-74 ans et 15 % des 75-85 ans (21). L'étude de Menecier retrouve 67 % de patients présentant une conduite de type d'abus d'alcool et 20 % de patients dépendants de cette substance (28). La prévalence de la dépendance à l'alcool atteint les 20-25 % en institution (15).

Deux types de trouble lié à l'usage d'alcool sont repérés chez le sujet âgé. Un trouble lié à l'usage d'alcool ancien qui représenterait deux tiers environ des consommateurs âgés (buveurs

anciens qui ont augmenté leur consommation) et un trouble lié à l'usage d'alcool à début tardif (après 60 ans) réactionnels à des facteurs situationnels (17).

3.3.2. Benzodiazépines

La prévalence de la dépendance médicamenteuse dans la population générale n'est pas connue en France. Les études sont peu comparables du fait de la variabilité des méthodologies et des critères cliniques utilisés (7).

L'étude récente de Guillou Landreat, menée chez 176 patients (65 ans et plus) consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés montre que 35,2 % des patients répondaient aux critères DSM-4 de dépendance aux benzodiazépines et apparentés (29).

Selon une étude réalisée aux États-Unis, 11 % des femmes âgées de plus de 60 ans utiliseraient de manière inadaptée (mésusage) une prescription de psychotrope au moins une fois dans l'année passée (30).

4. Problématique diagnostique actuelle

4.1. Difficulté de dépistage

Malgré les quelques études disponibles, nous constatons un faible nombre de données concernant les conduites addictives dans cette population. Ceci peut s'expliquer en partie par une difficulté de dépistage par les professionnels de santé du fait d'une présentation clinique trompeuse, de marqueurs biologiques peu spécifiques et d'outils de dépistage non validés pour une population de sujet âgé (7). Ces éléments peuvent laisser supposer une sous-estimation du diagnostic du trouble lié à l'usage d'une substance.

En effet, les manifestations cliniques d'addiction sont souvent atypiques chez le sujet âgé. Dans le cas du trouble lié à l'usage d'alcool, cela correspond souvent à des symptômes gériatriques peu spécifiques : chutes, troubles de la marche et de l'équilibre, asthénie, perte de poids, dénutrition, incontinence, troubles du sommeil (7). Les complications somatiques des alcoolisations répétées peuvent être masquées par les comorbidités somatiques (hypertension artérielle, troubles digestifs, atteintes hépatiques, altérations neurologiques) ou psychiatriques fréquentes à cet âge (7). Les marqueurs biologiques habituels de l'alcoolisation chronique chez le sujet jeune (augmentation du volume globulaire moyen et du taux sérique de gammaglutamyl transférase [GGT]) ont une spécificité moindre chez les personnes âgées du fait notamment de la polyopathie et la polymédication qui caractérisent cette population (7). L'utilisation d'un

marqueur plus spécifique comme la transferrine carboxydéficente peut être intéressante mais sa sensibilité diminue avec l'âge et son utilisation en pratique courante demeure rare. Le dosage de l'alcoolémie reste utile dans les situations aiguës, notamment dans les services d'urgence. Les questionnaires de dépistage de l'alcoolisme en auto- ou hétéro-évaluation comme le Diminuer, Entourage, Trop, Alcool (DETA) et le Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) peuvent être utilisés. Leur pertinence chez la personne âgée demeure controversée (7).

4.2. Limite du DSM

En pratique usuelle, il est classique de dépister les addictions des sujets âgés en suivant la critériologie du DSM-5 validée pour une population de patient adulte. Pour illustrer ce phénomène, nous citerons une étude qui montre une sous-estimation du trouble anxieux chez les sujets âgés de plus de 65 ans du fait de critères DSM-5 peu adaptés à cette tranche d'âge. Les auteurs de cette étude proposent d'abaisser le nombre de critères requis pour le diagnostic dans cette population, en ne retenant que les critères les plus spécifiques (31). En effet, les critères du DSM-5 ont été développés à partir d'études d'adultes jeunes et ne prennent pas en compte la spécificité clinique des sujets âgés (la présentation atypique, les formes cliniques particulières, la comorbidité somatique et l'influence des changements psychosociaux liés au vieillissement sur le tableau clinique)

Ainsi, l'inadaptation des critères diagnostiques à cette population peut être l'origine de cette difficulté de dépistage, y compris pour les addictions. En effet, le trouble lié à l'usage d'une substance tel que défini dans le DSM-5 comprend 11 critères dont certains sont peu adaptés à la population des sujets âgés. Par exemple, les critères de sevrage et de tolérance sont peu retrouvés chez le sujet âgé du fait notamment de modifications physiologiques. Les critères faisant référence au retentissement social, professionnel et familial sont également peu adaptés du fait des modifications du mode de vie dans cette population, retraite, restriction des contacts sociaux et familiaux. Les critères de perte de contrôle et de désir infructueux d'arrêt sont difficiles à établir dans la mesure où l'addiction médicamenteuse chez le sujet âgé n'est pas un choix comportemental puisque dictée par le renouvellement de la prescription par le médecin. Ceci a amené certains auteurs à préférer le terme d'usage chronique avec dépendance et considère l'usage continu et prolongé comme critère essentiel de la dépendance dans cette tranche d'âge (7).

Toutefois, les aspects de dépendance d'un usage chronique de substance ne constituent pas des éléments spécifiques pour le diagnostic étant donné que les modifications physiologiques à

l'origine de la dépendance physique sont liées à tout usage prolongé de substance. En ce qui concerne les critères d'addiction, Kuerbis et al ont mené une étude chez des sujets entre 50 et 65 ans consommant de l'alcool afin de rendre compte de l'intérêt de chaque critère (DSM-4) dans cette population (32). Les résultats de cette étude suggèrent que les critères du trouble lié à l'usage d'alcool identifient les cas les plus sévères, comme le met en évidence la figure 3. Le critère de tolérance étant le moins discriminant. Les résultats du tableau 3 montrent des différences entre les critères addictologiques du DSM-4 par rapport à une population d'adultes plus jeunes notamment sur les aspects de tolérance et de difficultés interpersonnelles (32).

Figure 3 : Criterion characteristic curves of DSM-IV criteria for alcohol abuse and dependence.

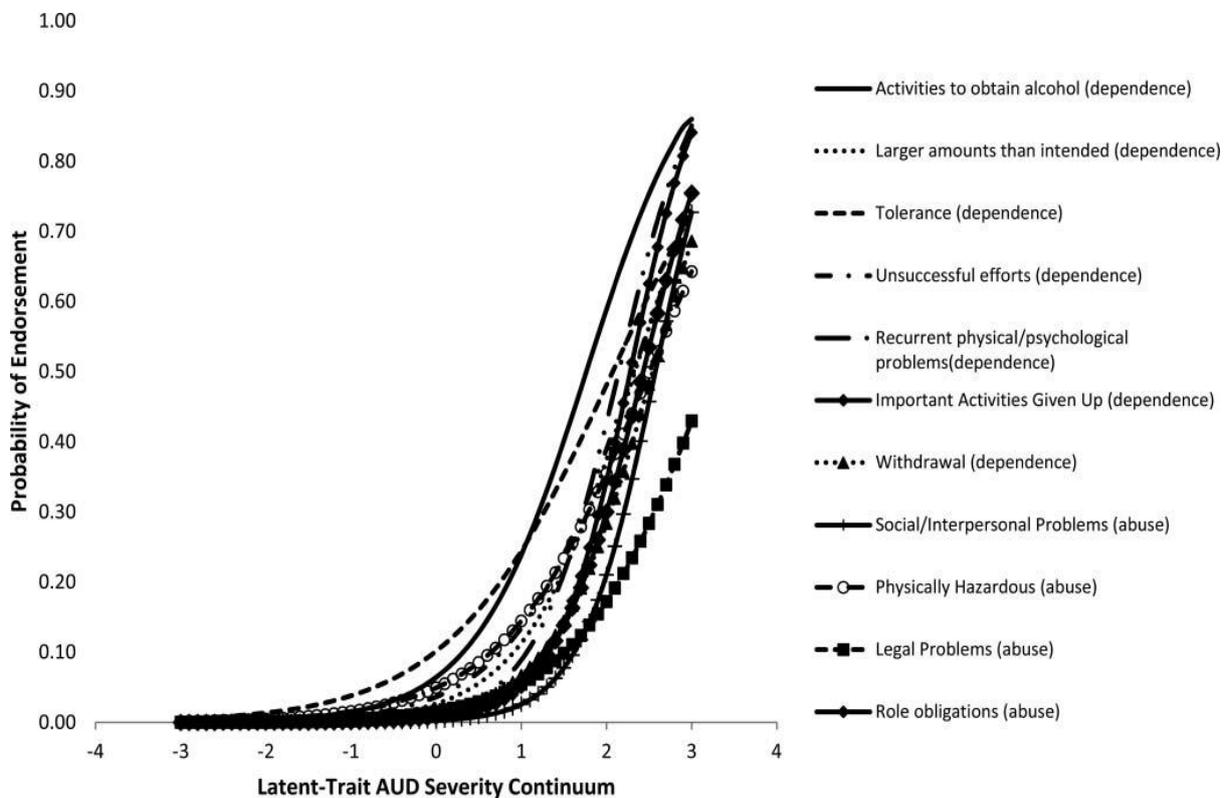


TABLE 3. Differential criteria functioning (DCF) across adults aged 26 to 49 years old (middle) compared with adults 50 years and older (older)

	Middle %	Older %	Middle Location (SE)	Older Location (SE)	Chi-square	p-value
Activities to obtain alcohol (dependence)	15.2	7.4	1.295 (0.026)	1.459 (0.049)	8.599	.004
Larger amounts than intended (dependence)	4.7	2.8	1.981 (0.046)	1.841 (0.077)	2.425	.115
Tolerance (dependence)	13.5	7.1	1.582 (0.035)	1.802 (0.059)	10.250	.002
Unsuccessful efforts (dependence)	4.4	3.2	2.196 (0.054)	2.066 (0.075)	1.983	.155
Recurrent physical/psychological problems (dependence)	5.5	2.9	1.824 (0.033)	1.827 (0.060)	0.003	.912
Important activities given up (dependence)	4.5	1.9	1.864 (0.036)	1.745 (0.067)	2.442	.114
Withdrawal (dependence)	3.0	1.6	2.294 (0.050)	2.303 (0.082)	0.009	.887
Social/interpersonal problems (abuse)	2.8	0.9	2.136 (0.038)	2.399 (0.079)	8.950	.003
Physically hazardous (abuse)	7.6	3.2	1.873 (0.037)	2.230 (0.066)	22.028	.000
Legal problems (abuse)	1.3	0.7	2.546 (0.107)	1.864 (0.182)	10.456	.001
Role obligations (abuse)	3.8	1.6	2.010 (0.036)	2.064 (0.068)	0.479	.496

4.3. Hypothèse et objectifs de notre étude

4.3.1. Hypothèse

Notre hypothèse est que certains critères du DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance sont plus adaptés que d'autres chez la personne âgée de plus de 65 ans.

4.3.2. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de décrire la fréquence des critères DSM-5 du trouble lié à l'usage de benzodiazépines et/ou d'alcool chez des sujets âgés de plus de 65 ans, ayant une consommation de benzodiazépines et/ou d'alcool sur les douze derniers mois au sein d'une population de sujets autonomes qui consultent pour prévenir la fragilité gériatrique.

4.3.3. Objectifs secondaires

Nous avons deux objectifs secondaires :

1. comparer la fréquence des critères DSM-5 dans notre population avec deux autres populations de sujets de plus de 65 ans. Une population de sujets âgés diagnostiqués et suivi en addictologie pour un trouble lié à l'usage d'alcool et/ou aux benzodiazépines et une autre ayant un niveau de dépendance plus élevé recrutés au sein du service de post-urgence afin d'identifier les différences éventuelles chez des sujets ayant un degré moindre d'autonomie.
2. étudier la relation entre le trouble lié à l'usage de benzodiazépine et/ou d'alcool et la dépression.

II. Matériel et méthodes

1. Schéma de la recherche

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, mono-centrique, transversale, prospective, effectuée au sein de 3 services du CHU de Toulouse.

2. Population d'étude

2.1. Critères d'inclusion

Nous avons défini les critères d'inclusion suivants :

- Age supérieur ou égal à 65 ans,
- MMSE supérieur ou égal à 24/30,
- Consentir à participer à l'étude,
- Depuis 12 mois, avoir une consommation quotidienne de benzodiazépine (au moins une prise par jour) et/ou avoir une consommation excessive d'alcool selon les recommandations de l'American Geriatric Society (soit plus d'une unité d'alcool par jour).

2.2. Critères de non-inclusion

Nous avons exclus les patients suivants :

- Patient refusant de participer à l'étude,
- MMSE inférieur à 24/30,
- Décompensation aiguë d'un trouble psychiatrique,
- Impossibilité de comprendre ou parler le français.

2.3. Trois groupes de patients

Trois groupes de patients répondant aux critères d'inclusion et de non inclusion ont été constitués à partir de trois services différents du CHU de Toulouse.

Des patients répondant aux critères de fragilité ont été recrutés à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention des dépendances.

Des patients de plus de 65 ans, addicts, ont été recrutés dans un service spécialisé.

Des patients ayant décompensé leurs critères de fragilités ont été recrutés dans le service de post-urgence gériatrique du CHU de Toulouse.

2.4. Taille de l'échantillon

Il n'existe pas de données dans la littérature relative à la prévalence des critères d'addiction dans la population de personnes âgées. Il s'agit d'une étude descriptive effectuée sur une durée de 6 mois sur l'hôpital de jour de la fragilité qui permettait de recruter 1 à 2 patients par semaine.

3. Modalité de recrutement et recueil des données

Tous les patients de chaque groupe répondant aux critères d'inclusion et de non inclusion ont été évalués après avoir recueilli par oral leur consentement libre et éclairé. Le recueil de données a été réalisé au cours d'un entretien dans le cadre d'une pratique clinique usuelle. Les données de l'étude ont été recueillies directement dans les cahiers d'observation, au fur et à mesure des évaluations (annexe 3). Le recrutement a duré 6 mois. Aucun suivi n'a été mis en place au regard de notre hypothèse qui consiste à réaliser un instantané de la population.

4. Critères d'évaluation

4.1. Critère d'évaluation principal

Le critère de jugement principal correspond au nombre de critères DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance lors de l'évaluation du patient. Le diagnostic de trouble lié à l'usage d'une substance sera fait à partir des critères DSM-5.

4.2. Critère d'évaluation secondaire

Il s'agit aussi des critères DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance. Le diagnostic de dépression est fait à l'aide d'une échelle gériatrique de dépression, GDS, réalisée en pratique clinique usuelle dans le cadre de l'évaluation à l'hôpital de jour des fragilités et de prévention des dépendances (annexe 3).

5. Analyse statistique

Les analyses descriptives et de corrélation sont réalisées à l'aide du logiciel using R Studio software, version 14R (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Dans l'analyse descriptive, les données sont présentées en valeur effective et en valeur moyenne avec leurs écart-types et leur médiane. Les données de l'analyse de corrélation entre le trouble lié à l'usage de benzodiazépine et/ou d'alcool et la dépression sont présentées de manière graphique avec calcul de la covariance et du coefficient de corrélation.

6. Considérations éthiques et réglementaires

Le protocole de cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) Ile de France. Une notice d'information a été remise à chaque participant lors de l'entretien d'évaluation. Le protocole est enregistré sur l'US National Library of Medicine numéro de l'étude : NCT03509077.

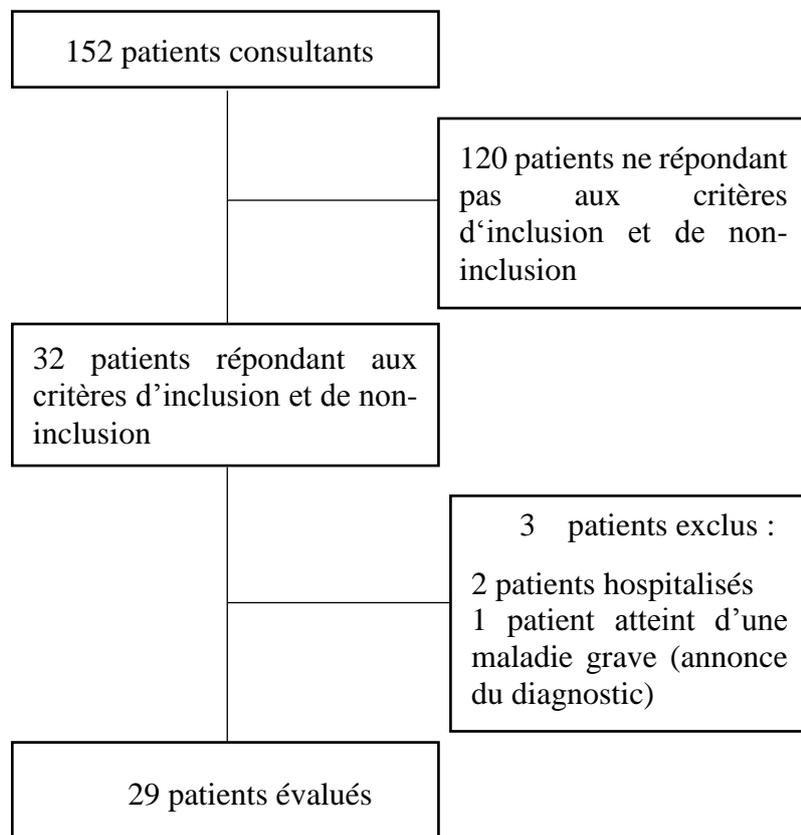
III. Résultats

1. Analyse du groupe de l'hôpital de jour (HDJ)

1.1. Données démographiques

Du 22 février 2018 au 6 août 2018, à raison d'un à 2 passages par semaine à l'hôpital de jour (HDJ) de prévention de la fragilité et de la dépendance, 29 patients répondant aux critères d'inclusion et de non-inclusion ont été évalués.

Figure 4 : Diagramme de flux



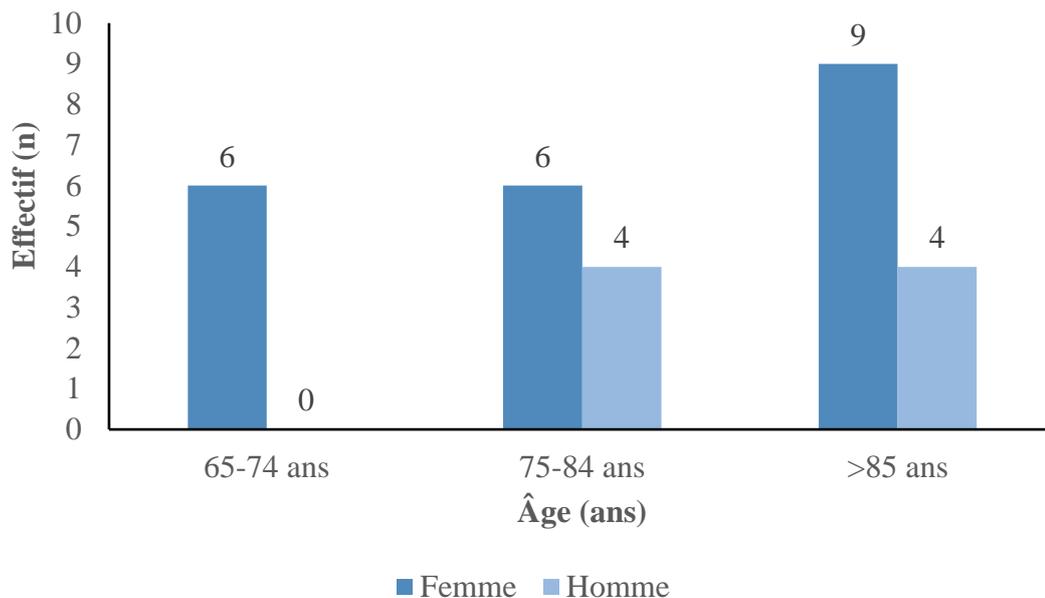
Parmi ces 29 patients, on retrouve 21 femmes (72,5%) soit un sexe ratio à 2,6.

La moyenne d'âge est de 81,7 ans +/- 8,1 ans (extrêmes de 65 à 95 ans, médiane à 83 ans). Parmi les hommes, la moyenne d'âge est de 84,4 ans +/- 5,1 ans avec comme valeurs extrêmes

78 et 95 ans et une médiane à 83,5 ans. Parmi les femmes, la moyenne d'âge est de 80,7 ans +/- 8,2 ans avec un minimum de 65 ans, un maximum de 92 ans et une médiane à 83 ans.

La tranche d'âge des plus de 85 ans représente 62% (n=13) de l'effectif total. Les femmes sont majoritaires dans chaque sous-groupe, en particulier dans la tranche d'âge 65-74 ans où nous n'avons inclus aucun homme de cette tranche d'âge.

Figure 5 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe



Tous les patients inclus vivent à leur domicile avec une autonomie totale ou partielle, évaluée grâce l'échelle d'autonomie de Katz, ADL. Les valeurs sont comprises entre 4,5 et 6 dans ce groupe de patients. Les patients totalement autonomes (ADL = 6) représentent 45,5 % (n=15) de l'effectif total. Seulement deux patients ont une autonomie évaluée à 4,5.

Tous les patients sont actuellement à la retraite.

Plus d'un patient sur deux souffre d'hypertension artérielle. Les traitements cardio-vasculaires représentent la majorité des traitements prescrits dans ce groupe de patients. Au total, 21 patients sont traités par un traitement psychotrope dont 17 par anxiolytiques et/ou hypnotiques. Environ 30% des patients ont un antécédent de dépression documenté.

Le tableau suivant illustre la répartition des patients selon leurs comorbidités et leurs traitements.

Tableau 4 : Répartition des patients en effectif et en pourcentage selon les comorbidités et les traitements

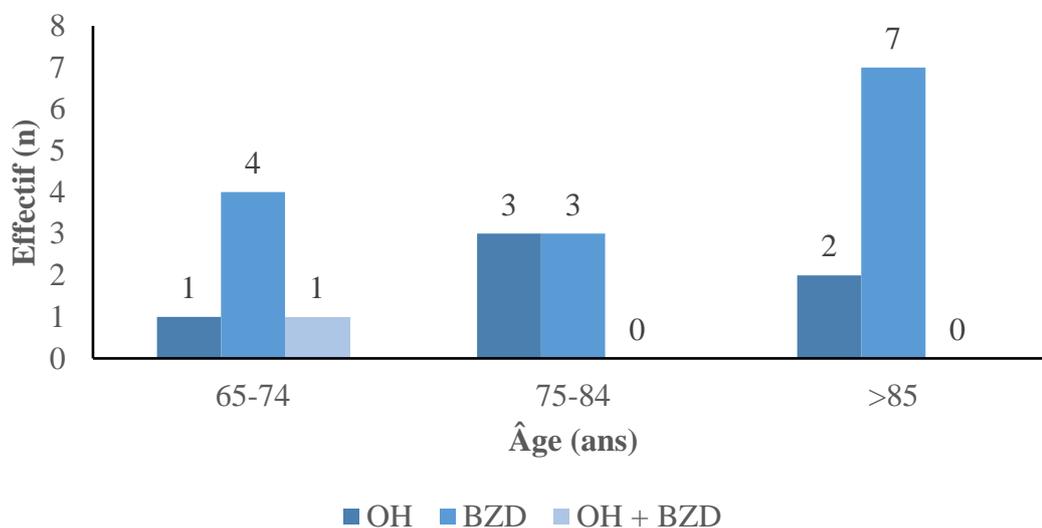
Comorbidités	Effectif (n)	Pourcentage (%)
ATCD de dépression	9	31%
Autre addiction (tabagisme actif)	6	21%
HTA	17	59%
Diabète	6	21%
Insuffisance rénale chronique	1	3%
Insuffisance hépato-cellulaire/Cirrhose	0	0%
Insuffisance cardiaque	2	7%
Infarctus du myocarde	6	21%
AOMI	0	0%
Dyslipidémie	4	14%
Dysthyroïdie	12	41%
Ostéoporose	3	10%
AVC	6	21%
Epilepsie	1	3%
BPCO	4	14%
Insuffisance respiratoire	0	0%
SAOS	5	17%
DMLA/Glaucome	2	7%
Cancer	7	24%
Traitements	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Béta-bloquant	8	28%
Inhibiteur calcique	9	31%
Anti-agrégant plaquettaire	11	37%
Anti-coagulant	2	7%
Statine	9	31%
Diurétique	5	17%
Anti-diabétique	5	17%
Anti-épileptique	1	3%
Corticoïde/Béta2 mimétique	3	10%
Lévothyrox	10	34%
Paracétamol	11	38%
Anti-inflammatoire	1	3%
Laxatif	4	14%
Morphine	2	7%
Antidépresseur	11	38%
Anxiolytique	14	48%
Hypnotique	6	21%

1.2. Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines

Parmi les 29 patients inclus, 12 patients ont une consommation quotidienne d'alcool estimée à au moins 2 unités par jour depuis au moins 12 mois, 15 patients ont une consommation quotidienne de benzodiazépines ou apparenté depuis au moins 12 mois et 2 patients ont une consommation d'alcool et de benzodiazépine.

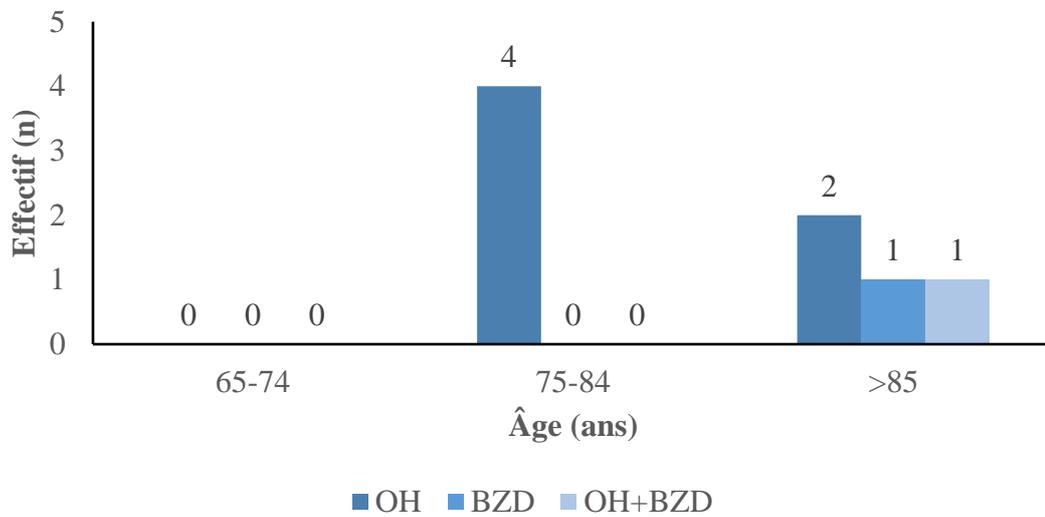
Dans ce groupe, plus de 2 femmes sur 3 sont traitées par benzodiazépines. La majorité d'entre elles sont âgées de 85 ans ou plus.

Figure 6 : Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines selon l'âge chez les femmes



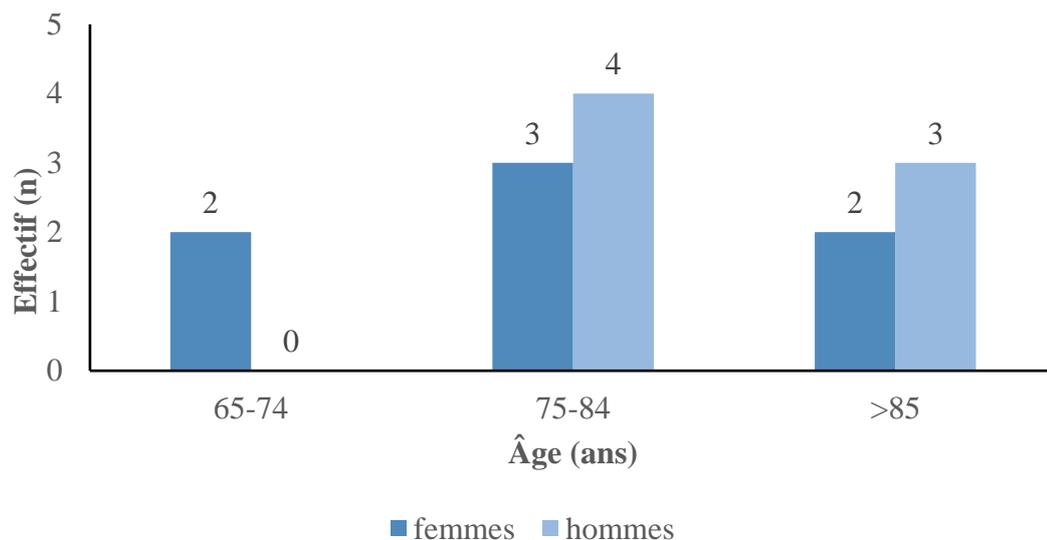
Presque tous les hommes inclus dans ce groupe consomment de l'alcool sauf un. Un patient traité par benzodiazépine consomme de l'alcool.

Figure 7 : Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines selon l'âge chez les hommes



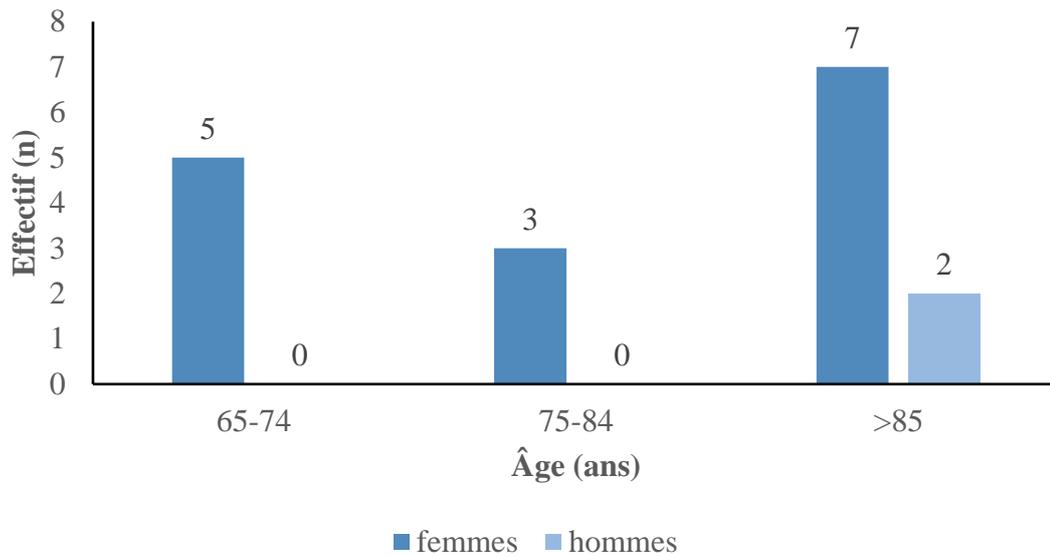
La consommation d'alcool est estimée à 3,7 unités par jour en moyenne +/- 1,7 unités par jour. Les valeurs extrêmes sont 2 et 7 unités par jour. La médiane est à 3 unités par jour. Parmi les consommateurs d'alcool, nous retrouvons autant d'hommes que de femmes et un patient sur deux est âgé entre 75 et 84 ans.

Figure 8 : Répartition des patients consommant de l'alcool selon le sexe et l'âge



Les patients traités par benzodiazépines sont majoritairement des femmes âgées de 85 ans ou plus. Seulement deux hommes sont traités par benzodiazépines.

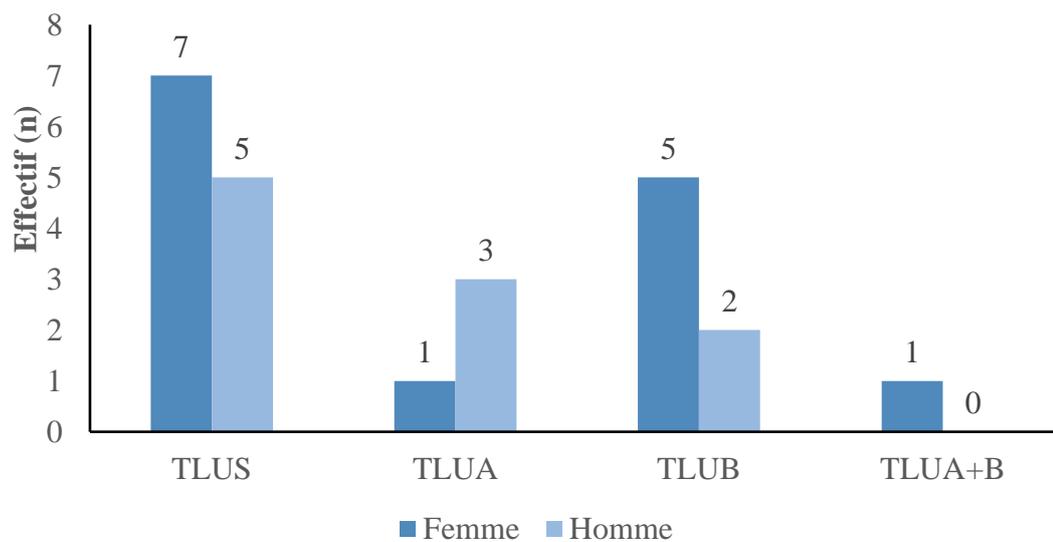
Figure 9 : Répartition des patients consommant des benzodiazépines selon l'âge et le sexe



1.3. Trouble lié à l'usage d'une substance

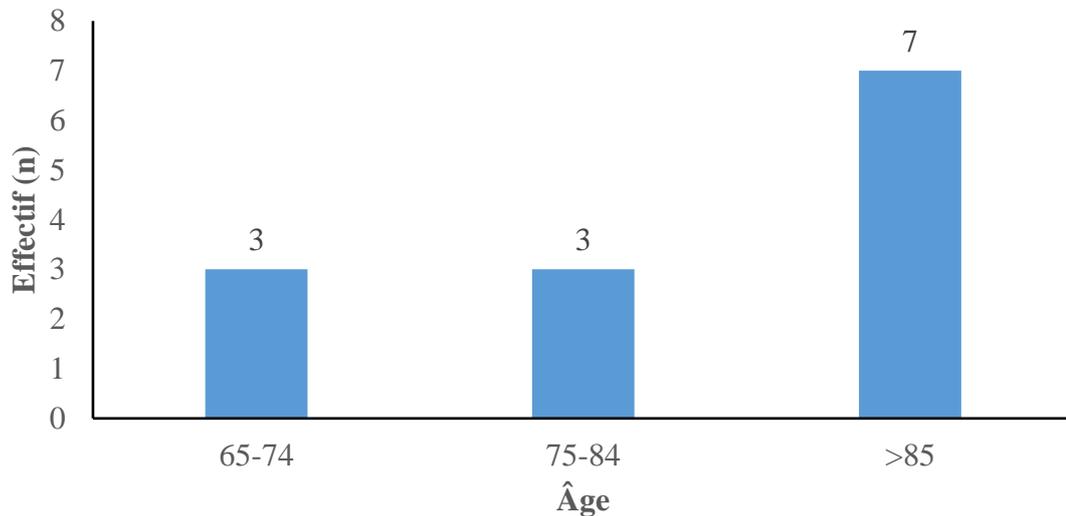
Parmi les 29 patients, 12 patients présentent un trouble lié à l'usage d'une substance (TLUS) dont une patiente présente une double addiction à l'alcool et aux benzodiazépines. Le trouble lié à l'usage d'alcool (TLUA) concerne plus les hommes que les femmes. Les deux hommes traités par benzodiazépines présentent un trouble lié à l'usage de cette substance. Tandis que 40% des femmes traitées par benzodiazépines présentent ce trouble.

Figure 10 : Répartition des patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance selon le sexe



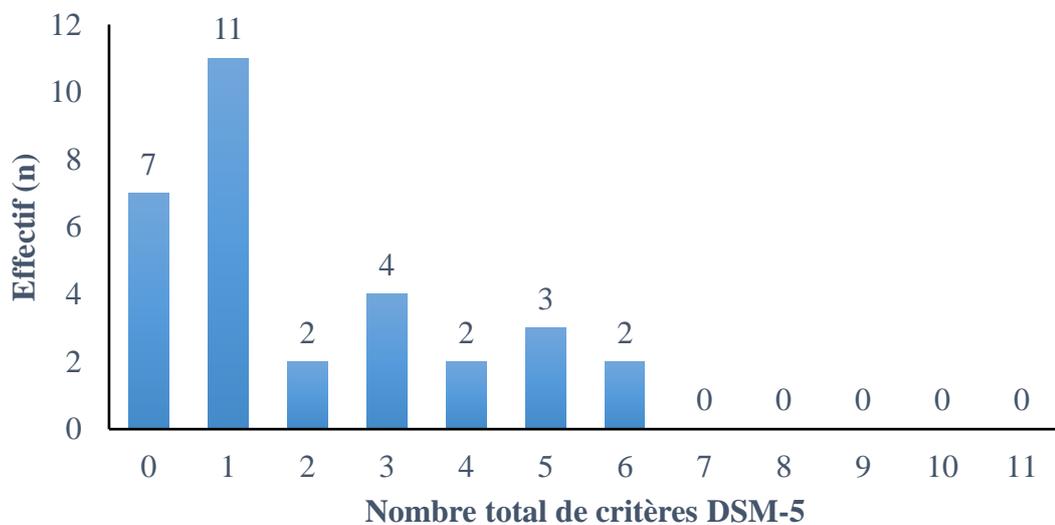
Environ un patient sur 2 présentant un trouble lié à l'usage d'une substance est âgé de 85 ans ou plus.

Figure 11 : Répartition des patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance selon l'âge



Parmi ceux qui ne présentent pas de trouble lié à l'usage d'une substance, nous retrouvons 11 patients avec un seul critère du DSM-5 de ce diagnostic. Le nombre total de critères DSM-5 chez les patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance est de 4 en moyenne +/- 1,4 (extrêmes de 2 à 6, médiane à 4).

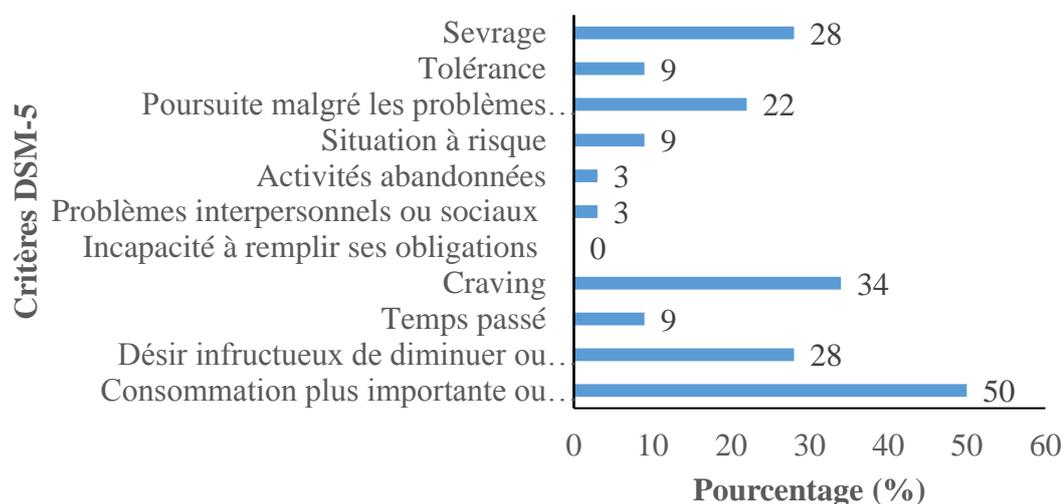
Figure 12 : Répartition des patients selon le nombre total de critères DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance



1.4. Répartition des critères DSM-5

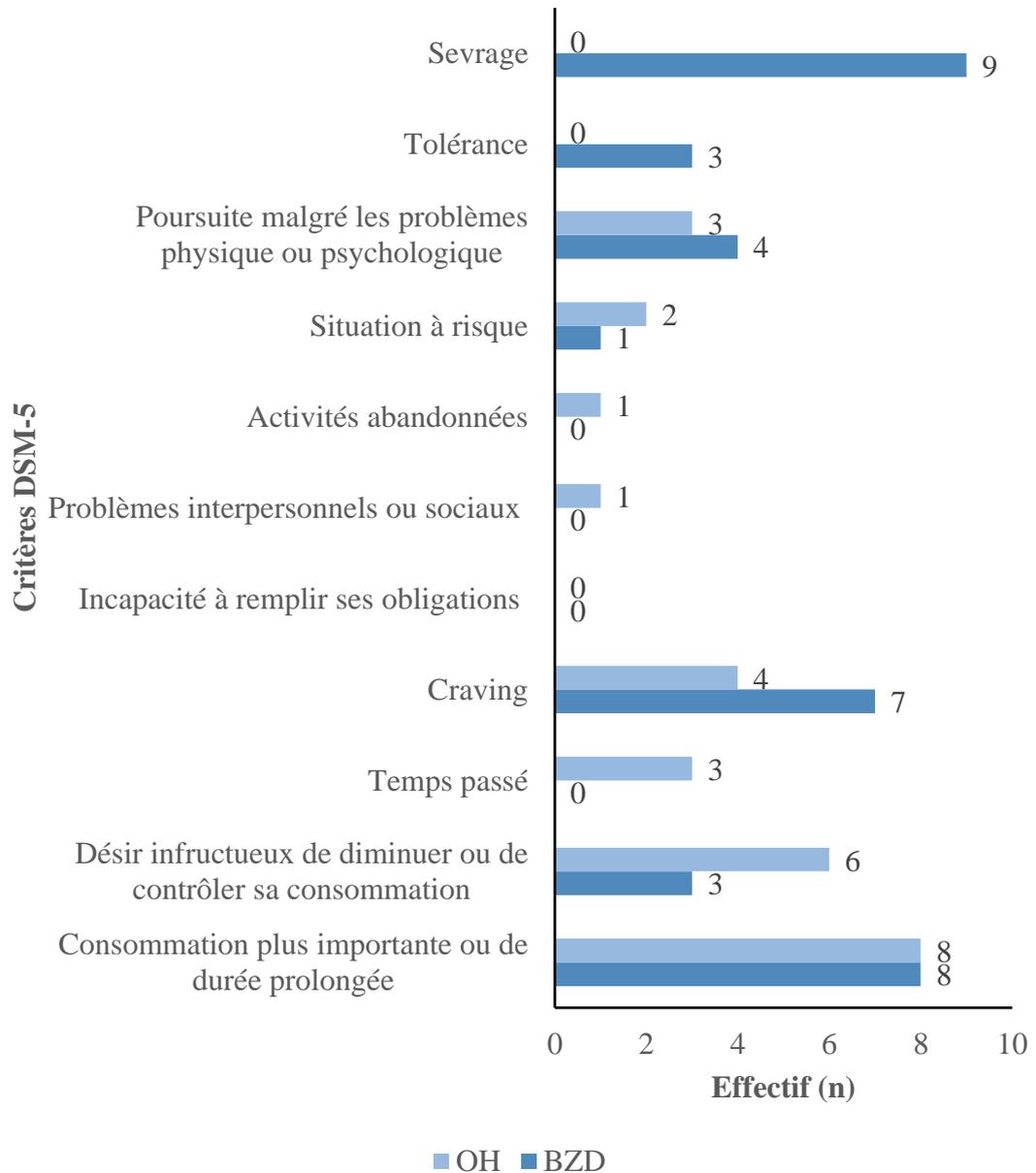
La figure suivante illustre la répartition des critères DSM-5 au sein du groupe de l'HDJ selon leur fréquence de survenue. Un patient sur 2 présente le critère « consommation plus importante ou de durée plus prolongée » et 4 critères surviennent à fréquence supérieure à 20%. Il s'agit des critères : « craving », « sevrage », « désir infructueux de diminuer ou de contrôler » et « poursuite de la consommation malgré des problèmes physiques ou psychiques ». Parmi les critères les moins fréquents (moins de 5%), nous retrouvons les critères « incapacité à remplir ses obligations », « problèmes interpersonnels ou sociaux » et « activités abandonnées ».

Figure 13 : Fréquence de survenue de chaque critère DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance



Selon la figure 14, les critères « sevrage » et « tolérance » ne sont retrouvés que chez les patients traités par benzodiazépines. Pour ces patients, les critères « consommation plus importante ou de durée prolongée » et « craving » apparaissent de manière plus fréquente que les autres critères. Ces deux critères sont aussi présents chez les patients consommant de l'alcool. Un troisième critère survient aussi plus fréquemment chez les consommateurs d'alcool. Il s'agit du critère « désir infructueux de diminuer ou de contrôler sa consommation ». Le critère « temps passé » ne se retrouve que pour les patients consommant de l'alcool.

Figure 14 : Répartition de chaque critère DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance selon la substance consommée

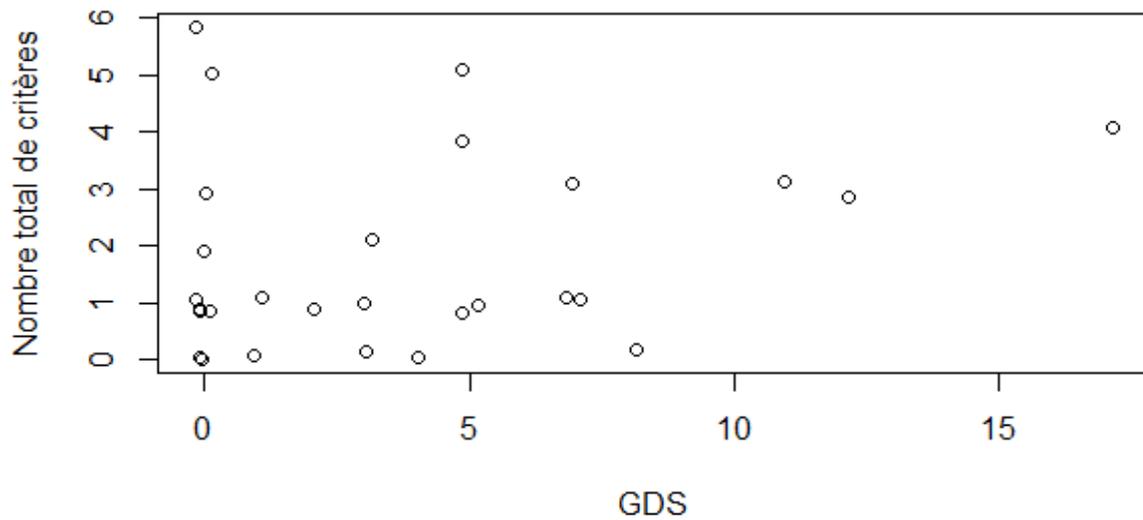


1.5. Corrélation avec la dépression

Dans le groupe de l'HDJ, nous retrouvons 7 patients avec une forte probabilité de dépression cotée par une GDS supérieure à 5/15 dont 4 présentent un trouble lié à l'usage de benzodiazépines. Les autres patients ne présentent pas de trouble.

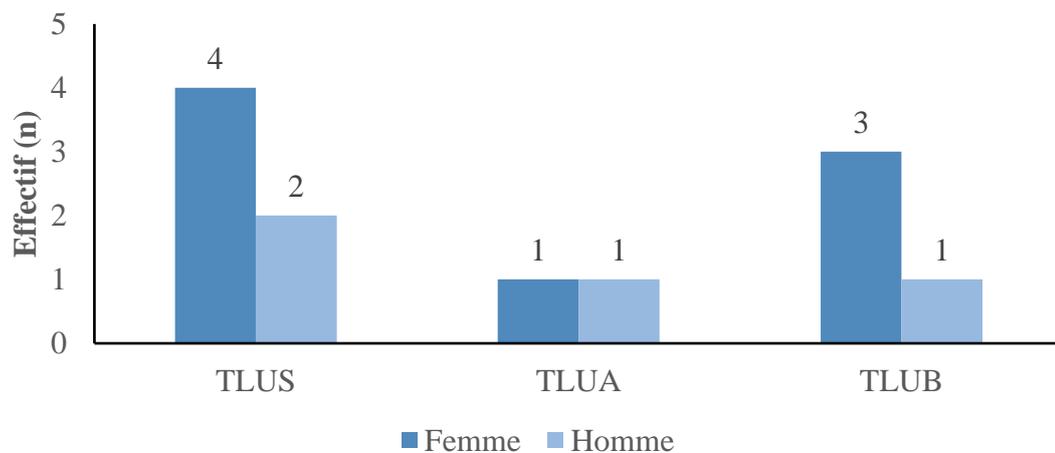
La figure suivante ne met pas évidence de lien de corrélation entre le nombre total de critères DSM-5 et la GDS. Les données retrouvées permettent de calculer un coefficient de corrélation à 0,2 avec une covariance à 1,7.

Figure 15 : Représentation en nuage de points du nombre total des critères DSM-5 en fonction du score GDS.



Sur les 9 patients qui présentent un antécédent de dépression, 6 ont un trouble lié à l’usage d’une substance. Un patient sur 2 présentant un trouble lié à l’usage de benzodiazépine présente un antécédent de dépression et 40% de ceux qui présentent un trouble lié à l’usage d’alcool ont un antécédent de dépression.

Figure 16 : Répartition des patients avec un antécédent de dépression selon le trouble lié à l’usage d’une substance

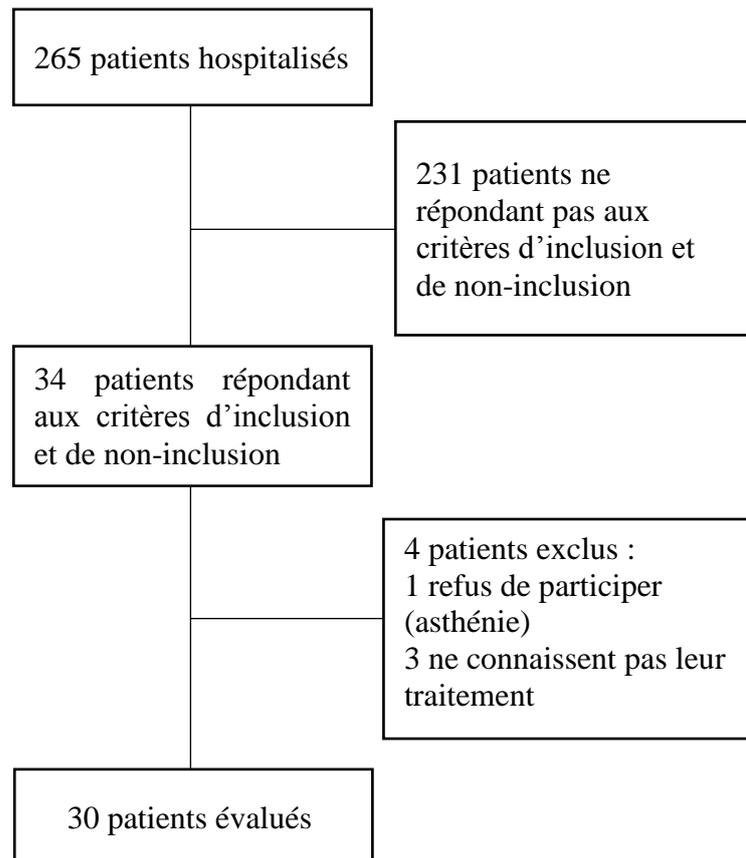


2. Analyse du groupe du service de post-urgence gériatrique (PUG)

2.1. Données démographiques

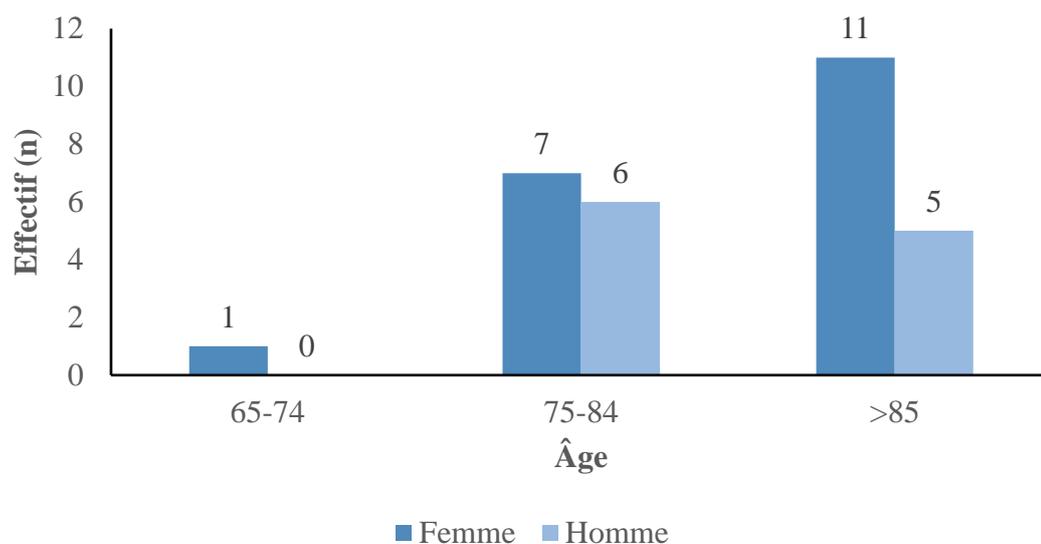
Dans le groupe de patients hospitalisés dans le service de post-urgence gériatrique, nous avons évalué 30 patients dont 19 femmes et 11 hommes.

Figure 17 : Diagramme de flux



L'âge moyen de ce groupe est de 85,9 ans +/- 7,2 ans (extrêmes de 73 à 101 ans, médiane à 84,5 ans). La moyenne d'âge des femmes est de 86,9 ans +/- 7,8 ans (extrêmes de 73 à 101 ans, médiane à 85 ans). La moyenne d'âge des hommes est de 84,8 ans +/- 6,5 ans (extrêmes de 77 à 97 ans, médiane à 81 ans).

Figure 18 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe



Dans ce groupe de patients, seuls deux patients vivent en institution Ils ont une autonomie partielle avec un ADL à 4,3 de moyenne +/- 1,5 (extrêmes de 0,5 à 6, médiane à 4,3).

Le tableau suivant illustre les caractéristiques démographiques de ce groupe selon leurs comorbidités et leurs traitements.

Tableau 5 : Répartition des patients selon leurs comorbidités et leurs traitements

Comorbidités	Effectif (n)	Pourcentage (%)
HTA	20	67%
Diabète	6	20%
Insuffisance rénale chronique	5	17%
Insuffisance hépato-cellulaire/Cirrhose	0	0%
Insuffisance cardiaque	10	33%
Infarctus du myocarde	10	33%
AOMI	3	10%
Dyslipidémie	4	13%
Dysthyroïdie	8	27%
Ostéoporose	2	7%
AVC	9	3%
Epilepsie	2	7%
BPCO	3	10%
Insuffisance respiratoire	1	3%
SAOS	2	7%
DMLA/Glaucome	2	7%
Cancer	6	20%
Dénutrition	6	20%

Traitements	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Béta-bloquant	11	37%
Inhibiteur calcique	9	30%
Anti-agrégant plaquettaire	19	63%
Anti-coagulant	10	33%
Statine	10	33%
Diurétique	16	53%
Anti-diabétique	6	20%
Anti-épileptique	2	7%
Corticoïde/Béta2 mimétique	4	13%
Lévothyrox	6	20%
Paracétamol	17	57%
Anti-inflammatoire	0	0%
Laxatif	9	30%
Morphine	5	17%
Antidépresseur	10	33%
Anxiolytique	13	43%
Hypnotique	10	33%

Dans ce groupe aussi, les patients ont majoritairement de l'hypertension artérielle ou un autre problème cardiaque. Ainsi, les traitements cardio-vasculaires arrivent en tête des médicaments qui leur sont prescrits. Un traitement psychotrope est prescrit chez 20 d'entre eux avec presque dans un cas sur deux au moins une double association. 2 patients n'ont qu'un traitement antidépresseur.

Le principal motif d'hospitalisation est la chute mécanique comme le montre le tableau suivant.

Tableau 6 : Répartition des motifs d'hospitalisation en effectif et pourcentage.

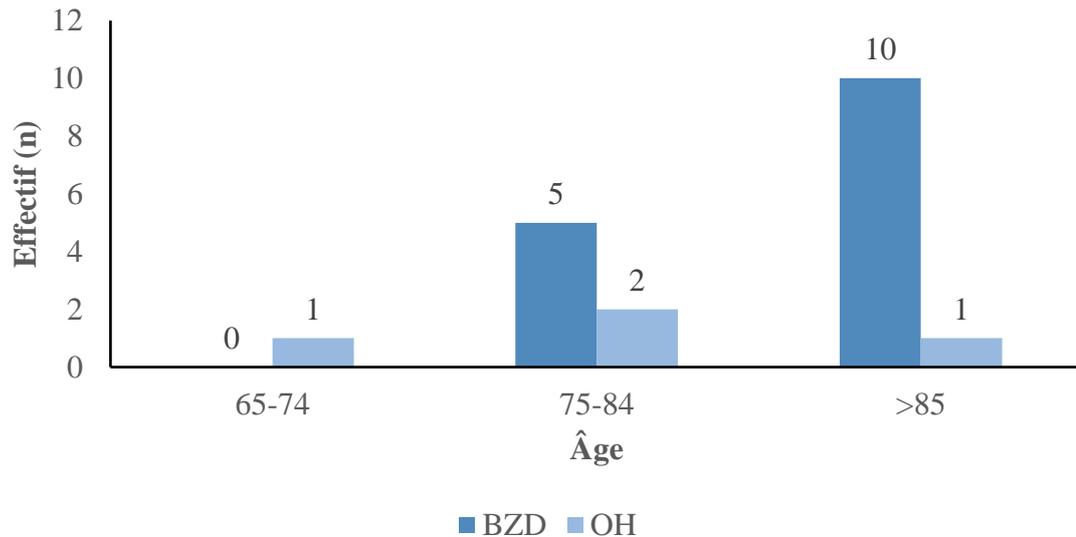
Motif d'hospitalisation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Chute mécanique	10	33%
Décompensation d'une pathologie chronique	2	7%
Altération de l'état général	2	7%
Pneumopathie	3	10%
Pyélonéphrite/RAU	2	7%
Anomalie biologique	5	17%
Accident vasculaire cérébral	2	7%
Syndrome vestibulaire	2	7%
Douleur chronique	1	3%
Surdosage AVK	1	3%

2.2. Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines

Dans ce groupe, nous retrouvons 13 patients consommant de l'alcool et 17 patients sont traités par benzodiazépines.

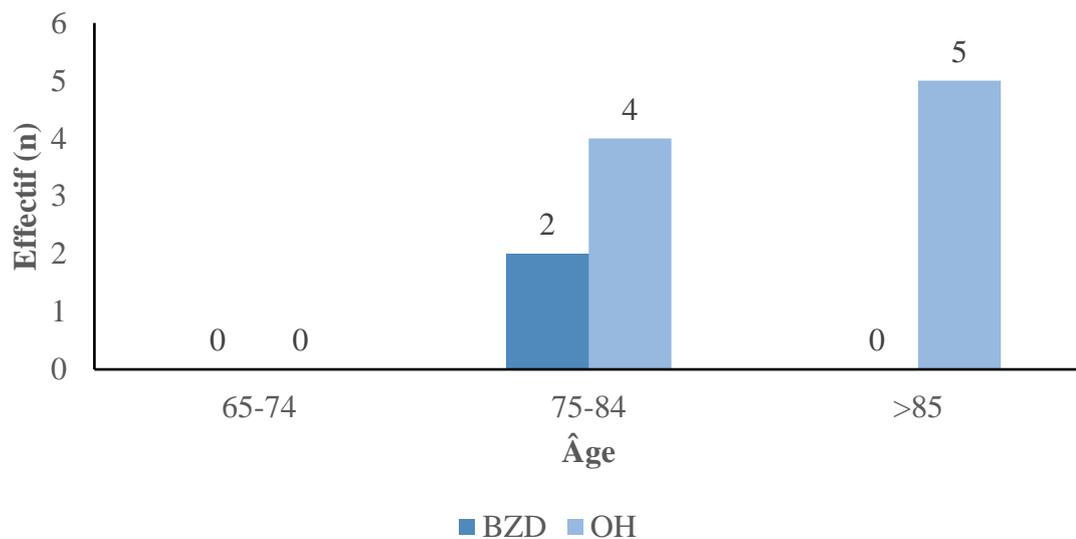
La majorité (79%) des femmes de ce groupe sont traitées par benzodiazépines.

Figure 19 : Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines chez les femmes du service de PUG



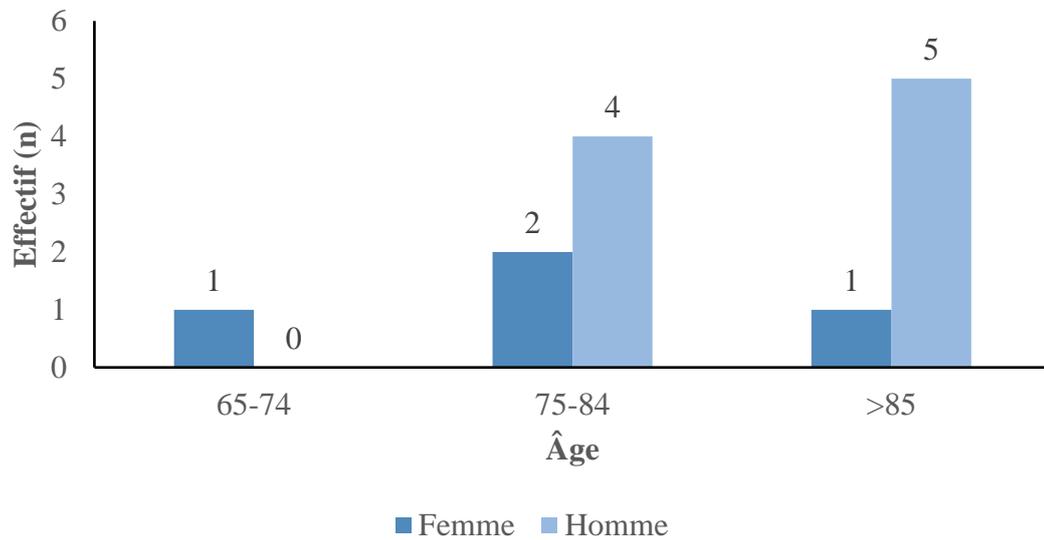
Presque tous les hommes (82%) de ce groupe consomment de l'alcool sauf deux.

Figure 20 : Répartition de la consommation d'alcool et de benzodiazépines chez les hommes du groupe du service du PUG



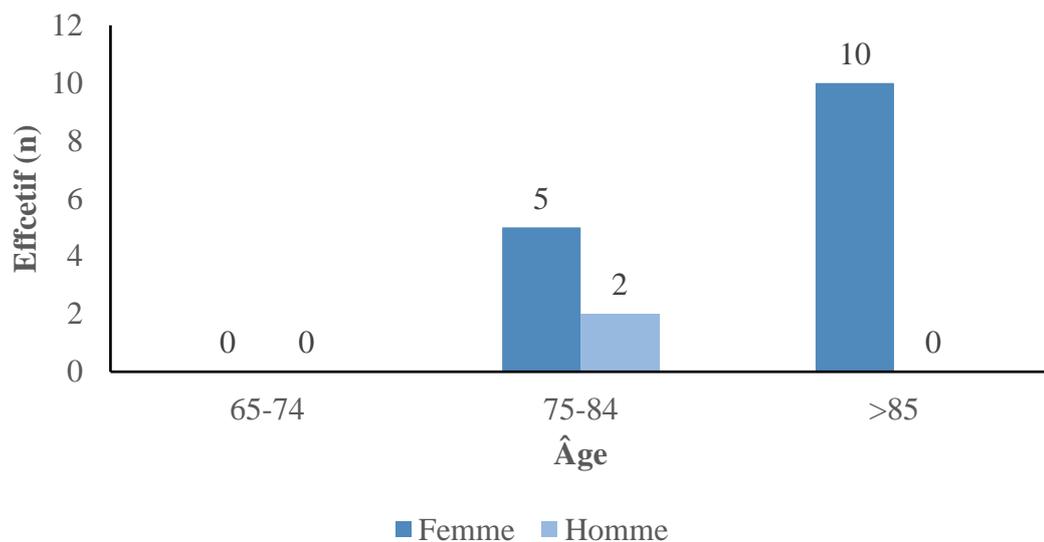
Dans ce groupe, la consommation d'alcool est estimée à 2,9 unités par jour +/- 2,2 unités. Les valeurs vont de 2 unités à 10 avec une médiane à 2. Les consommateurs d'alcool sont majoritairement (69%) représentés par les hommes.

Figure 21 : Répartition des patients consommant de l'alcool selon l'âge et le sexe



Presque la totalité des patients de ce groupe traités par benzodiazépines sont des femmes, comme le montre la figure suivante.

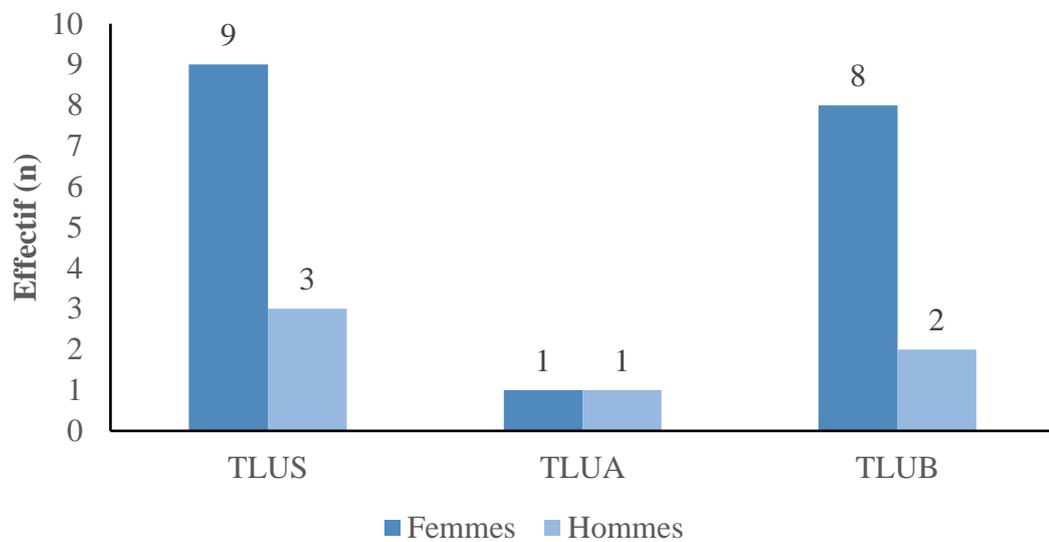
Figure 22 : Répartition des patients traités par benzodiazépines selon l'âge et le sexe



2.3. Trouble lié à l'usage d'une substance

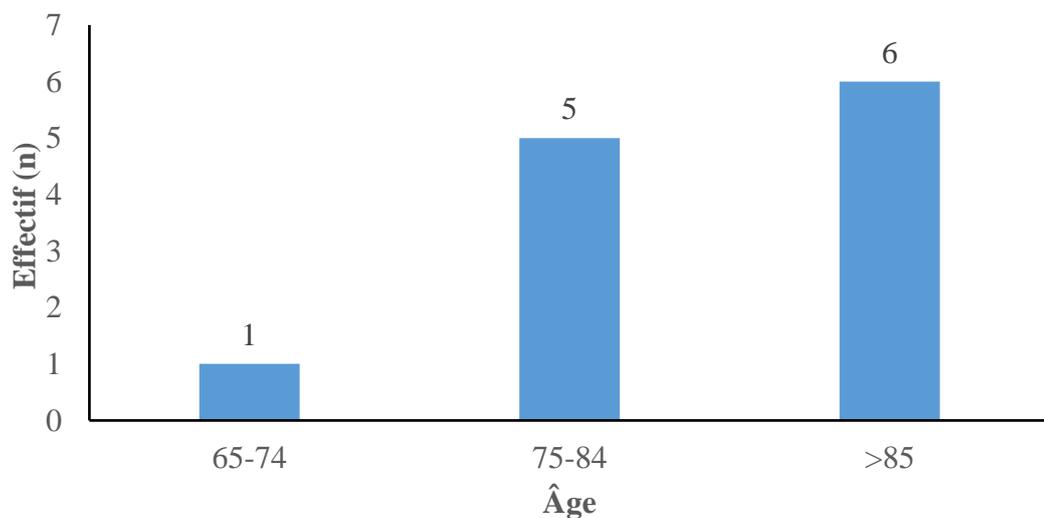
Parmi les 30 patients inclus dans le groupe du service de PUG, 40% (n=12) présentent un trouble lié à l'usage d'une substance. Comme le montre la figure suivante, il s'agit majoritairement (83,3%) d'un trouble lié à l'usage de benzodiazépine qui touche principalement les femmes.

Figure 23 : Répartition des patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance en fonction du sexe dans le groupe de patients hospitalisés dans le service de PUG



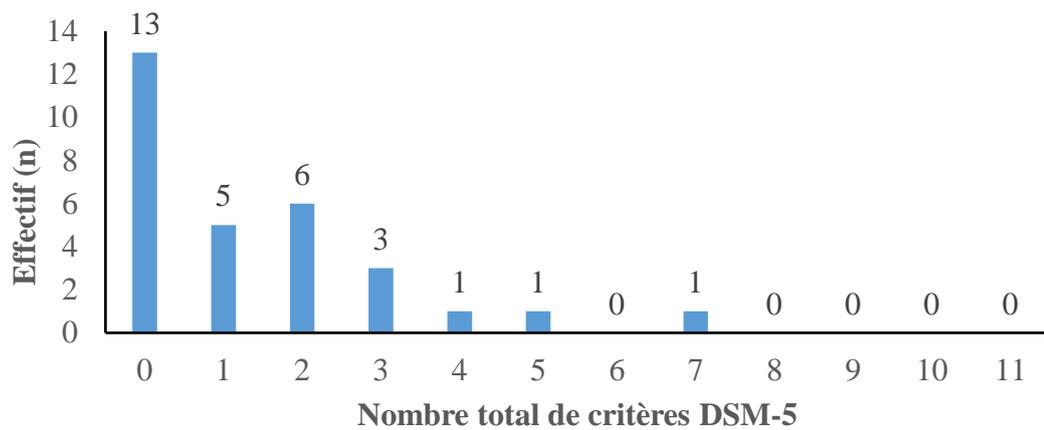
Ce diagnostic se retrouve dans toutes les catégories d'âge de ce groupe.

Figure 24 : Répartition des patients présentant une trouble lié à l'usage d'une substance selon l'âge



Parmi les patients qui ne présentent pas de trouble lié à l'usage d'une substance, 5 patients présentent un seul critère du DSM-5. Le nombre moyen de critères DSM-5 chez les patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance est de 3 +/- 1,4 avec une médiane à 2,5 (extrêmes allant de 2 à 7).

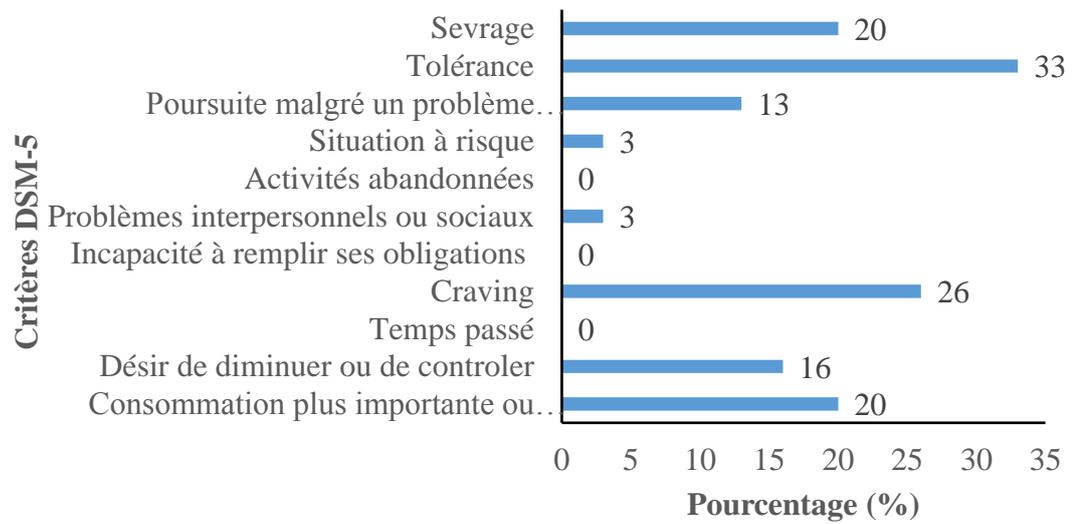
Figure 25 : Répartition des patients selon le nombre total de critères DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance



2.4. Répartition des critères DSM-5

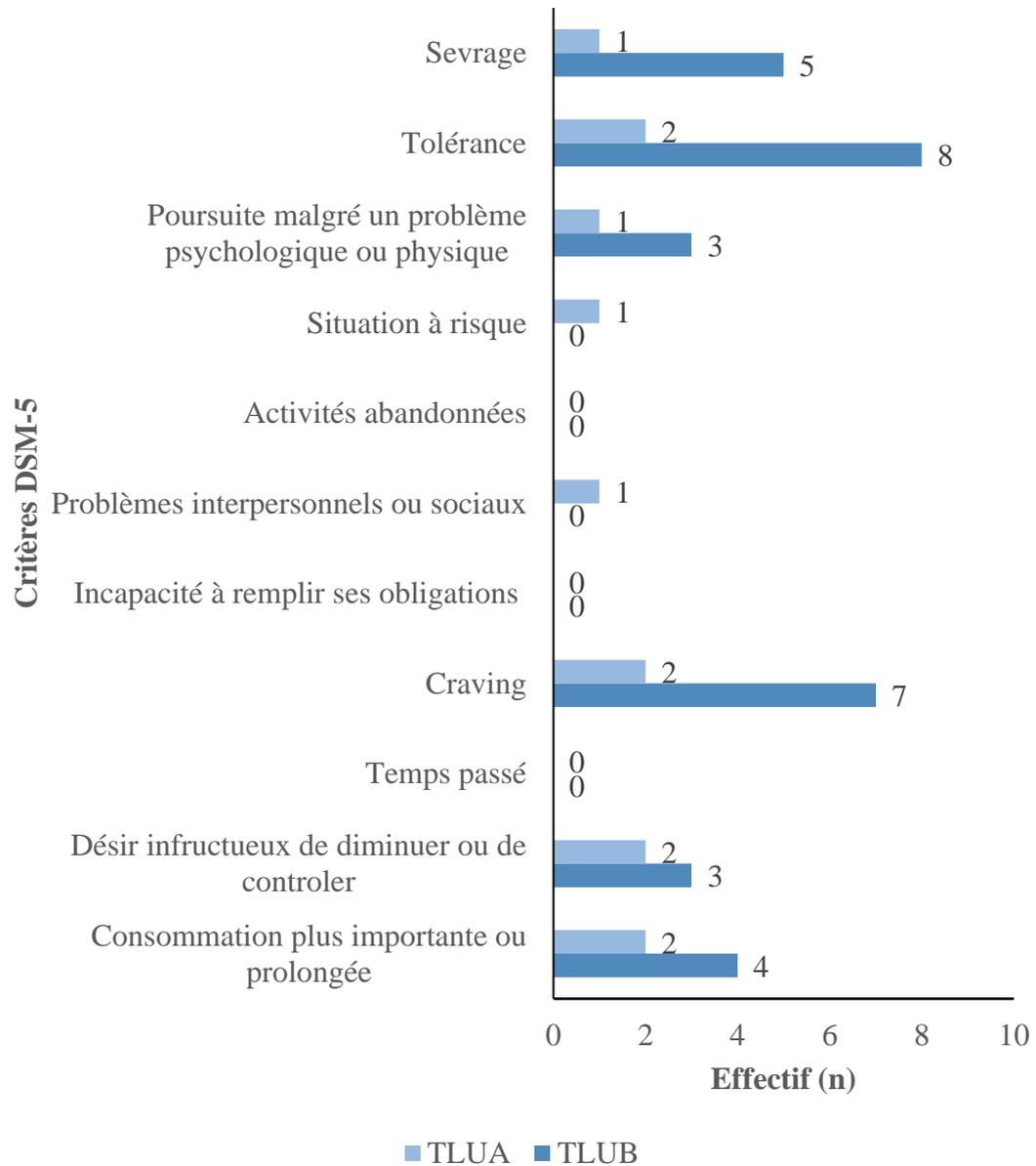
La figure suivante montre la répartition des critères du DSM-5 dans le groupe de sujets recrutés au sein du service de PUG. Le critère de tolérance est le critère qui apparaît le plus souvent, viennent ensuite les critères « craving », « consommation plus importante ou de durée prolongée » et « sevrage » puis les critères « désir infructueux de diminuer ou de contrôler sa consommation » et « poursuite malgré un problème physique ou psychique ». Deux critères n'apparaissent jamais. Il s'agit des critères « temps passé » et « activités abandonnées ».

Figure 26 : Répartition des critères du DSM-5 en pourcentage



Comme le montre la figure suivante, les critères « tolérance », « craving » et « sevrage » sont plus représentés à plus de 50% chez les patients consommant des benzodiazépines. Chez les consommateurs d'alcool, la répartition des critères du DSM-5 se fait de façon plus homogène.

Figure 27 : Répartition de chaque critère DSM-5 selon la substance consommée au sein du groupe de patients hospitalisés dans le service de post-urgence gériatrique

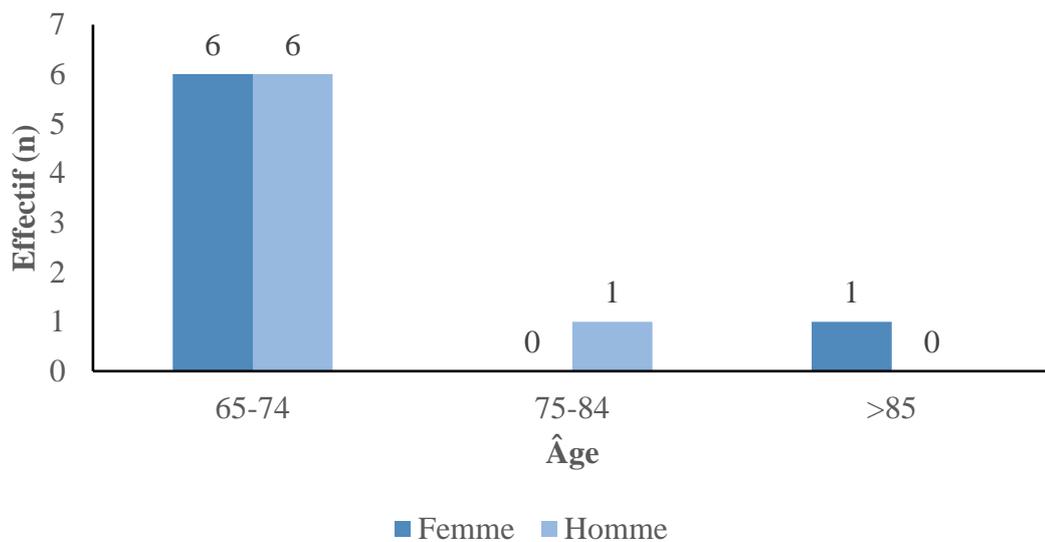


3. Analyse du groupe suivi en addictologie

3.1. Données démographiques

Dans le groupe de patients suivis en addictologie, nous avons inclus 14 patients dont 7 femmes. Elles sont toutes âgées de moins de 75 ans sauf une. Il en va de même pour les hommes ; seul un homme est âgé de plus de 75 ans. L'âge moyen est de 71, 3 ans +/- 6,4 ans (extrêmes de 65 à 90 ans, médiane à 70 ans).

Figure 28 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

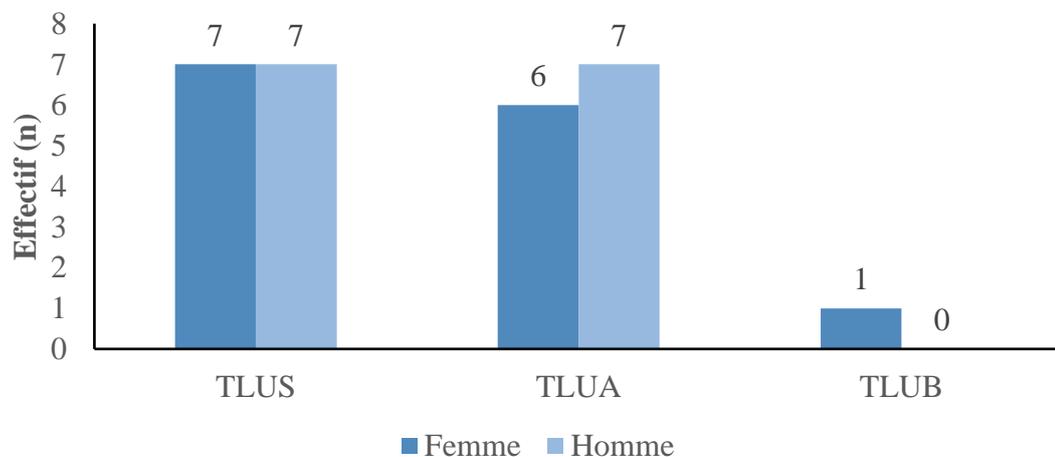


Tous les patients vivent à leur domicile et sont autonomes

3.2. Consommation et trouble lié à l'usage d'une substance

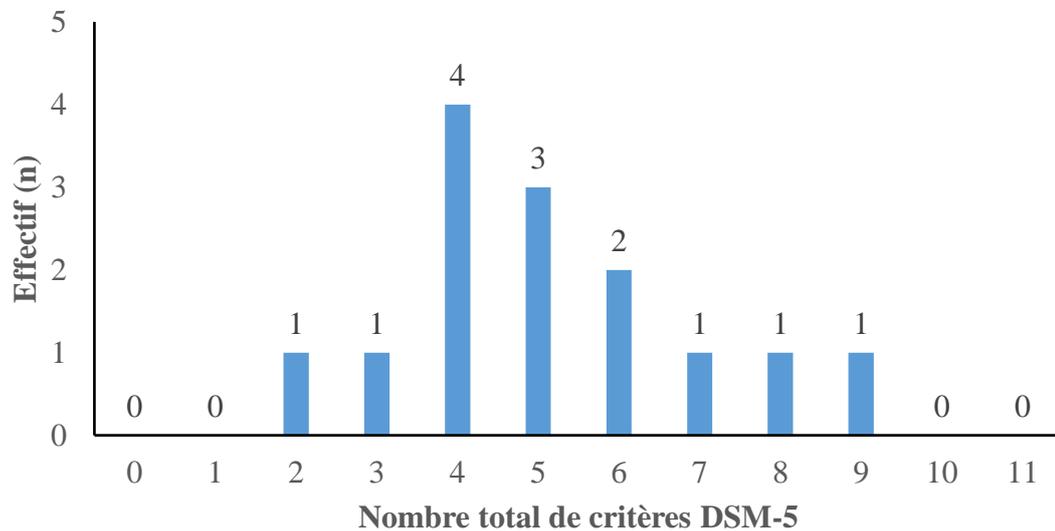
Tous les patients suivis en addictologie présentent un trouble lié à l'usage d'une substance. Seule une patiente est suivie pour un trouble lié à l'usage de benzodiazépine. Parmi les 13 patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, 7 sont des hommes. Les patients de ce groupe consomment en moyenne 10 unités par jour +/- 4,6 unités (extrêmes de 2 à 20 unités, médiane à 9 unités).

Figure 29 : Répartition du trouble lié à l'usage d'une substance selon le sexe



Le nombre total de critères DSM-5 est de 5,1 en moyenne +/- 1,9. Les valeurs extrêmes sont 2 et 9. La médiane est à 5.

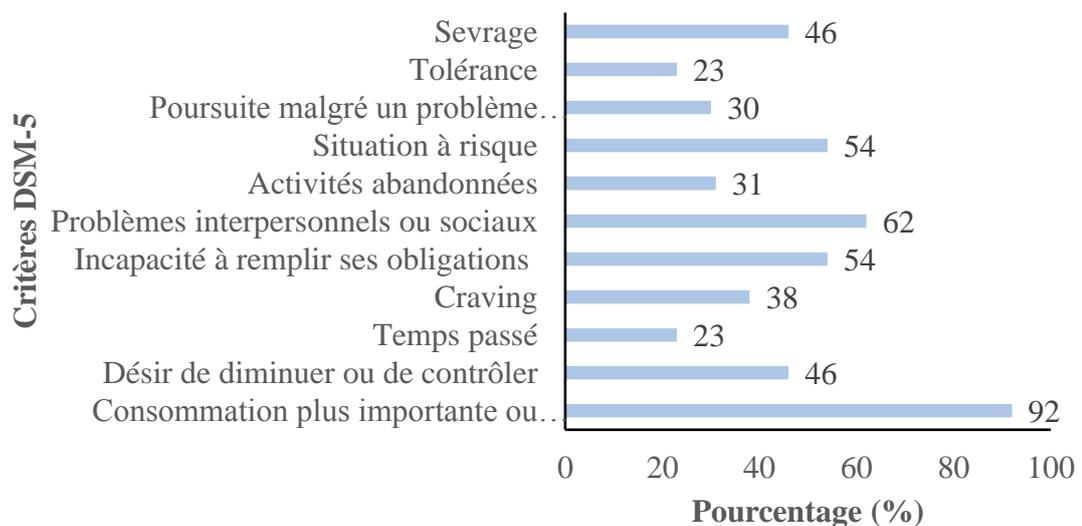
Figure 30 : Répartition des patients selon le nombre total de critères DSM-5



3.3. Répartition des critères DSM-5

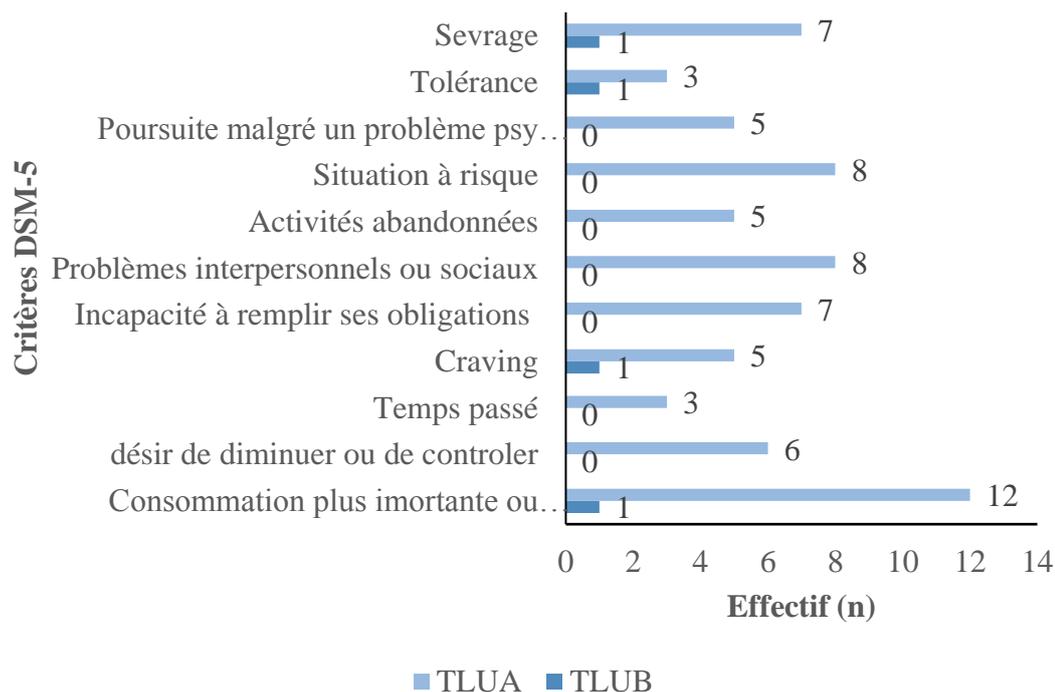
Dans ce groupe, le critère le plus fréquent est « consommation plus importante ou de durée plus prolongée ». Un patient sur 2 possède les critères suivant : « problèmes interpersonnels ou sociaux », « situation à risque » et « incapacité à remplir ses obligations ». Deux critères apparaissent à moins de 25%, le critère « tolérance » et le critère « temps passé ».

Figure 31 : Répartition en pourcentage des critères DSM-5 chez des sujets « addicts »



Tous les critères du DSM-5 sont représentés lorsqu'il s'agit du trouble lié à l'usage d'alcool. Alors que pour le trouble lié à l'usage de benzodiazépines, seuls 4 critères sont retrouvés. Il s'agit des critères « consommation plus importante ou de durée plus prolongée », « craving », « tolérance » et « sevrage ».

Figure 32 : Répartition des critères du DSM-5 selon la substance consommée chez des sujets « addicts »



4. Comparaison des trois groupes

4.1. Données démographiques

Comme le montre le tableau suivant, la population du groupe suivi en addictologie est moins âgée d'une dizaine d'années en moyenne que celle des deux autres groupes.

Tableau 7 :

	Effectif (n)	Femmes	Hommes	Age moyen
Groupe HDJ	29	21 (72,4%)	8 (27,6%)	81,7
Groupe PUG	30	19 (63,3%)	11 (36,6%)	85,9
Groupe Addict	14	7 (50%)	7 (50%)	71,3

Nous retrouvons dans les deux groupes de patients non suivis en addictologie une répartition quasi équivalente des comorbidités et des traitements prescrits.

4.2. Consommation et trouble lié à l'usage d'une substance

Dans la population âgée suivie en gériatrie, nous retrouvons une fréquence à peu près équivalente du trouble lié à l'usage d'une substance.

Tableau 8 : Répartition de la consommation selon la substance et fréquence du trouble lié à l'usage d'une substance dans chaque groupe

	Consommation alcool	Consommation benzodiazépine	TLUS
Groupe HDJ	14(45,2%)	17(54,8%)	12(45%)
Groupe PUG	13(43,3%)	17(56,7%)	12(40%)
Groupe Addict	13(92,9%)	1(7,1%)	14(100%)

4.3. Répartition des critères DSM-5

Le tableau suivant illustre la répartition de chaque critère DSM-5 du trouble lié à l'usage d'alcool en valeur effective et en pourcentage au sein des 3 groupes.

En comparaison avec la population principale, tous les critères sont retrouvés de manière moins fréquente chez les patients hospitalisés dans le service de PUG hormis le critère « tolérance ». Les critères les moins fréquents dans ces deux groupes sont les critères « problèmes interpersonnels ou sociaux », « incapacités à remplir ses obligations », « activités abandonnées » et « situation à risque ». Les critères les plus fréquents dans ces deux groupes sont « consommation plus importante ou de durée plus prolongée », « désir infructueux de diminuer ou de contrôler sa consommation », « craving », « poursuite de la consommation malgré un problème physique ou psychique », « tolérance » et « sevrage ».

Dans le groupe de patients suivis en addictologie, les critères retrouvés majoritairement (plus de 50%) sont les critères « consommation plus importante ou de durée prolongée », « incapacité à remplir ses obligations », « problèmes interpersonnels », « situation à risque » et « sevrage ». Les critères les moins retrouvés (moins de 30%) dans ce groupe sont les critères « temps passés », « tolérance » et « activités abandonnées ».

Tableau 9 : Comparaison de la répartition de chaque critère DSM-5 dans les 3 groupes

Critères	Pop HDJ	Pop PUG	Pop Addict
1 : Consommation plus importante	16 (51,6%)	6 (20%)	13 (92,9%)
2 : Désir de contrôler ou de diminuer	8 (25,8%)	5 (16,7%)	6 (42,9%)
3 : Temps passé	3 (9,7%)	0 (0%)	3 (21,4%)
4 : Craving	11 (35,5%)	8 (26,7%)	6 (40%)
5 : Incapacité à remplir ses obligations	0 (0%)	0 (0%)	7 (50%)
6 : Problèmes interpersonnels ou sociaux	1 (3,2%)	1 (3,3%)	8 (57,1%)
7 : Activités abandonnées	1 (3,2%)	0 (0%)	4 (28,6%)
8 : Situation à risque	3 (9,7%)	1 (3,3%)	8 (57,1%)
9 : Consommation malgré problème psy ou physique	7 (22,6%)	4 (13,3%)	5 (35,7%)
10 : Tolérance	3 (9,7%)	10 (33,3%)	3 (21,4%)
11 : Sevrage	9 (29,0%)	6 (20%)	7 (50%)

IV. Discussion

Notre travail visait à étudier les critères diagnostiques dans une population de sujets âgés de plus de 65 ans. En effet, il existe peu de données de la littérature dans ce domaine alors même que les études épidémiologiques montrent une prévalence importante des conduites addictives à l'alcool et aux benzodiazépines notamment, dans cette population.

Le résultat principal de cette étude met en évidence qu'il n'existe pas une répartition homogène des critères d'addiction dans cette population. Toutefois, nous notons que ces critères permettent de porter un diagnostic de trouble lié à l'usage de substance chez près de la moitié des participants âgés qui ne bénéficiaient pas de suivi addictologique.

Le recrutement de notre population était basé sur la participation de patients âgés de plus de 65 ans. Le seuil de 65 ans étant discutable (33), nous avons privilégié un recrutement spécifique dans les services de gériatrie qui prennent en charge les patients ayant des problématiques poly factorielles liés à l'âge. Ainsi, notre population de sujets âgés était constituée de patients d'approximativement 80 ans de moyenne d'âge. Cette population de patients vivait en grande majorité (à l'exception de deux patients) au domicile. Les patients sont suivis en gériatrie soit pour une décompensation aiguë d'une maladie chronique (nécessitant une hospitalisation de courte durée), soit pour faire un bilan de fragilité (hospitalisation de jour). Il s'agissait d'une population qui présentait une fragilité gériatrique du fait de pathologies chroniques et de son mode de vie. Ces problématiques sont fréquemment retrouvées chez les sujets de cet âge puisque 80% de patients de plus de 85 ans présentent une ou plusieurs pathologies chroniques (34) et qu'environ 43% des patients de plus de 85 ans présentent des critères de fragilité (35).

Nous avons également recruté une population contrôle de sujets âgés suivis en addictologie afin de comparer les critères présents dans cette population. Toutefois, la moyenne d'âge des patients de ce groupe (71,3 ans) et le manque de données concernant les antécédents et les traitements ainsi que le faible nombre de patients de ce groupe font que ces données ne sont pas transposables au groupe de patients recrutés en gériatrie.

Pour ce qui concerne les patients recrutés en gériatrie les deux populations étaient comparables en âge et avaient des profils similaires quant aux comorbidités et aux scores ADL. Les résultats dans cette population ont montré que 26% des patients présentaient un critère du DSM-5 pour

le trouble lié à l'usage de substance, 26% deux à trois critères (addiction légère), 11% entre quatre et cinq critères (addiction modérée) et 5% plus de six critères (addiction sévère)

Pour ce qui concerne les produits à l'origine du trouble il s'agissait de l'alcool chez 7% des patients recrutés en hospitalisation et 16% des patients recrutés en hôpital de jour ; et des benzodiazépines chez 33% des patients recrutés en hospitalisation et 26% des patients recrutés en hôpital de jour. Le nombre d'unités d'alcool était de de 3,7 UI pour les patients en hôpital de jour et 2,9 UI pour les patients hospitalisés dans le service de court séjour. Dans notre population aucun patient ne présentait de diagnostic de cirrhose ou d'insuffisance hépatocellulaire. Ceci peut être expliqué par le fait que le risque de développer une maladie hépatique est moins fréquent chez les séniors (36). Ce risque augmente avec la quantité consommée et la durée d'exposition. De plus, lors des entretiens certains patients pouvaient relater une modification des prises d'alcool après le début de leur retraite, ce qui laisse envisager que l'exposition à l'alcool et aux benzodiazépines s'était modifiée lors des dernières années.

Parmi les patients âgés, 35,5% des patients prenaient un antidépresseur, 45,5% des patients prenaient un traitement anxiolytique et 27% prenaient un traitement hypnotique. La prescription de traitement anti dépresseur était moins importante chez les sujets présentant le diagnostic de trouble lié à l'usage de substance 26% versus 41% chez les patients ne présentant pas le diagnostic. La prescription d'anxiolytique était plus fréquente pour les patients présentant le diagnostic de trouble lié à l'usage de substance 56% versus 38% pour les patients ne présentant pas le diagnostic. Et la prescription d'hypnotique était également plus fréquente chez les patients présentant le diagnostic de trouble lié à l'usage de substance 34% versus 22% chez ceux ne présentant pas le trouble. Ces résultats peuvent conduire à émettre plusieurs hypothèses. L'exposition plus fréquente à des anxiolytiques pourrait favoriser la dépendance. La prescription d'antidépresseur pourrait, en traitant l'anxiété et la dépression, protéger de l'évolution vers des conduites addictives. Enfin, les patients addicts pourraient avoir plus de difficulté à évaluer leur tristesse (hypothèse de l'alexithymie dans l'addiction) ce qui pourrait conduire à moins de prescription d'antidépresseur. Toutefois, le design transversal de cette étude ne permet pas d'apporter les éléments pour étayer ces hypothèses.

Dans notre population de sujets âgés, les critères les plus fréquemment retrouvés étaient :

1. La substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de substance.
3. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer la substance.
4. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
5. Tolérance
6. Sevrage

Le critère le plus fréquemment retrouvé étant le fait de consommer en quantité plus importante que prévu c'est à dire une perte de contrôle sur la consommation du produit. Ce critère de perte de contrôle est associé à l'échec des tentatives de réduction et à des envies impérieuses de consommer.

Contrairement à ce qui avait été retrouvé dans d'autres études (32) les critères de tolérance et de sevrage sont retrouvés dans notre population. Toutefois, ils sont plus présents chez les sujets qui présentent un trouble lié à l'usage de benzodiazépines or l'étude de Kuerbis (32) n'étudiait que le trouble lié à l'usage d'alcool.

Les critères relatifs aux activités étaient les moins présents bien que notre population soit constituée de patients autonomes et vivant au domicile. Aucun patient ne présentait notamment le critère « Consommation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison. ». Il est possible que le changement de mode de vie de la retraite et les modifications des consommations d'alcool qui lui sont concomitantes ne permettent pas au patient de repérer l'impact des consommations sur son quotidien.

Les limites de cette étude sont la petite taille de notre échantillon qui n'a pas permis des analyses plus poussées sur les relations entre les critères diagnostiques ainsi que le design transversal de l'étude qui ne permet pas d'envisager des hypothèses de causalité. Une autre limite concerne le

groupe de patient recrutés en addictologie dont le nombre est deux fois plus faible que pour les deux autres groupes ce qui a limité les possibilités de comparaison.

La force de cette étude est d'apporter des données concernant les critères d'addiction chez des sujets de 80 ans, données non disponibles dans la littérature actuelle. Ces données pilotes permettent d'envisager des recrutements plus larges afin de préciser les spécificités en matière d'addiction dans cette population.

V. Conclusion

Notre étude met en évidence une prévalence élevée du diagnostic de trouble lié à l'usage de substance chez des sujets âgés de 80 ans autonomes, vivant à domicile et non suivis en addictologie. Les critères les plus fréquemment retrouvés concernent la perte de contrôle de la consommation. Les critères les moins fréquemment retrouvés concernent l'impact de cette consommation sur les activités du quotidien. Ces résultats mettent en lumière la nécessité de mieux interroger les patients âgés sur les conduites addictives afin de leur délivrer une information sur le trouble lié à l'usage de substance et proposer des prises en charge adaptées.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

10.09.2018

E. SERRANO

Vu le président du
jury - le 4/09/18.

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909536

Bibliographie :

1. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2015. 1200 p.
2. [cité 11 juillet 2018]. Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/Chapitre_9.html
3. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 11 juillet 2018]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
4. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
5. PDF | Clinique des addictions chez les seniors. [Internet]. [cité 4 juillet 2018]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/236851406_Clinique_des_addictions_chez_les_seniors
6. Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. août 2008;8(46):3-8.
7. Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier J-C, Vandel P, et al. Conduites addictives du sujet âgé. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(4):1-13.
8. Vital I. Addictions et vieillissement. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2008;6:6.
9. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. L'Encéphale. sept 2010;36(4):340-7.
10. Pierucci-Lagha A, Derouesné C. Alcool et vieillissement. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2003;1(4):237-49.
11. Zuccala G, Onder G, Pedone C, Cesari M, Landi F, Bernabei R, et al. Dose-Related Impact of Alcohol Consumption on Cognitive Function in Advanced Age: Results of a Multicenter Survey. Alcohol Clin Exp Res. déc 2001;25(12):1743-8.
12. Bates ME, Bowden SC, Barry D. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. Exp Clin Psychopharmacol. 2002;10(3):193-212.
13. Anstey KJ, Mack HA, Cherbuin N. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: Meta-Analysis of Prospective Studies. Am J Geriatr Psychiatry. juill 2009;17(7):542-55.
14. Topiwala A, Ebmeier KP. Effects of drinking on late-life brain and cognition. Evid Based Ment Health. févr 2018;21(1):12-5.
15. Nubukpo P, Laot L, Clément J-P. Addictive behaviors in the aged. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse. sept 2012;(3):315-324.
16. Blow FC, Barry KL. Older Patients with At-Risk and Problem Drinking Patterns: New Developments in Brief Interventions. J Geriatr Psychiatry Neurol. oct 2000;13(3):115-23.

17. Clément J-P, Collectif. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Médecine Sciences Publications; 2010. 650 p.
18. Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Venisse J-L. Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2008;8(46):9-16.
19. Fernandez L, Cassagne-Pinel C. Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. /data/revues/00137006/00270005/459/ [Internet]. 17 févr 2008 [cité 10 juill 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/83080>
20. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
21. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. *Presse Médicale*. oct 2014;43(10):1067-79.
22. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen- V. La consommation d'alcool en France en 2014. :6.
23. LIR_ESSEC_Synthese_etude_consommation_medicaments_07-2012.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: http://www.puppem.com/Documents/LIR_ESSEC_Synthese_etude_consommation_medicaments_07-2012.pdf
24. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues J, Decamps A, Begaud B. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes. *Rev Geriatr*. sept 1996;21(7):473-82.
25. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
26. Epidemiology of problem drinking among elderly people. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8751316>
27. Identification of Chemical Abuse in the Elderly Admitted to Emergency: Clinical Gerontologist: Vol 11, No 2 [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v11n02_04
28. Menecier P, Girard A, Bernard B, Menecier-Ossia L, Pelissier-Plattier S, Afifi A, et al. Intoxication éthylique aiguë après 75 ans : une situation clinique loin de l'anecdote à l'hôpital. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2008;6:7.
29. Landreat MG, Vigneau CV, Hardouin JB, Bronnec MG, Marais M, Venisse JL, et al. Can We Say that Seniors Are Addicted to Benzodiazepines? *Subst Use Misuse*. juill 2010;45(12):1988-99.

30. Marquette C, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Vermeulen O, Vénisse J-L. Sujets âgés et substances psychoactives : état des connaissances, Abstract. Psychotropes. 2010;Vol. 16(3):161-78.
31. Palmer BW, Jeste DV, Sheikh JI. Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. J Affect Disord. déc 1997;46(3):183-90.
32. Kuerbis AN, Hagman BT, Sacco P. Functioning of Alcohol Use Disorders Criteria Among Middle-Aged and Older Adults: Implications for DSM-5. Subst Use Misuse. 19 févr 2013;48(4):309-22.
33. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. Gérontologie Société. 2011;34 / 138(3):127-42.
34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. juill 2012;380(9836):37-43.
35. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation: FRAILITY PREVALENCE AND OUTCOME. J Am Geriatr Soc. avr 2010;58(4):681-7.
36. Paille PF. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG. 2014;12.

Annexe 1 :

Critères d'addiction selon Goodman :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement
 - Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
 - Tolérance marquée : besoin d'argumenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

Annexe 2 :

Critères DSM-V du trouble lié à l'usage d'une substance :

- A. Mode d'usage problématique de la substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
1. La substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de substance.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer la substance.
 5. Consommation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
 6. Consommation continue de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisir, importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance
 8. Consommation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
 10. Tolérance définie par les symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité de substance
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. La substance est prise pour soulager les symptômes de sevrage

Léger : 2 à 3 critères

Moyen : 4 à 5 critères

Sévère : plus de 6 critères

Annexe 3 :

La GDS 15

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ? oui non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? oui non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui non
4. Vous ennuyez vous souvent ? oui non
5. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? oui non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? oui non
7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? oui non
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? oui non
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ? oui non
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? oui non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? oui non
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? oui non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? oui non
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? Oui non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ? oui non

Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.

Score : I__I__I/15

Le score normal est de 3 ± 2 ; un sujet moyennement déprimé a un score de $7 \pm$; un sujet très déprimé a un score de 12 ± 3 .

Annexe 4 :

CAHIER D'OBSERVATION

« ETUDE DES CRITERES D'ADDICTION CHEZ LA PERSONNE AGEE »
Etude CAPA

Initiales du patient : |_| |_|
(la 1^{ère} lettre du nom puis la 1^{ère} lettre du prénom)

N° du patient : |_|_|_|
(n° de randomisation)

N° du service : |_|_|

Investigateur coordonnateur :

Service de Psychiatrie et de psychologie clinique
CHU Toulouse-Purpan
TSA 40031
31059 Toulouse Cedex 9

Promoteur :

CHU de TOULOUSE
Hôtel Dieu Saint Jacques
2, rue Viguerie – TSA 80035
31059 TOULOUSE Cedex 9
Tel : 05 61 77 87 71 / Fax : 05 61 77 84 11

MODALITE DE REMPLISSAGE DU CAHIER D'OBSERVATION

- Utiliser un stylo à bille noir
- Initiales du patient : utiliser la nomenclature 3 premières lettres du nom et 2 premières lettres du prénom
- Ne pas utiliser d'abréviation, mais écrire en toute lettre
- Utiliser un langage médical standard
- Valeurs numériques :
 - cadrez les valeurs numériques à droite
 - n'ajoutez pas de virgules, elles sont précodées si nécessaire
 - ne laissez pas de cases vides, mettez un zéro

Incorrect |_2_|_1_|_| Correct |_0_|_2_|_1_|

- Dates : enregistrez les dates sous la forme Jours – Mois – Année
- En cas d'absence de données, barrer les cases vides, et utiliser les codes suivants :
 - NA : non applicable
 - NF : non fait
 - NC : non connu

Exemple poids |_|_|_| Kg NF

- Si une erreur a été inscrite, rayer l'information erronée (elle doit, toutefois, rester lisible), remplacer par l'information correcte, **parapher et dater la correction.**
Ne pas utiliser de liquide correcteur.

Date : |_|_| |_|_| |_|_|

VERIFICATION DES CRITERES CRITERES D'INCLUSION	OUI	NON
---------------------------------------------------	-----	-----

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) plus de 65 ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Faire partie des 3 services d'inclusion du CHU de Toulouse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) MMSE supérieur ou égal à 24/30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Depuis 12 mois, avoir une consommation quotidienne de benzodiazépine ou apparenté (au moins une prise par jour) et/ou une consommation excessive d'alcool (supérieur à une unité d'alcool par jour) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Consentir à l'étude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si une ou plusieurs cases « NON » sont cochées le patient n'est pas inclus dans l'étude

CRITERES DE NON-INCLUSION

- | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Patient refusant de participer à l'étude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Décompensation aiguë d'un trouble psychiatrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Impossibilité de comprendre ou parler le français | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) MMSE inférieur à 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si une ou plusieurs cases « OUI » sont cochées le patient n'est pas inclus dans l'étude

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Je certifie avoir recueilli le consentement libre et éclairé du patient le |_|_| |_|_| |_|_| avant toute procédure.

Nom de l'investigateur :

Signature de l'investigateur :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Initiales du patient : |_| |_| (la 1^{ère} lettre du nom et la 1^{ère} lettre du prénom)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| (jj mm aa)

Sexe : |_| (M ou F)

Lieu d'hébergement : domicile ou institution

ADL :

Autres addictions (tabac, cannabis, autres) :

GDS :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

Antécédents Pathologies associées	Date de début	Toujours présent		Traitement associé	
		OUI	NON	OUI	NON

Alcool :

- Durée d'exposition (mois ou années) :
- Quantité d'unité d'alcool par jour :
- Fréquence de la consommation d'alcool par semaine :

Benzodiazépine et/ou traitement apparenté aux benzodiazépines :

- Molécule :
 - Dose :
 - Fréquence :
 - Durée d'exposition (mois ou années) :
- Molécule :
 - Dose :
 - Fréquence :
 - Durée d'exposition (mois ou années) :
- Molécule
 - Dose :
 - Fréquence :
 - Durée d'exposition (mois ou années) :

Critères DSM-5 du diagnostic de trouble lié à l'usage d'une substance :

Mode d'usage problématique de la substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. La substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
Oui Non
2. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de substance.
Oui Non
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
Oui Non
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer la substance.
Oui Non
5. Consommation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
Oui Non
6. Consommation continue de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
Oui Non
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisir, importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la substance
Oui Non
8. Consommation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
Oui Non
9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
Oui Non

10. Tolérance définie par les symptômes suivants :

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité de substance

Oui Non

11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
- b. La substance est prise pour soulager les symptômes de sevrage

Oui Non

Nombre de critères présents : /11

ETUDE SUR LES CRITERES D'ADDICTION CHEZ LES PERSONNES AGEES

La population âgée représente un nombre croissant d'individus et présente un risque d'addiction du fait d'une vulnérabilité physique et psychique. La prévalence du trouble lié à l'usage d'une substance est variable d'une étude à l'autre. Le diagnostic de ce trouble se fait en suivant une critériologie validée pour de jeunes adultes laissant supposer que certains critères ne sont pas adaptés à une population plus âgée. L'objectif principal de notre étude est de décrire la fréquence de chaque critère DSM-5 du trouble lié à l'usage d'une substance au sein d'une population de sujets de plus de 65 ans ayant une consommation d'alcool et/ou de benzodiazépines depuis au moins 12 mois. Au total, 59 patients ont été évalués au sein de deux services de gériatrie. Notre étude retrouve une prévalence élevée du trouble lié à l'usage d'une substance sans répartition homogène des critères DSM-5.

Study on addiction criteria in the elderly

The elderly population increases and presents a risk of addiction due to physical and mental vulnerability. The prevalence of substance use disorder varies from study to study. Diagnosis of this disorder is based on validated criteriology for young adults suggesting that some criteria are not suitable for an older population. The primary objective of our study is to describe the frequency of each DSM-5 criteria for substance use disorder in a population of subjects over 65 years of age with alcohol and/or benzodiazepines consumption for at least 12 months. Finally, 59 patients were evaluated in two geriatric departments. Our study finds a high prevalence of the substance use disorders without homogeneous distribution of the DSM-5 criteria.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : addiction, sujets âgés, critères DSM-5

Université Toulouse III-Paul Sabatier- Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Docteur Juliette SALLES