



**HAL**  
open science

# Repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées par les médecins généralistes

Audrey Liegeard

► **To cite this version:**

Audrey Liegeard. Repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00702589

**HAL Id: dumas-00702589**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00702589v1>**

Submitted on 4 Jun 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Audrey LIEGEARD

Née le 30 avril 1983 à Bois-Guillaume

Présentée et soutenue publiquement le 10 Avril 2012

**REPERAGE DU MESUSAGE D'ALCOOL CHEZ  
LES PERSONNES AGEES PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES**

Président du jury : Professeur Jean DOUCET

Directrice de thèse : Docteur Laure LEFEBVRE

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012**  
**U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M <sup>le</sup> MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE – P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS**

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU médicale	HCN	Biostatistiques et informatique
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU vasculaire	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-
Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER ( <i>Surnombre</i> )	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI de communication	HCN	Informatique Médicale/Techniques
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie

M. Philippe <b>DENIS (Surnombre)</b>	HCN	Physiologie
M. Jean <b>DOUCET</b> - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b> Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice <b>DUPARC</b> Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand <b>DUREUIL</b> chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b> métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b> chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Alain <b>LAVOINNE</b>	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b> métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Xavier <b>LE LOET</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand <b>MACE</b> cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric <b>MALLET (Surnombre)</b>	HCN	Pédiatrie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT</b>	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves <b>MILLIEZ</b> et esthétique	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b> faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo- faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire

M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b> la reprod.	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>Mise en dispo</i> ) d'urgence	HCN	Réanimation Médicale, Médecine
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON</b> ( <i>Surnombre</i> )	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît <b>VEBER</b> chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre <b>VERA</b> l'image	CB	Biophysique et traitement de
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Vincent <b>COMPÈRE</b> chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mme Catherine <b>HAAS-HUBSCHER</b> chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b> santé	HCN	Epidémiologie, économie de la
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie <b>MARECHAL-GUYANT</b>	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b> cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Eric <b>VERIN</b>	HCN	Physiologie

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

M. Thierry **LEQUERRE**

HB

Rhumatologie

M. Fabien **DOGUET**

HCN

Chirurgie thoracique et cardio-

vasculaire

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique **LANIEZ**

UFR

Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR

Sciences humaines - Techniques

d'expression

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Marc <b>VASSE</b> (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b> (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mle Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mle Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Roseline <b>DUCLOS</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mle Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
M. Rémi <b>VARIN</b> (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
------------------------------	-------------

### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mme Sandrine <b>PANCHOU</b>	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI

Anglais

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Bérénice COQUEREL

Chimie Analytique

M. Johann PELTIER

Microbiologie

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

**HCN - Hôpital CHARLES NICOLLE HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME CB - Centre HENRI  
BECQUEREL CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray CRMPR - Centre Régional de  
Médecine Physique et de Réadaptation**



<b>III – MEDECINE GENERALE</b>
--------------------------------

**PROFESSEURS**

M. Jean-Loup <b>HERMIL</b>	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

M. Pierre <b>FAINSILBER</b>	UFR	Médecine générale
M. Alain <b>MERCIER</b>	UFR	Médecine générale
M. Philippe <b>NGUYEN THANH</b>	UFR	Médecine générale

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

M Emmanuel <b>LEFEBVRE</b>	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth <b>MAUVIARD</b>	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse <b>THUEUX</b>	UFR	Médecine générale

<b>LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE</b>
---

Melle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean <b>COSTENTIN</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
M. Jean-Louis <b>PONS</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
M. Marc <b>VASSE</b>	Hématologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

<b>ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS</b>
--------------------------------------

**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b> 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> 614)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b>	Physiologie (Unité Inserm 644)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. Mario <b>TOSI</b> 614)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Serguei <b>FETISSOV</b>	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su <b>RUAN</b>	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## REMERCIEMENTS

- Au Pr Jean Doucet pour avoir accepté de présider cette thèse.
- Aux Professeurs Pierre Czernickow et Jean-Loup Hermil pour avoir accepté de juger ce travail.
- Au Docteur Alexandre Baguet pour avoir accepté de juger ce travail et pour sa confiance en m'offrant un poste dans son service.
- Au Docteur Laure Lefebvre pour son énergie, sa disponibilité et tout ce qu'elle m'a appris professionnellement et humainement durant mon stage dans son cabinet.
  
- A Vincent.
- A ma fille Anaëlle, mon rayon de soleil.
- A mes parents pour leur soutien infailible et pour m'avoir permis d'être ce que je suis.
- A mon frère Alban.
- A ma cousine Annaïck.
- A mes grands-parents et toute ma famille pour leur amour et leur soutien.
  
- A mes amies de toujours : Alicia, Aurélie, Blandine, Divine, Megghann, Sabrina et Hélène.
- A ces compagnons de galère : Cécile, Delphine, Isabelle, Charline, Aurélia et les autres.
- A toutes les personnes rencontrées durant ces études et qui m'ont permis d'avancer.

- A l'ensemble des médecins généralistes ayant pris le temps de répondre à ce questionnaire.
- A Julie Vigor, Mathieu Renaux et Frédéric Bentouati pour leur implication dans ce travail.
- A Jean-François Ménard pour son aide statistique.

# PLAN

<b>CHAPITRE I - INTRODUCTION</b>	18
<b>CHAPITRE II - PREAMBULE</b>	21
2.1 Notion de verres standards	22
2.2 Seuils	22
2.3 Différents types de consommation	23
2.3.1 Non-usage	23
2.3.2 Usage simple	23
2.3.3 Mésusage	23
2.3.3.1 Usage à risque	23
2.3.3.2 Usage nocif	24
2.3.3.3 Dépendance	24
2.3.4 Deux formes de mésusage chez la personne âgée	25
2.3.4.1 Alcoolisation à début précoce	25
2.3.4.2 Alcoolisation à début tardif	25
2.4 Outils de repérage	26
2.4.1 Biologie	26
2.4.1.1 Alcoolémie	26
2.4.1.2 Gamma-glutamyl-transférase	26
2.4.1.3 Volume globulaire moyen	27
2.4.1.4 Carbohydrate Deficient Transferrin	27
2.4.2 Consommation déclarée d'alcool	28
2.4.3 Questionnaires standardisés	29
2.4.3.1 Questionnaires non spécifiques	29
2.4.3.1.1 CAGE	29
2.4.3.1.2 AUDIT et dérivés	29
2.4.3.1.3 FACE	30
2.4.3.1.4 MAST et dérivés	30
2.4.3.2 Questionnaires spécifiques	31
2.4.3.2.1 MAST-G	31

2.4.3.2.2 ARPS	31
2.5 Consommation d'alcool chez la personne âgée	32
2.6 Pharmacodynamie chez la personne âgée	32
2.7 Sémiologie chez la personne âgée	33
<b>CHAPITRE III - MATERIEL ET METHODES</b>	<b>34</b>
3.1 Création du questionnaire	35
3.2 Développement de l'outil informatique de recueil des données	35
3.3 Transmission du questionnaire	36
3.4 Outils statistiques	36
<b>CHAPITRE IV - RESULTATS</b>	<b>38</b>
4.1 Analyse statistique descriptive	39
4.1.1 Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes	39
4.1.1.1 La répartition selon les régions et départements	39
4.1.1.2 Fiche signalétique des médecins généralistes	42
4.1.2 Modalités de repérage	43
4.1.2.1 Consommation d'alcool connue	43
4.1.2.2 Seuils	44
4.1.2.2.1 Seuil par semaine	44
4.1.2.2.2 Seuil par occasion	44
4.1.2.3 Prévalence estimée	45
4.1.2.4 Occasions de repérage	46
4.1.2.5 Outils de repérage	48
4.1.2.6 Difficultés rencontrées	49
4.1.2.7 Différence entre le repérage en population générale et chez la personne âgée	51
4.2 Analyse statistique univariée	51
4.2.1 Repérage selon les régions et départements	51
4.2.2 Repérage selon le sexe des médecins	52
4.2.2.1 Caractéristiques des médecins selon le sexe	52



4.2.2.2 Modalités de repérage selon le sexe	52
4.2.3 Repérage selon l'âge des médecins	53
4.2.3.1 Caractéristiques des médecins selon l'âge	53
4.2.3.2 Modalités de repérage selon l'âge	54
4.2.4 Repérage selon le nombre d'années d'installation des médecins	56
4.2.4.1 Caractéristiques des médecins selon le nombre d'années d'installation	56
4.2.4.2 Modalités de repérage selon le nombre d'années d'installation	56
4.2.5 Repérage selon le suivi ou non d'une formation par les médecins	59
4.2.5.1 Caractéristiques des médecins selon le suivi ou non d'une formation	59
4.2.5.2 Modalités de repérage selon le suivi ou non d'une formation	59
4.2.6 Repérage selon la proportion de personnes âgées dans leur patientèle	63
4.2.6.1 Caractéristiques des médecins selon la proportion de personnes âgées dans leur patientèle	63
4.2.6.2 Modalités de repérage selon la proportion de personnes âgées dans leur patientèle	63
<b>CHAPITRE V – DISCUSSION</b>	<b>66</b>
5.1 Une population peu étudiée dans la littérature	67
5.2 Discussion du recueil	67
5.2.1 Un questionnaire bref	67
5.2.2 Des modalités de recueil à l'origine de biais de sélection	68
5.3 Une analyse statistique limitée	69
5.4 Discussion des résultats	69
5.4.1 Un échantillon de médecins insuffisamment représentatifs des médecins généralistes français	70
5.4.2 Modalités de repérage	72
5.4.2.1 Une faible connaissance de la consommation d'alcool chez la patientèle âgée	72
5.4.2.2 Des seuils OMS non adaptés à la personne âgée	72

5.4.2.3 Une prévalence sous-estimée	73
5.4.2.4 Des occasions de repérage peu reconnues comme tel	74
5.4.2.5 Des outils de repérage insuffisamment utilisés	77
5.4.2.6 Des difficultés rencontrées différentes selon les caractéristiques des médecins	79
5.4.2.7 Un repérage avec des spécificités chez la personne âgée	82
5.4.2.8 Des commentaires globalement positifs	83
 <b>CHAPITRE VI – CONCLUSION</b>	 85
 <b>ANNEXES</b>	 87
Annexe A – Dépendance selon la DSM IV	88
Annexe B – Questionnaire CAGE-DETA	89
Annexe C – Questionnaire AUDIT	90
Annexe D – Questionnaire FACE	92
Annexe E – Questionnaire MAST	93
Annexe F – Questionnaire MAST-G	95
Annexe G – Questionnaire médecin	97
Annexe H – Modèle théorique du changement de Prochaska et DiClemente	100
 <b>BIBLIOGRAPHIE</b>	 101

# **CHAPITRE I – INTRODUCTION**

Actuellement en France, on estime que le mésusage d'alcool touche un homme sur quatre et une femme sur dix [1]. Chez la personne âgée de plus de 65 ans, aucune étude épidémiologique fiable n'existe. Plusieurs explications à cela existent : faible d'intérêt pour le repérage dans cette tranche de la population où les conséquences socio-professionnelles sont moins visibles, pas de seuil ni de questionnaire court validé chez la personne âgée, sujet tabou...

Aux Etats-Unis, la prévalence des problèmes liés à l'alcool après 65 ans est située entre 2 et 15% [2]. Dans une expertise collective de l'INSERM, la consommation quotidienne d'alcool est la plus fréquente dans la tranche 65-75 ans (arrêt de l'étude à 75 ans) ; elle concerne alors 65% des hommes et 33% des femmes, majoritairement du vin [3]. Le nombre brut de personnes âgées ayant un mésusage d'alcool est donc probablement élevé.

La population française comprend actuellement 16,8% de personnes âgées de plus de 65 ans. Les estimations prévoient qu'en 2050 un français sur trois aura plus de 60 ans contre un sur cinq en 2005 [4]. On peut donc s'attendre à une augmentation du nombre de personnes âgées ayant un mésusage d'alcool et donc des conséquences de celui-ci.

Chez la personne âgée, il ne s'agit pas de prendre en compte uniquement la dose d'alcool consommée. En effet d'autres aspects sont essentiels à prendre en compte : l'état de santé déclinant, l'existence de pathologies chroniques, le nombre de traitements et notamment les psychotropes, l'altération des capacités fonctionnelles,... [5]

De par ses compétences et sa disponibilité, le médecin généraliste est un acteur privilégié de la prise en charge globale du patient et donc du repérage du mésusage d'alcool, en particulier chez la personne âgée. Il a de plus de nombreuses occasions durant lesquelles il peut aborder le sujet. En effet, une personne âgée de plus de 60 ans consulte son médecin traitant en moyenne 6 fois par an ; ce chiffre grimpe jusqu'à 9 chez les plus de 75 ans [6].

Il nous a donc semblé intéressant d'évaluer les habitudes mais également les difficultés des médecins généralistes dans le repérage du mésusage d'alcool dans cette population spécifique.

# **CHAPITRE II – PREAMBULE**

## 2.1 - Notion de verre standard [7, 8]

Un verre standard ou UIA (Unité Internationale d'Alcool) correspond à la quantité d'alcool contenue dans un verre d'alcool tel qu'il est servi dans un bar soit 10g d'alcool pur. Cette quantité est celle retenue en France et par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), mais elle peut être différente dans d'autres pays (12,4g aux Etats-Unis, 8g au Royaume-Uni). A titre d'exemple, un verre de 10 cl de vin à 12° contient autant d'alcool qu'une bière de 25 cl à 5° ou qu'un verre de 2,5 cl de whisky à 45°.

Le volume des verres d'alcool pris à la maison est généralement plus important, la consommation d'alcool doit alors être calculée en fonction du volume et de la concentration ( $0,8 \times \text{degré d'alcool} \times \text{volume en ml} / 100 = \text{nombre de grammes d'alcool}$ ).

Il peut être utile d'avoir un certain nombre de repères en terme de quantité d'alcool par bouteille, notamment pour l'évaluation de la consommation déclarée d'alcool. Par exemple, une bouteille de 75 cl de vin ou de champagne à 12° contient 7 verres, une bouteille de 70 cl de whisky à 40° contient 22 verres, une bouteille de 70 cl de pastis à 45° contient 25 verres.

## 2.2 - Seuils [2, 8, 9]

Les seuils retenus par l'OMS et repris par la Société Française d'Alcoologie (SFA), pour un adulte en dehors de situations particulières, sont les suivants :

- pas plus de 3 verres par jour soit 21 verres par semaine pour les hommes
- pas plus de 2 verres par jour soit 14 verres par semaine pour les femmes
- pas plus de 4 verres lors d'une occasion
- au moins un jour par semaine sans consommer d'alcool
- zéro alcool pendant la grossesse

Ces seuils doivent être adaptés en fonction des éventuelles comorbidités, de l'utilisation d'autres substances psychoactives et de l'âge.

Il n'existe pas actuellement de seuils adaptés à la personne âgée. L'American Geriatric Society et d'autres auteurs ont proposé un seuil inférieur ou égal à 1 verre par jour (soit 7 verres par semaine) et pas plus de 3 verres lors d'une occasion. En France, un groupe de travail de la SFA essaye actuellement de définir des seuils adaptés aux séniors. A noter que ces seuils doivent être diminués chez la femme, lors de l'existence de comorbidités et de la prise de certains traitements, notamment psychotropes.

## **2.3 - Différents types de consommation [7, 9, 10]**

### **2.3.1 - Non-usage**

Il correspond à l'absence de consommation de boissons alcoolisées.

Il peut être :

- primaire : non-usage initial, ou choix durable voire définitif
- secondaire : après une période de mésusage, généralement appelé abstinence

### **2.3.2 - Usage simple**

Il correspond à toute conduite d'alcoolisation où la consommation est inférieure ou égale aux seuils définis par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque.

### **2.3.3 - Mésusage**

#### **2.3.3.1 - Usage à risque**

Il correspond à toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme.

Cet usage à risque inclut également les consommations égales ou inférieures aux seuils mais associées à une situation à risque (grossesse, comorbidités, traitements psychotropes,...)



### 2.3.3.2 - Usage nocif

Il correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

- l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool (quels que soient la fréquence et le niveau de consommation)
- l'absence de dépendance à l'alcool.

### 2.3.3.3 - Dépendance

Elle correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer. Elle ne se définit donc pas par rapport à un seuil ou une fréquence ni par l'existence de dommages.

Il existe deux types de dépendance qui ne sont pas toujours associés :

- alcoolo-dépendance psychique : constante, définie par un comportement d'auto-administration répétée d'alcool malgré la connaissance de ses effets indésirables
- alcoolo-dépendance physique : concernant seulement la moitié des malades dépendants, définie par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation et par un phénomène de tolérance (augmentation de la dose prise pour obtenir les mêmes effets).

La dépendance répond à certains critères selon la DSM IV. (Annexe A, [11])

La dépendance ne concerne qu'une minorité des personnes en danger avec l'alcool. [9]  
Ainsi selon la pyramide de Skinner [12], les différents types de mésusage se répartissent de la façon suivante :

- usage à risque : 45%
- usage nocif : 35%
- alcoolo-dépendance : 20%.

#### 2.3.4 - Deux formes de mésusage chez la personne âgée [2, 13]

Dans la littérature, on retrouve une distinction entre alcoolisation à début précoce et alcoolisation à début tardif chez la personne âgée. Cette distinction ancienne est l'un des seuls repères concernant le mésusage d'alcool chez la personne âgée. Cependant, l'âge de distinction entre ces deux formes n'est pas clairement établi, le plus souvent autour de 60 à 65 ans. De plus, cette notion semble présenter un intérêt limité en pratique semble car :

- les déterminants à l'alcoolisation restent les mêmes : automédication inadéquate suite à des évènements de vie, troubles psychiatriques,...
- la prise en charge est basée dans les deux cas sur l'entretien motivationnel.

##### 2.3.4.1 - Alcoolisation à début précoce

Cette forme concerne la moitié à deux tiers des personnes âgées ayant un mésusage d'alcool. Elle correspond à des malades de l'alcool qui ne meurent pas précocement de complications de l'alcool. Ce mésusage présente une variabilité d'expression dans le temps avec parfois de longues périodes d'abstinence.

##### 2.3.4.2 - Alcoolisation à début tardif

Cette forme a longtemps été considérée comme exceptionnelle, elle concerne pourtant un tiers à la moitié des personnes âgées ayant un mésusage d'alcool. Pour ce type d'alcoolisation la prédominance masculine est moins marquée. Le recours aux soins est moins fréquent que dans les formes à début précoce. La symptomatologie apparaît pour de faible niveau de consommation et peut se présenter de manière aspécifique. Le déni est plus fréquent. L'alcoolodépendance est moins fréquente, la dépendance physique étant souvent minimale ou absente. Ces formes sont donc moins reconnues comme des problèmes liés à l'alcool.

## 2.4 - Outils de repérage [14]

Les outils suivants sont des aides au repérage du mésusage d'alcool. L'entretien et l'examen clinique restent bien entendu les éléments essentiels à ce repérage.

### 2.4.1 - Biologie [15]

Les marqueurs suivants ne permettent pas de diagnostiquer un mésusage en l'absence d'éléments cliniques, une valeur anormale ne permettant qu'évoquer un mésusage (après avoir éliminé d'autres causes de perturbations). A contrario, l'absence d'anomalies ne permet pas d'éliminer un mésusage. Leur dosage peut cependant être utile après l'arrêt des consommations pour contrôler leur normalisation.

#### 2.4.1.1 - Alcoolémie [7]

Ce dosage biologique reste le plus simple mais est souvent oublié ou difficile à prescrire notamment en médecine de ville. Son coût est de 8,10 euros (cotation B30).

Pour une même quantité d'alcool, le pic d'alcoolémie varie en fonction de la masse grasse et donc de l'âge, du sexe et du poids. Un verre standard provoque un pic d'alcoolémie de 0,20 à 0,25g/L. Ce pic est atteint plus ou moins rapidement selon le type de boisson consommée, l'association à des aliments gras ou sucrés,... En moyenne il est atteint en 30 minutes. L'alcoolémie décroît d'environ 0,15g/L/h avec une variation entre personnes dans un ordre de 1 à 3. Cela explique qu'une personne n'ayant pas bu depuis plusieurs heures puissent malgré tout avoir une alcoolémie élevée. L'alcoolémie permet donc d'affirmer une consommation mais pas d'estimer la quantité consommée avec certitude.

#### 2.4.1.2 - Gamma-glutamyl-transférase (GGT) [7, 14, 16]

L'activité sérique de cet enzyme hépatique peut être dosée de façon peu coûteuse (2,16 euros, cotation B8). L'augmentation est considérée comme significative à partir de 1,5 fois la « normale » du laboratoire ; elle est cependant inconstante et non corrélée à la

quantité d'alcool consommée. La demi-vie est de l'ordre de 15 jours sur foie sain. Sa sensibilité varie de 34 à 85% et sa spécificité de 11 à 85%. Lors de l'arrêt de la consommation, sa diminution est constante mais variable selon les comorbidités associées. Sa normalisation prend environ 2 mois.

Les autres facteurs étiologiques à éliminer devant une augmentation des GGT sont : pathologies hépatiques et biliaires, pathologies pancréatiques, médicaments (antiépileptiques, contraception orale, antivitamine-K, antidépresseurs, hypolipémiants,...), diabète, obésité, hyperthyroïdie, tumeurs sans métastases hépatiques, pathologies rénales, pathologies coronariennes, pathologies neurologiques, ménopause, solvant organique, origine familiale,...

#### 2.4.1.3 - Volume Globulaire Moyen (VGM) [7, 14, 16]

La découverte d'une macrocytose érythrocytaire peut être un argument dans le repérage du mésusage d'alcool. Cependant, sa sensibilité varie entre 40 et 90 % et sa spécificité entre 26 à 90%. Les étiologies de la macrocytose sont multiples : consommation chronique d'alcool (plusieurs mois), tabagisme, grossesse, réticulocytose (hémolyse ou saignement), déficit en vitamines B9 ou B12, médicaments antipuriques et antipyrimidiques. Sa demi-vie est de 3 mois, sa normalisation après l'arrêt est donc lente, environ 12 semaines. Son coût est de 8,64 euros (cotation B32).

#### 2.4.1.4 - Carbohydre Deficient Transferrin (CDT) [1, 2, 7, 14, 16]

Ce nouveau marqueur développé depuis les années 1990 est le plus coûteux (14,85 euros (cotation B55), soit plus de 6,5 fois le coût du dosage de la GGT). Il est un peu plus sensible (supérieur à 80%) et surtout plus spécifique (supérieur à 90%). Il se positive à partir d'une consommation supérieure à 60g/j pendant au moins une semaine. Ces résultats sont valables en population générale, aucune étude n'ayant été effectuée chez la personne âgée. La sensibilité diminuerait avec l'âge (diminution des quantités consommées) mais pas sa spécificité. Sa demi-vie est de 15 jours. Sa normalisation après arrêt des consommations se fait en 4 semaines environ.

Ce marqueur très utilisé par la justice ne l'est pas en routine de ville actuellement, sa place restant à préciser, notamment chez la personne âgée.

D'autres anomalies biologiques peuvent alerter sur une éventuelle consommation excessive d'alcool : hypertriglycémie, hyperuricémie, thrombopénie, allongement du temps de saignement,...

Tous ces examens biologiques doivent être interprétés avec prudence chez la personne âgée en raison des nombreux traitements et comorbidités associés.

#### 2.4.2 - Consommation déclarée d'alcool (CDA) [7, 14]

La CDA est évaluée en nombre de verres standards. (cf 2.1). Dans le cas d'une consommation régulière, elle sera évaluée en fonction du nombre de verres consommés la semaine précédente. Pour une consommation occasionnelle ou irrégulière, il faut évaluer le nombre de verres consommés par occasion et le nombre d'occasions par semaine ou par mois selon les cas.

Le patient éprouvant parfois des difficultés à estimer la quantité d'alcool par verre et le nombre de verres consommés, il est parfois utile de questionner sur le nombre de bouteilles par jour ou semaine et le type d'alcool consommé. Ceci est notamment intéressant dans le cas où le patient est au stade de déni.

La CDA est souvent sous-estimée, de façon consciente ou non. Ceci a peu de conséquences en pratique car les études de morbidité et les seuils définis par l'OMS utilisent la CDA comme référence. Il n'est donc pas opportun de procéder à des réajustements.

### 2.4.3 - Questionnaires standardisés [2, 7, 14]

Ces questionnaires sont des outils de repérage et non de diagnostic. Un résultat positif oriente vers un mésusage. A contrario, un résultat négatif ne l'élimine pas.

#### 2.4.3.1 - Questionnaires non spécifiques de la personne âgée [3]

L'ensemble de ces questionnaires ont été validés en population générale et dans certaines populations spécifiques (jeunes, femmes enceintes, malades mentaux) mais pas pour la population âgée de plus de 60 ans.

##### 2.4.3.1.1 - CAGE (version française, DETA) (Annexe B) [17, 18, 19]

Cet hétéro-questionnaire a été développé en 1970 par un psychiatre américain afin de différencier à l'hôpital les patients alcoolodépendants des buveurs modérés. Il est peu efficace pour le repérage des consommateurs excessifs non dépendants. Il explore la consommation d'alcool sur la vie entière, ce qui semble peu adapté aux personnes âgées. De même le libellé des questions n'est pas adapté à la personne âgée (peu de symptômes de sevrage, consommation plus faible, entourage moins présent). Sa brièveté a permis qu'il soit utilisé en médecine générale. Cependant, bien qu'il soit efficace à l'hôpital et en prison, ses résultats se sont avérés décevants en médecine générale. Sa sensibilité varie de 60 à 95% et sa spécificité de 50 à 95%. Il a été validé en français.

##### 2.4.3.1.2 - AUDIT et dérivés (Annexe C) [3, 7, 20]

Ce questionnaire développé par l'OMS en 1993 semble être l'outil le plus performant actuellement pour le repérage des patients ayant un mésusage en population générale. Il porte sur les 12 mois précédents et explore la quantité consommée, la dépendance et les problèmes rencontrés en raison des consommations. Il peut être utilisé comme auto ou hétéro-questionnaire et a été validé dans sa version française. Bien qu'il soit reconnu comme un bon outil de repérage notamment pour l'usage à risque, un certain nombre de

critiques existent chez la personne âgée :

- trois questions sur dix portent sur la quantité consommée, hors chez la personne âgée les seuils ne sont pas les mêmes,
- l'association à d'autres pathologies et à certains traitements n'est pas prise en compte.

Une version courte, nommée AUDIT-C, reprenant les trois premières questions permet un repérage du mésusage avec de meilleures sensibilité et spécificité que le CAGE en médecine générale (sensibilité de 98% et spécificité de 60% pour l'AUDIT-C contre une spécificité de 56% pour le CAGE).

#### 2.4.3.1.3 - FACE (Annexe D) [17]

Ce questionnaire a été développé en 2002 par l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) dans le cadre du programme « Boire moins c'est mieux » pour répondre à la demande des médecins généralistes. Ils souhaitaient en effet un hétéro questionnaire court qu'ils puissent intégrer dans leur consultation. Il contient 5 questions et a été validé en France. Il est notamment utilisé dans de nombreuses formations comme préalable à l'intervention brève. Selon une étude réalisée en Ile-de-France, en Belgique et à Genève [21], le questionnaire a été désigné par les médecins généralistes comme le plus approprié à leur pratique en comparaison à l'AUDIT réalisé seul ou étant intégré dans le questionnaire de santé Daeppen. Sa sensibilité varie de 75 à 87,8% et sa spécificité de 74 à 95,8% selon le diagnostic effectué (abstinence ou usage simple, usage à risque ou nocif, dépendance). Son efficacité n'a en revanche pas été évaluée chez la personne âgée.

#### 2.4.3.1.4 - MAST et dérivés (Annexe E) [20]

Ce questionnaire créé en 1971 comprend 25 questions portant sur la vie entière et met principalement l'accent sur les effets tardifs d'une consommation chronique excessive d'alcool. Il peut être utilisé en auto ou hétéro-questionnaire. Cet outil bien que sensible et spécifique pour détecter les alcoolo-dépendants, il est peu performant pour repérer les consommateurs à risque et reste peu maniable notamment en médecine générale. Il

existe une forme abrégée (shortMAST) également validée et comprenant 13 questions.

Une autre forme a été développée spécifiquement pour la personne âgée (cf 2.4.3.2.1)

#### 2.4.3.2 - Questionnaires spécifiques à la personne âgée

##### 2.4.3.2.1 - MAST-G (Annexe F) [22, 23]

Ce questionnaire de 24 questions a été développé à partir du questionnaire MAST, de même qu'une version courte de 10 questions. Il interroge sur la vie entière. Son intérêt reste limité car les comorbidités fréquentes chez la personne âgée ne sont pas prises en compte. De plus, sa durée de réalisation reste un frein en médecine générale.

##### 2.4.3.2.2 - ARPS (version française, EDDA) [5]

Cet auto-questionnaire développé pour pallier les défauts de l'AUDIT contient 22 questions (avec de nombreux sous-items) portant principalement sur la consommation d'alcool, le statut médico-psychiatrique et les traitements en cours. C'est un outil fiable pour repérer les consommations à risque et à problèmes chez les personnes âgées (sensibilité et spécificité de 82%). Une forme informatisée a été développée, le CARPS, qui permet d'obtenir un compte-rendu détaillé ainsi que des explications sur le type de consommation dans lequel se trouve le patient et des informations plus générales sur les consommations chez les personnes âgées. Le principal frein à l'utilisation de ce questionnaire en médecine de ville reste sa longueur ainsi que le temps nécessaire à l'évaluation détaillée des résultats.

L'intérêt principal de l'ensemble de ces outils, plus que le résultat brut, est d'ouvrir le dialogue sur la consommation d'alcool. La restitution de la perception du médecin du niveau d'usage et de risque est une étape primordiale dans la prise en charge et la première de toute intervention brève.



## **2.5 - Consommation d'alcool chez la personne âgée [24]**

La consommation d'alcool chez la personne âgée est différente de celle des populations plus jeunes. En effet, si les jeunes consomment plutôt de façon massive en fin de semaine et surtout de la bière et des alcools forts, les personnes âgées de plus de 65 ans consomment plus souvent de façon quotidienne et essentiellement du vin. Selon le Baromètre santé 2005, 42% des 65-75ans consomment de façon quotidienne avec une fréquence plus élevée chez les hommes (56,2%) que chez les femmes (22,9%). Cette étude exclue les plus de 75 ans bien qu'ils représentent 7,9% de la population totale et 49% des plus de 65 ans. Parmi la tranche d'âge 65-75ans, le vin est consommé par 62% des hommes et 32% des femmes [25].

## **2.6 - Pharmacodynamie chez la personne âgée [2, 6, 23]**

Chez la personne âgée, il existe une diminution de la masse maigre, au profit de la masse grasse, ce qui réduit le volume de diffusion d'alcool. Pour une même quantité d'alcool ingérée, l'alcoolémie est donc plus élevée chez la personne âgée mais aussi avec un pic plus rapide. De plus, comme il existe une accumulation de l'alcool dans le tissu graisseux avec un relargage secondaire et une diminution de l'efficacité des systèmes de catabolisme hépatique de l'alcool, la décroissance de l'alcoolémie est plus lente.

Il existe également une plus grande sensibilité de l'organisme à l'alcool (notamment au niveau du système nerveux central) avec un risque majeur de décompensation d'un état d'équilibre parfois précaire. En effet, l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation du nombre de comorbidités (6,7 pour les femmes et 5,5 pour les hommes de plus de 64 ans, hors problèmes dentaires et troubles de la vision [26]) mais également du nombre de traitements en cours avec lesquels l'alcool peut interagir. En effet, selon une étude réalisée par la Société Française de Médecine Générale [27], le nombre moyen de médicaments est entre 70 et 79 ans de 4,6 pour l'homme et de 4,8 pour la femme et atteint 5,2 pour les 90 ans et plus pour les deux sexes. Les médicaments les plus souvent présents sur les ordonnances sont les antihypertenseurs, antalgiques, et psychotropes. Ces chiffres nous montrent bien tout l'intérêt d'évaluer la

consommation d'alcool chez cette population particulièrement fragile.

## 2.7 - Sémiologie chez la personne âgée [2]

Un certain nombre de signes, bien que non spécifiques, doivent alerter le praticien sur une éventuelle consommation d'alcool. La répétition et l'addition des signes doivent renforcer la recherche. Beaucoup de ces signes peuvent être rattachés au simple vieillissement ou à d'autres comorbidités ; malgré tout la recherche de la consommation d'alcool reste primordiale.

Exemple de quelques symptômes devant faire évoquer une consommation d'alcool :

- traumatismes, fractures, brûlures, chutes à répétition,
- malaise d'origine indéterminée,
- troubles du sommeil, asthénie,
- syndrome anxiodépressif, troubles de l'humeur,
- troubles du comportement, confusion,
- troubles de mémoire,
- malnutrition, incurie,
- intolérance ou inefficacité thérapeutique (notamment antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétique,...),
- isolement,
- problèmes financiers, familiaux
- recours fréquent au système de soins.

**CHAPITRE III –  
MATERIEL ET  
METHODES**

### **3.1 - Création du questionnaire (Annexe G)**

A partir d'une recherche la plus exhaustive possible sur les outils de repérage et la symptomatologie chez la personne âgée, le questionnaire a été créé.

Une première partie permettait de récupérer les données nominatives pour pouvoir adresser les résultats si les médecins le souhaitaient.

Une seconde partie était destinée à caractériser le médecin afin de pouvoir effectuer des comparaisons par la suite sur les habitudes de repérage en fonction du département, du sexe, de l'âge, du nombre d'années d'installation, du suivi ou non d'une formation dédiée à l'alcool et de la proportion de personnes âgées dans la patientèle.

La troisième partie permettait de recueillir des données sur les connaissances des médecins généralistes sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées, leurs habitudes de repérage du mésusage dans cette population et leurs difficultés dans cette démarche.

### **3.2 - Développement de l'outil informatique de recueil des données**

A partir du logiciel LimeSurvey, Julie Vigor, Mathieu Renaux et Frédéric Bentouati, 3 étudiants en BTS informatique au Lycée Gustave Flaubert à Rouen, aidés de leur professeur d'informatique Mme Liegeard ont développé la version informatique du questionnaire afin que celui-ci puisse être directement rempli sur internet. Les données nominatives et les réponses au questionnaire étaient enregistrées de façon indépendante afin d'assurer l'anonymat des médecins ayant répondu. Le questionnaire a été hébergé chez OVH. Le lien URL de ce questionnaire était [http://www.theseliegeard.fr/identite\\_medecin/medecin.php](http://www.theseliegeard.fr/identite_medecin/medecin.php).

### **3.3 - Transmission du questionnaire**

Le lien du questionnaire a été transmis aux contacts du syndicat MGFrance et du centre de formation MGForm par l'intermédiaire du Dr Laure Lefebvre, directrice de thèse et membre actif de ce syndicat ainsi qu'aux contacts de centre de formation médicale continue Unaformec de Seine-Maritime par l'intermédiaire du Dr Bruno Favey.

Le lien a également été transmis aux médecins généralistes de mon entourage.

Les médecins généralistes français ayant indiqué leur adresse mail sur les Pages Jaunes ont également été contactés par ce biais.

Dans certains départements, l'absence ou le peu de réponses a motivé l'appel téléphonique. Les médecins généralistes ont été choisis au hasard dans les Pages Jaunes. L'objectif de la thèse leur était expliqué par téléphone et le lien du questionnaire leur était envoyé par mail s'ils acceptaient.

Si les médecins contactés n'avaient pas rempli le questionnaire à 3 semaines, une relance leur était adressée par mail.

Il était de plus demandé aux médecins généralistes de transmettre le lien à leurs confrères afin de toucher un nombre plus important de médecins.

Les médecins généralistes recevant le lien pouvaient remplir le questionnaire de façon anonyme directement sur internet. Pour ceux ne souhaitant pas utiliser internet, un questionnaire papier leur était adressé.

### **3.4 - Outils statistiques**

Le logiciel LimeSurvey permettait d'obtenir les fréquences pour l'ensemble des questionnaires mais également par catégorie.

Une partie des tests statistiques (Chi-2 et test exact de Fisher) a été réalisée sur le logiciel NCSS avec l'aide de Mr Jean-François Ménard, maître de conférences en biophysique à la faculté de médecine de Rouen.

Enfin, les tests exacts de Fisher réalisés après regroupement de catégories ont été réalisés sur BiostaTGV, site de bio-statistique en ligne (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Le choix des regroupements a été fait de façon à obtenir deux sous-groupes d'effectif comparable.

Les graphiques et tableaux ont été effectués sur les outils informatiques Microsoft Word et Excel.

# **CHAPITRE IV – RESULTATS**

Durant la période du 1er mai au 30 juin 2011, 202 médecins généralistes ont complété le questionnaire à travers la France ; 201 questionnaires ont été remplis directement sur internet et 1 sur papier.

#### 4.1 - Analyse statistique descriptive

##### 4.1.1 - Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes

##### 4.1.1.1 - La répartition selon les régions et départements

Région	Nombre de questionnaires	Département	Nombre de questionnaires
Alsace	5 (2,48%)	67 - Bas-Rhin	1 (0,50%)
		68 - Haut-Rhin	4 (1,98%)
Aquitaine	8 (3,96%)	24 - Dordogne	1 (0,50%)
		33 - Gironde	6 (2,97%)
		40 - Landes	1 (0,50%)
		47 - Lot-et-Garonne	0 (0,00%)
		64 - Pyrénées-Atlantiques	0 (0,00%)
Auvergne	5 (2,48%)	03 - Allier	2 (0,99%)
		15 - Cantal	0 (0,00%)
		43 - Haute-Loire	0 (0,00%)
		63 - Puy-de-Dôme	3 (1,49%)
Basse-Normandie	3 (1,49%)	14 - Calvados	2 (0,99%)
		50 - Manche	0 (0,00%)
		61 - Orne	1 (0,50%)
Bourgogne	6 (2,97%)	21 - Côte-d'Or	1 (0,50%)
		58 - Nièvre	4 (1,98%)
		71 - Saône-et-Loire	0 (0,00%)
		89 - Yonne	1 (0,50%)
Bretagne	28 (13,86%)	22 - Côtes-d'Armor	10 (4,95%)
		29 - Finistère	3 (1,49%)
		35 - Ille-et-Vilaine	14 (6,93%)
		56 - Morbihan	1 (0,50%)
Centre	9 (4,46%)	18 - Cher	5 (2,48%)
		28 - Eure-et-Loir	1 (0,50%)
		36 - Indre	0 (0,00%)
		37 - Indre-et-Loire	3 (1,49%)



		41 - Loir-et-Cher	0 (0,00%)
		45 - Loiret	0 (0,00%)
Champagne-Ardenne	1 (0,50%)	08 - Ardennes	0 (0,00%)
		10 - Aube	0 (0,00%)
		51 - Marne	1 (0,50%)
		52 - Haute-Marne	0 (0,00%)
Corse	1 (0,50%)	2A - Corse-du-Sud	0 (0,00%)
		2B - Haute-Corse	1 (0,50%)
Franche-Comté	8 (3,96%)	25 - Doubs	8 (3,96%)
		39 - Jura	0 (0,00%)
		70 - Haute-Saône	0 (0,00%)
		90 - Territoire - de - Belfort	0 (0,00%)
Guadeloupe	0 (0,00%)	971 - Guadeloupe	0 (0,00%)
Guyane	0 (0,00%)	973 - Guyane	0 (0,00%)
Haute-Normandie	48 (23,76%)	27 - Eure	20 (9,90%)
		76 - Seine-Maritime	28 (13,86%)
Ile-de-France	10 (4,95%)	75 - Paris	4 (1,98%)
		77 - Seine-et-Marne	0 (0,00%)
		78 - Yvelines	2 (0,99%)
		91 - Essonne	0 (0,00%)
		92 - Hauts-de-Seine	2 (0,99%)
		93 - Seine-Saint-Denis	1 (0,50%)
		94 - Val-de-Marne	0 (0,00%)
		95 - Val-d'Oise	1 (0,50%)
Réunion	0 (0,00%)	974 - Réunion	0 (0,00%)
Languedoc - Roussillon	4 (1,98%)	11 - Aude	1 (0,50%)
		30 - Gard	1 (0,50%)
		34 - Hérault	2 (0,99%)
		48 - Lozère	0 (0,00%)
		66 - Pyrénées - Orientales	0 (0,00%)
Limousin	2 (0,99%)	19 - Corrèze	0 (0,00%)
		23 - Creuse	0 (0,00%)
		87 - Haute-Vienne	2 (0,99%)
Lorraine	4 (1,98%)	54 - Meurthe - et - Moselle	3 (1,49%)
		55 - Meuse	0 (0,00%)
		57 - Moselle	0 (0,00%)
		88 - Vosges	1 (0,50%)
Martinique	1 (0,50%)	972 - Martinique	1 (0,50%)
Midi-Pyrénées	4 (1,98%)	09 - Ariège	0 (0,00%)

		12 - Aveyron 31 - Haute - Garonne 32 - Gers 46 - Lot 65 - Hautes - Pyrénées 81 - Tarn 82 - Tarn - et - Garonne	0 (0,00%) 2 (0,99%) 2 (0,99%) 0 (0,00%) 0 (0,00%) 0 (0,00%) 0 (0,00%)
Nord-Pas-de-Calais	3 (1,49%)	59 - Nord 62 - Pas - de - Calais	3 (1,49%) 0 (0,00%)
Pays-de-la-Loire	23 (11,39%)	44 - Loire - Atlantique 49 - Maine - et - Loire 53 - Mayenne 72 - Sarthe 85 - Vendée	11 (5,45%) 7 (3,47%) 0 (0,00%) 3 (1,49%) 2 (0,99%)
Picardie	1 (0,50%)	02 - Aisne 60 - Oise 80 - Somme	1 (0,50%) 0 (0,00%) 0 (0,00%)
Poitou-Charentes	6 (2,97%)	16 - Charente 17 - Charente-Maritime 79 - Deux-Sèvres 86 - Vienne	1 (0,50%) 2 (0,99%) 3 (1,49%) 0 (0,00%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9 (4,46%)	04 - Alpes-de-Haute-Provence 05 - Hautes-Alpes 06 - Alpes-Maritimes 13 - Bouches-du-Rhône 83 - Var 84 - Vaucluse	0 (0,00%) 0 (0,00%) 1 (0,50%) 7 (3,47%) 0 (0,00%) 1 (0,50%)
Rhône-Alpes	13 (6,44%)	01 - Ain 07 - Ardèche 26 - Drôme 38 - Isère 42 - Loire 69 - Rhône 73 - Savoie 74 - Haute-Savoie	3 (1,49%) 0 (0,00%) 1 (0,50%) 2 (0,99%) 0 (0,00%) 4 (1,98%) 0 (0,00%) 3 (1,49%)

#### 4.1.1.2 - Fiche signalétique des médecins généralistes

**Nombre total = 202**

##### Sexe

Homme	123 (60,89%)
Femme	78 (38,61%)
Non répondu	1 (0,50%)

##### Tranche d'âge

25-34 ans	39 (19,31%)
35-44 ans	42 (20,79%)
45-54 ans	62 (30,69%)
55-64 ans	54 (26,73%)
≥ 65 ans	5 (2,48%)

##### Nombre d'années d'installation

0-9 ans	77 (38,12%)
10-19 ans	27 (13,37%)
20-29 ans	66 (32,67%)
≥ 30 ans	32 (15,84%)

##### Suivi d'une formation portant sur l'alcool

Oui	80 (39,60%)
Non	122 (60,40%)

Sur les 80 médecins ayant suivi une formation, pour seulement 6 d'entre eux (soit 7,5%) le thème des personnes âgées a été spécifiquement abordé.

Pour 49 médecins (soit 61,25%) il s'agissait d'une formation dans le cadre de la formation médicale continue et pour 8 (soit 10,00%) d'une formation médicale initiale. Cinq médecins (soit 6,25%) ont suivi un Diplôme Universitaire ou une Capacité en Alcoologie ou Addictologie. Treize médecins (soit 16,25%) ont suivi une formation RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève).

#### Proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la patientèle

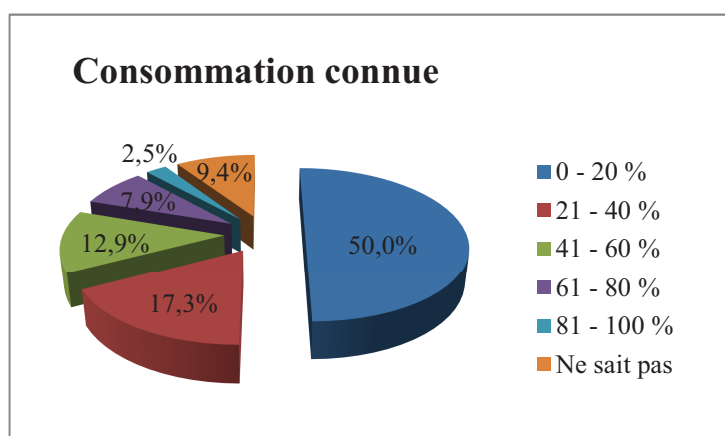
0-20%	75 (37,13%)
21-40%	80 (39,60%)
41-60%	33 (16,34%)
61-80%	11 (5,45%)
81-100%	3 (1,49%)

#### 4.1.2 - Modalités de repérage

##### 4.1.2.1 - Consommation d'alcool connue

Proportion de personnes âgées de la patientèle pour qui la consommation d'alcool est connue :

0-20%	101 (50,00%)
21-40%	35 (17,33%)
41-60%	26(12,87%)
61-80%	16 (7,92%)
81-100%	5 (2,48%)
Ne sait pas	19 (9,41%)



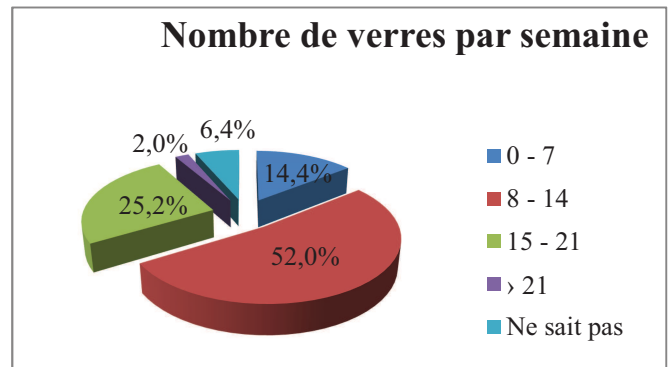
#### 4.1.2.2 - Seuils

La consommation d'alcool est considérée comme à risque chez la personne âgée à partir de quel seuil ?

##### 4.1.2.2.1 - Seuil par semaine

###### Nombre de verres par semaine

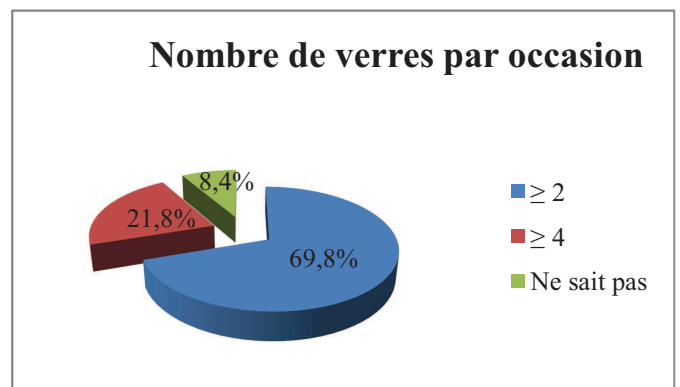
0-7	29 (14,36%)
8-14	105 (51,98%)
15-21	51 (25,25%)
≥ 21	4 (1,98%)
Ne sait pas	13 (6,44%)



##### 4.1.2.2.2 - Seuil par occasion

###### Nombre de verres par occasion

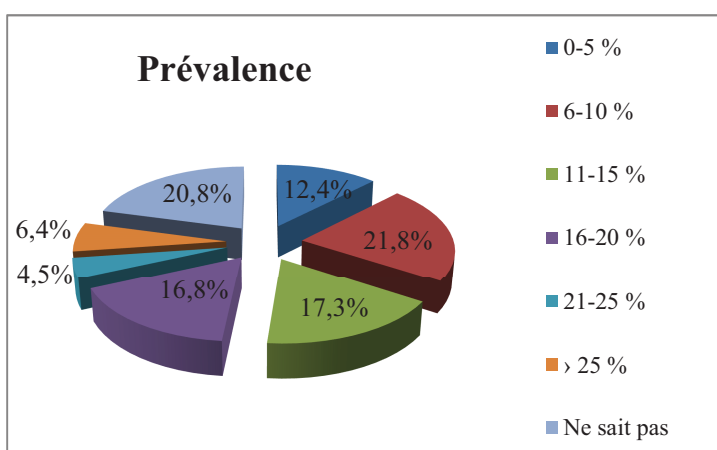
≥ 2	141 (69,80%)
≥ 4	44 (21,78%)
Ne sait pas	17 (8,42%)



#### 4.1.2.3 - Prévalence estimée

Estimation de la prévalence du mésusage d'alcool chez les personnes âgées de leur patientèle :

0-5%	25 (12,38%)
6-10%	44 (21,78%)
11-15%	35 (17,33%)
16-20%	34 (16,83%)
21-25%	9 (4,46%)
≥ 25%	3 (6,44%)
Ne sait pas	42 (20,79%)

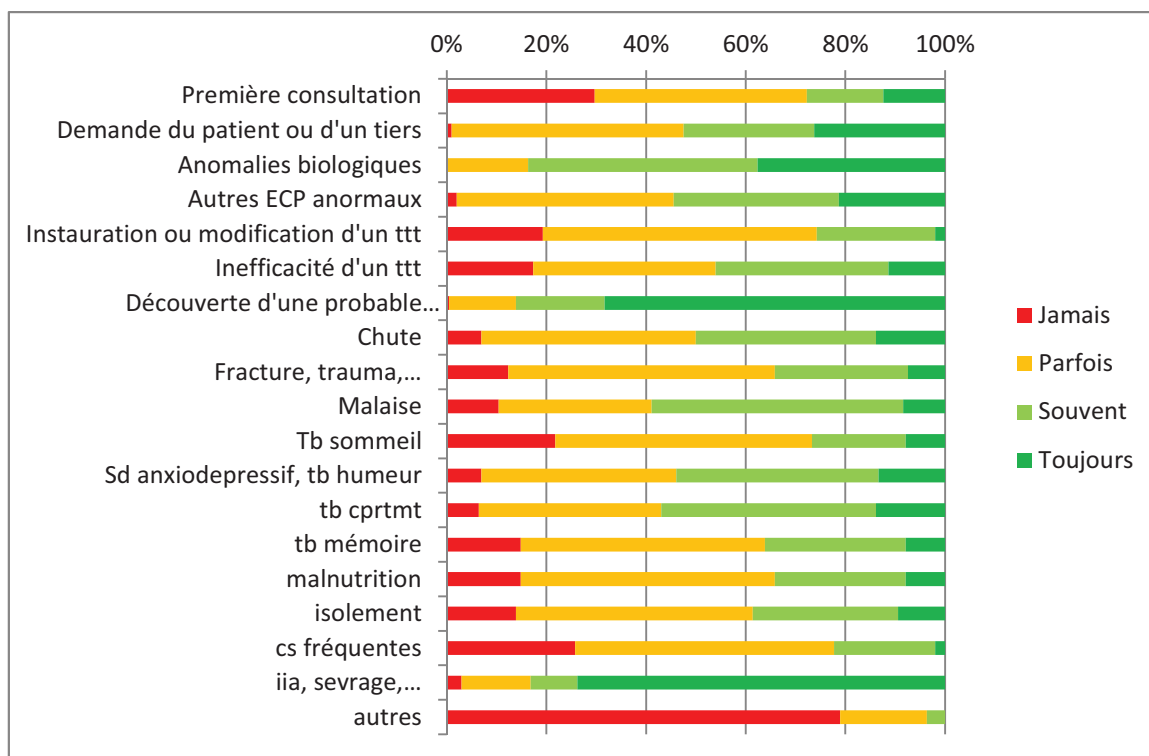


#### 4.1.2.4 - Occasions de repérage

Lors des occasions suivantes, le thème de l'alcool est-il abordé ? :

<b>Occasion</b>	<b>Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Toujours</b>
Première occasion	60 (29,70%)	<b>86</b> <b>(42,57%)</b>	31 (15,35%)	25 (12,38%)
Demande du patient, de sa famille ou d'un tiers	2 (0,99%)	<b>94</b> <b>(46,53%)</b>	53 (26,24%)	53 (26,24%)
Anomalies biologiques	0 (0,00%)	33 (16,34%)	<b>93</b> <b>(46,04%)</b>	76 (37,62%)
Autres examens complémentaires anormaux	4 (1,98%)	<b>88</b> <b>(43,56%)</b>	67 (33,17%)	43 (21,29%)
Instauration ou modification d'un traitement	39 (19,31%)	<b>111</b> <b>(54,95%)</b>	48 (23,76%)	4 (1,98%)
Inefficacité d'un traitement	35 (17,33%)	<b>74</b> <b>(36,63%)</b>	70 (34,65%)	23 (11,39%)
Découverte d'une probable alcoolopathie	1 (0,50%)	27 (13,37%)	36 (17,82%)	<b>138</b> <b>(68,32%)</b>
Chute	14 (6,93%)	<b>87</b> <b>(43,07%)</b>	73 (36,14%)	28 (13,86%)
Fracture, traumatisme, brûlure	25 (12,38%)	<b>108</b> <b>(53,47%)</b>	54 (26,73%)	15 (7,43%)
Malaise	17 (8,42%)	<b>102</b> <b>(50,50%)</b>	62 (30,69%)	21 (10,40%)
Troubles du sommeil	44 (21,78%)	<b>104</b> <b>(51,49%)</b>	38 (18,81%)	16 (7,92%)
Syndrome anxiodépressif, troubles de l'humeur	14 (6,93%)	79 (39,11%)	<b>82</b> <b>(40,59%)</b>	27 (13,37%)
Troubles du comportement	13 (6,44%)	74 (36,63%)	<b>87</b> <b>(43,07%)</b>	28 (13,86%)
Troubles de la mémoire	30 (14,85%)	<b>99</b> <b>(49,01%)</b>	57 (28,22%)	16 (7,92%)
Malnutrition	30 (14,85%)	<b>103</b> <b>(50,99%)</b>	53 (26,24%)	16 (7,92%)
Isolement	28 (13,86%)	<b>96</b> <b>(47,52%)</b>	59 (29,21%)	19 (9,41%)
Recours fréquent au système de soins	52 (25,74%)	<b>105</b> <b>(51,98%)</b>	41 (20,30%)	4 (1,98%)
Intoxication alcoolique aigüe, sevrage, délirium tremens	6 (2,97%)	28 (13,86%)	19 (9,41%)	<b>149</b> <b>(73,76%)</b>
Autres (1 non répondu)	<b>150</b> <b>(74,26%)</b>	33 (16,34%)	7 (3,47%)	11 (5,45%)

Trente-et-un médecins généralistes (soit 15,35%) ont rapporté au moins une des autres occasions suivantes : stigmates physiques d'imprégnation (10 médecins soit 4,95%), troubles somatiques inexplicables (5 médecins soit 2,48%), problèmes conjugaux (3 médecins soit 1,49%), accident domestique ou de la voie publique (3 médecins soit 1,49%), prise en charge d'une autre addiction (2 médecins soit 0,99%), découverte de bouteilles d'alcool à domicile ou dans les caddies (2 médecins soit 0,99%), renouvellement de traitement ou inobservance (2 médecins soit 0,99%), réalisation de certificats (1 médecin soit 0,50%), questionnaire systématique (1 médecin soit 0,50%), deuil (1 médecin soit 0,50%), sortie d'hospitalisation (1 médecin soit 0,50%).



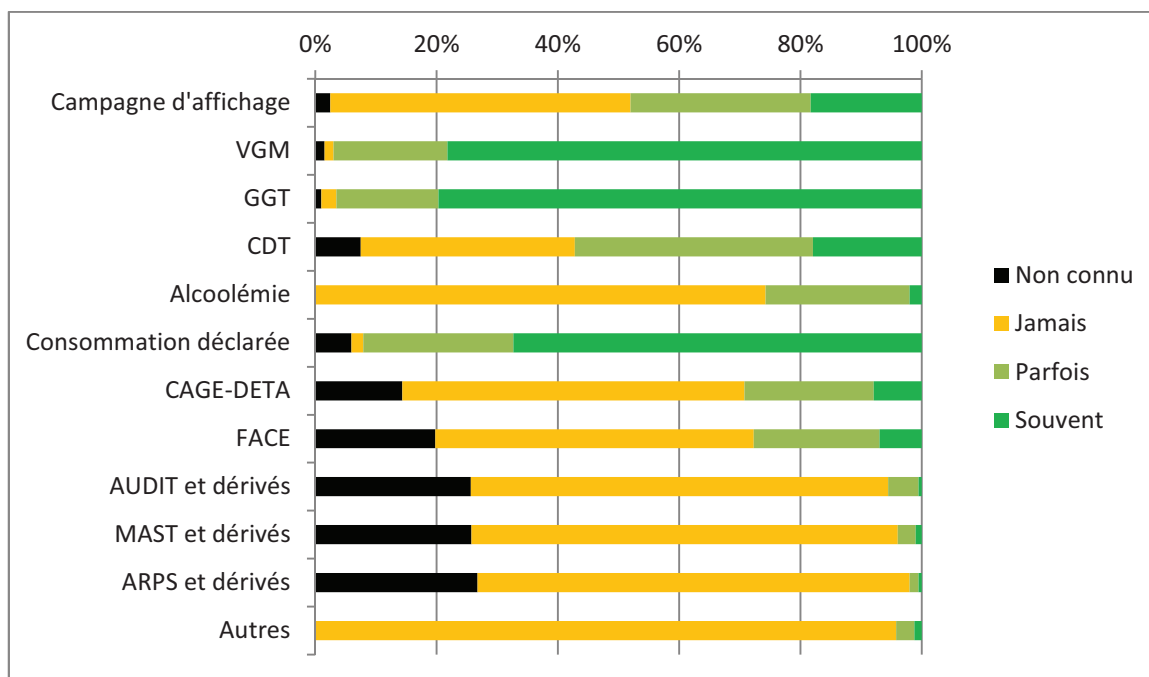


#### 4.1.2.5 - Outils de repérage

Fréquence d'utilisation des outils de repérage :

Outil	Jamais	Parfois	Souvent	Non connu
Campagne d'affichage	<b>100</b> (49,50%)	60 (29,70%)	37 (18,32%)	5 (2,48%)
Biologie : VGM	3 (1,49%)	38 (18,81%)	<b>158</b> (78,22%)	3 (1,49%)
Biologie : GGT	5 (2,48%)	34 (16,83%)	<b>161</b> (79,70%)	2 (0,99%)
Biologie : CDT (1 non répondu)	71 (35,15%)	<b>79</b> (39,11%)	36 (17,82%)	15 (7,43%)
Biologie : Alcoolémie	<b>150</b> (74,26%)	48 (23,76%)	4 (1,98%)	0 (0,00%)
Consommation déclarée d'alcool	4 (1,98%)	50 (24,75%)	<b>136</b> (67,33%)	12 (5,94%)
Questionnaire CAGE-DETA	<b>114</b> (56,44%)	43 (21,29%)	16 (7,92%)	29 (14,36%)
Questionnaire FACE	<b>106</b> (52,48%)	42 (20,79%)	14 (6,93%)	40 (19,80%)
Questionnaire AUDIT	<b>137</b> (67,82%)	10 (4,95%)	4 (1,98%)	51 (25,25%)
Questionnaire MAST et dérivés	<b>142</b> (70,30%)	6 (2,97%)	2 (0,99%)	52 (25,74%)
Questionnaire ARPS et dérivés	<b>144</b> (71,29%)	3 (1,49%)	1 (0,50%)	54 (26,73%)
Autres (1 non répondu)	<b>158</b> (78,71%)	5 (2,48%)	2 (0,99%)	35 (17,33%)

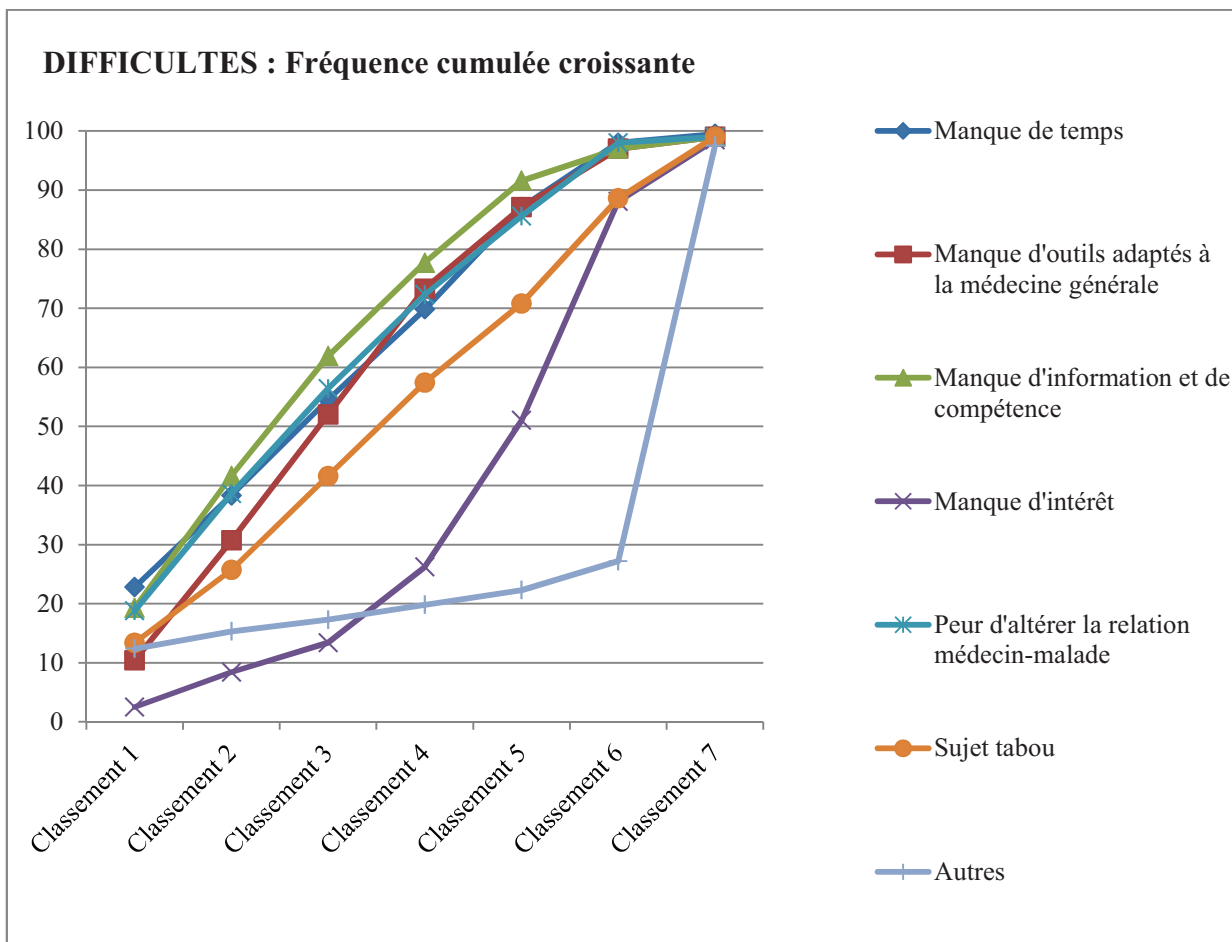
Huit médecins généralistes (soit 3,96%) ont indiqué qu'ils utilisaient un autre outil : interrogatoire, examen clinique, revue ou prospectus à disposition, entretien avec les proches, ...



#### 4.1.2.6 - Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le repérage du mésusage d'alcool chez la personne âgée devaient être classées par les médecins généralistes de la plus importante (1) à la moins importante (7).

Difficultés	1	2	3	4	5	6	7
Manque de temps	<b>46</b> (22,77%)	31 (15,35%)	34 (16,83%)	30 (14,85%)	35 (17,33%)	22 (10,89%)	3 (1,49%)
Manque d'outils adaptés à la médecine générale	21 (10,40%)	41 (20,30%)	<b>43</b> (21,29%)	<b>43</b> (21,29%)	28 (13,86%)	20 (9,90%)	4 (1,98%)
Manque d'information et de compétence	39 (19,31%)	<b>45</b> (22,28%)	41 (20,30%)	32 (15,84%)	28 (13,86%)	11 (5,45%)	4 (1,98%)
Manque d'intérêt	5 (2,48%)	12 (5,94%)	10 (4,95%)	26 (12,87%)	<b>50</b> (24,75%)	<b>75</b> (37,13%)	21 (10,40%)
Peur d'altérer la relation médecin-malade	38 (18,81%)	40 (19,80%)	36 (17,82%)	32 (15,84%)	27 (13,37%)	25 (12,38%)	2 (0,99%)
Sujet tabou	27 (13,37%)	25 (12,38%)	32 (15,84%)	32 (15,84%)	27 (13,37%)	36 (17,82%)	21 (10,40%)
Autres	25 (12,38%)	6 (2,97%)	4 (1,98%)	5 (2,48%)	5 (2,48%)	10 (4,95%)	<b>142</b> (70,30%)
Non répondu	1 (0,50%)	2 (0,99%)	2 (0,99%)	2 (0,99%)	2 (0,99%)	3 (1,49%)	5 (2,48%)



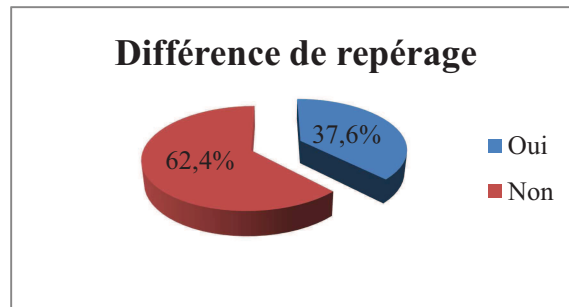
Dix médecins (soit 4,95%) ont indiqué qu'ils ne rencontraient aucune difficulté à aborder ce sujet.

Les autres difficultés rapportées par les médecins généralistes sont : ne pas y penser (21 médecins soit 10,40%), respect et tolérance envers la personne âgée (9 médecins soit 4,46%), inefficacité et difficulté de la prise en charge (9 médecins soit 4,46%), déni du patient (4 médecins soit 1,98%) et problème personnel avec l'alcool (3 médecins soit 1,49%).

#### 4.1.2.7 - Différence entre le repérage en population générale et chez les personnes âgées

Existe-t-il une différence entre le repérage en population générale et chez la personne âgée ?

Oui 76 (37,62%)  
Non 126 (62,38%)



Les différences relatées par les médecins généralistes sont les suivantes : sujet tabou d'abord difficile (16 médecins soit 7,92%), importance des comorbidités et traitements associés (15 médecins soit 7,43%), conséquences différentes (13 médecins soit 6,44%), comportement ancré (12 médecins soit 5,94%), déni plus important (9 médecins soit 4,46%), difficulté de prise en charge (7 médecins soit 3,47%), différence chez la femme (5 médecins soit 2,48%) et types de consommation différents (4 médecins soit 1,98%).

## 4.2 - Analyse statistique univariée

### 4.2.1 - Repérage selon les régions et départements

Le nombre insuffisant voire nul de questionnaires dans certains départements m'a amené à regrouper les questionnaires par région.

Malgré ceci, le nombre de questionnaires restait insuffisant dans certaines régions pour permettre des comparaisons statistiques.

Les trois régions ayant recueilli le plus de réponses sont :

- la Haute-Normandie : 48 questionnaires (23,76% de l'ensemble des questionnaires),
- la Bretagne : 28 questionnaires (13,86%),
- les Pays-de-la-Loire : 23 questionnaires (11,39%).

#### 4.2.2 - Repérage selon le sexe des médecins

Cent-vingt-trois hommes ont rempli le questionnaire et 78 femmes (1 non répondu).

##### 4.2.2.1 - Caractéristiques des médecins selon le sexe

Les femmes sont significativement plus jeunes que les hommes (moins de 45 ans : 60,26% versus 27,64%,  $p = 7,6 \cdot 10^{-6}$ ) et installées depuis moins longtemps (moins de 20 ans : 73,08% versus 38,2%,  $p = 1,49 \cdot 10^{-6}$ ).

Il n'existe pas de différence quant au suivi ou non d'une formation.

La patientèle des femmes comporte significativement moins de personnes âgées que celle des hommes ([0-20%] : 48,71% versus 30,08%,  $p = 0,011$ ).

##### 4.2.2.2 - Modalités de repérage selon le sexe

Il n'existe pas de différence entre les deux sexes quant à la proportion de personnes âgées pour lesquelles la consommation d'alcool est connue.

Les hommes sont plus nombreux à ne pas savoir estimer le seuil par semaine (9,76% versus 1,28% ;  $p = 0,018$ ). Il n'existe pas de différence pour le seuil par occasion. Quand le seuil est estimé, il n'existe pas de différence entre les deux sexes, tant pour le seuil par semaine que pour celui par occasion.

Le mésusage d'alcool chez les personnes âgées est estimé plus élevé par les femmes que par les hommes (supérieur à 15% : 34,62% versus 22,76%,  $p = 0,026$ ).

Il n'existe pas de différence significative pour les occasions lors desquelles le sujet de l'alcool est abordé, sauf pour la malnutrition. Les femmes sont plus nombreuses à ne jamais poser la question devant ce signe (23,07% versus 9,76% ;  $p = 0,014$ ).

Les femmes connaissent moins les outils suivants que les hommes :

- CDT : 12,82% versus 4,07% ;  $p = 0,027$
- questionnaire FACE : 29,49% versus 13,82% ;  $p = 0,011$

- questionnaire AUDIT : 35,90% versus 18,70% ;  $p = 0,008$
- questionnaire MAST : 35,90% versus 19,51% ;  $p = 0,013$
- questionnaires ARPS : 35,90% versus 21,14% ;  $p = 0,023$ .

Pour le questionnaire CAGE-DETA, les chiffres sont à la limite de la significativité (20,51% versus 10,57%,  $p = 0,06$ ).

Pour les autres outils il n'existe pas de différence quant à leur connaissance ou non entre les deux sexes.

Quand les outils sont connus, les tests statistiques ne montrent pas de différence pour la fréquence d'utilisation entre hommes et femmes sauf pour le questionnaire FACE. Ce questionnaire est en effet utilisé de façon plus fréquente par les hommes que par les femmes ( $p = 0,036$ ).

On ne retrouve pas de différence entre les deux sexes pour les difficultés rencontrées ni pour la différence entre le repérage en population générale et chez la personne âgée.

#### 4.2.3 - Repérage selon l'âge des médecins

Pour réaliser les tests statistiques, les questionnaires ont été regroupés en deux groupes :

- les 25-44 ans : 81 questionnaires
- les 45 ans et plus : 121 questionnaires.

##### 4.2.3.1 - Caractéristiques des médecins selon l'âge

Les médecins de 25 à 44 ans sont plus souvent de sexe féminin que les médecins de 45 ans et plus de façon significative (58,02% versus 25,83%,  $p = 7,6 * 10^{-6}$ ).

Les médecins plus jeunes sont significativement installés depuis moins longtemps (moins de 20 ans : 100,00% versus 19,01%,  $p = 1 * 10^{-35}$ ).

Les médecins les plus jeunes ont significativement moins suivi de formation portant sur l'alcool (77,78% versus 48,76%,  $p = 0,000036$ ).

La patientèle des médecins les plus jeunes comporte significativement moins de personnes âgées ([0-20%] : 48,15% versus 29,75%,  $p = 0,011$ ).

#### 4.2.3.2 - Modalités de repérage selon l'âge

Il n'existe pas de différence statistique entre les deux groupes d'âge pour la proportion de personnes âgées de la patientèle pour qui la consommation d'alcool est connue.

Les seuils par semaine définis sont plus bas pour les médecins les plus jeunes sans que ce soit significatif (inférieur à 15 verres par semaine : 75,31% versus 60,33%,  $p = 0,07$ ). Il n'existe pas de différence pour le seuil par occasion.

La prévalence du mésusage est estimée de la même façon dans les deux groupes.

Les médecins les plus jeunes posent significativement plus souvent la question de l'alcool lors des occasions suivantes :

- anomalies biologiques :  $p = 0,019$
- découverte d'une probable alcoolopathie :  $p = 0,045$ .

Pour les occasions suivantes, ce sont les médecins de plus de 45 ans qui posent plus souvent la question de façon significative :

- troubles de la mémoire :  $p = 0,008$
- malnutrition :  $p = 0,025$
- isolement :  $p = 0,008$
- recours fréquent au système de soins :  $p = 0,050$ .

Pour les autres occasions, il n'existe pas de différence entre les deux groupes.

Les outils suivants sont significativement moins connus par les médecins les plus jeunes :

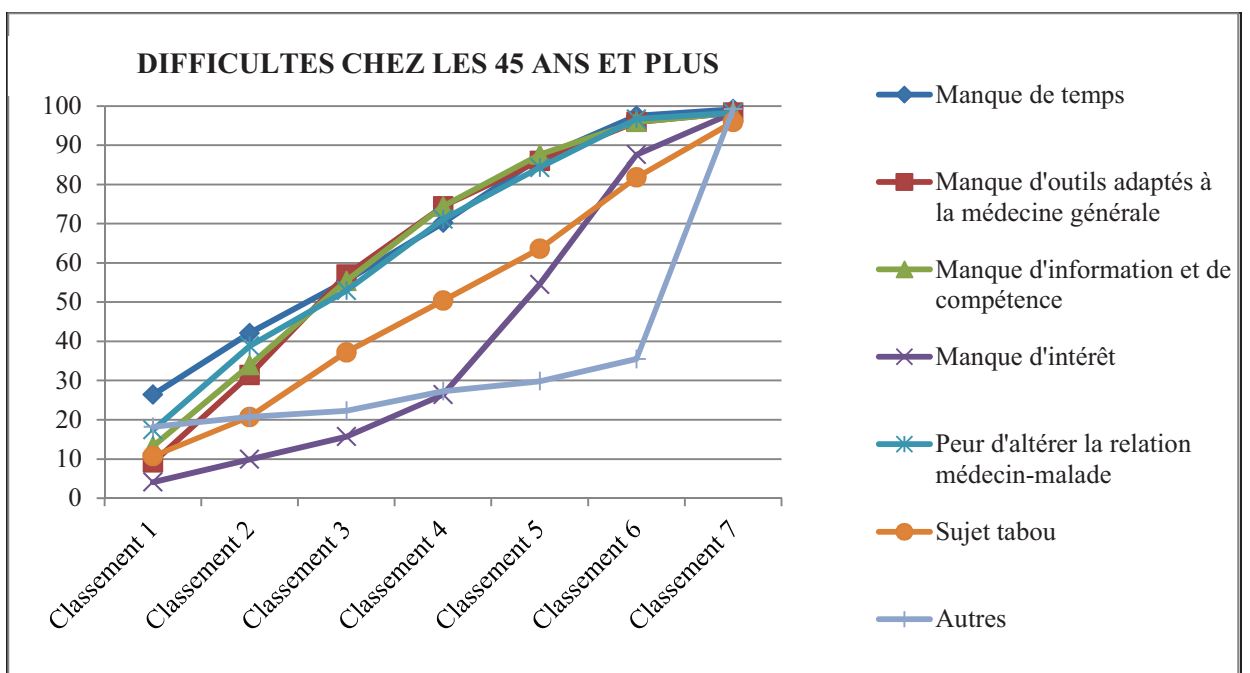
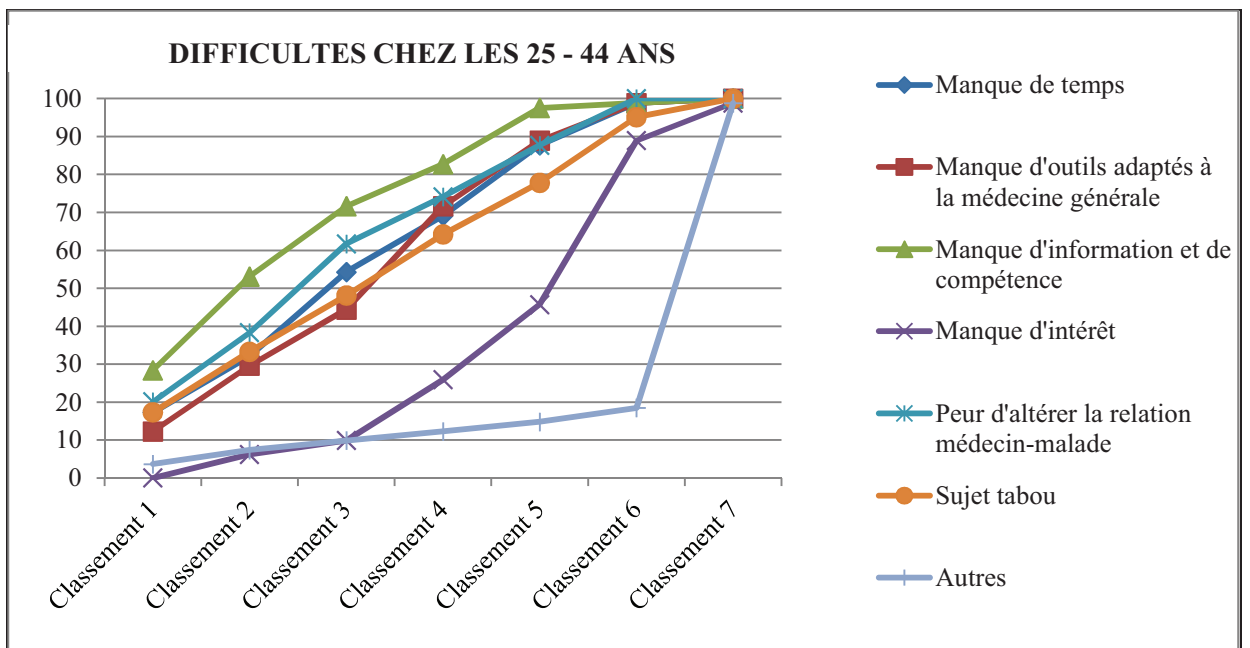
- CAGE-DETA non connu : 22,22% versus 9,09%,  $p = 0,013$
- FACE non connu : 30,86% versus 12,40%,  $p = 0,002$

Le questionnaire AUDIT semble également moins connu des plus jeunes sans que l'on n'atteigne le seuil de significativité (non connu : 32,10% versus 20,66%,  $p = 0,007$ ). Les autres outils sont connus de façon équivalente dans les deux groupes. Quand les outils sont connus, il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à la fréquence d'utilisation.

On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en premier par les médecins :

- Pour les médecins de 25 à 44 ans, il s'agit du manque d'information et de compétence (28,40%).
- Pour les médecins de 45 ans et plus, il s'agit du manque de temps (26,67%).

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pour les difficultés rapportées de la 2<sup>nde</sup> à la 7<sup>ème</sup> position.





Il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à l'existence d'une différence de repérage en population générale et chez la personne âgée.

#### 4.2.4 - Repérage selon le nombre d'années d'installation des médecins

Pour réaliser les tests statistiques, les questionnaires ont été regroupés en deux groupes :

- les médecins installés depuis moins de 20 ans : 104 questionnaires
- les médecins installés depuis 20 ans et plus : 98 questionnaires.

##### 4.2.4.1 - Caractéristiques des médecins selon le nombre d'années d'installation

Il y a significativement plus de femmes chez les jeunes installés (54,81% versus 21,65%,  $p = 1,5 * 10^{-6}$ ).

Les jeunes installés sont significativement plus jeunes (moins de 45 ans : 77,88% versus 0,00%,  $p = 1 * 10^{-35}$ ).

Les plus anciennement installés ont significativement plus suivi de formation sur l'alcool (53,06% versus 26,92%,  $p = 0,0002$ ).

Les jeunes installés ont significativement moins de personnes âgées dans leur patientèle ([0-20%] : 47,12% versus 26,53%,  $p = 0,003$ ).

##### 4.2.4.2 - Modalités de repérage selon le nombre d'années d'installation

La consommation d'alcool des personnes âgées est significativement moins connue par les jeunes installés ([0-20%] : 64,29% versus 44,71%,  $p = 0,011$ ).

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à l'estimation des seuils à risque, que ce soit par semaine ou par occasion ni pour l'estimation de la prévalence du mésusage.

Lors des occasions suivantes, les plus anciennement installés posent plus souvent la question de l'alcool de façon significative :

- introduction ou modification d'un traitement :  $p = 0,050$
- fracture, traumatisme, brûlures :  $p = 0,040$
- troubles du comportement :  $p = 0,023$
- troubles de la mémoire :  $p = 0,008$
- malnutrition :  $p = 2 \cdot 10^{-5}$
- isolement :  $p = 0,010$ .

Les plus anciennement installés semblent plus souvent aborder le sujet de l'alcool lors d'un recours fréquent au système de soins sans que le seuil de significativité ne soit atteint ( $p = 0,054$ ).

Pour les autres occasions, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Les outils de repérage suivants sont moins connus par les jeunes installés :

- CAGE-DETA non connu : 20,19% versus 8,16%,  $p = 0,016$
- FACE non connu : 27,88% versus 11,22%,  $p = 0,004$ .

Les questionnaires AUDIT et ARPS semblent être moins connus des plus jeunes installés sans que l'on n'atteigne le seuil de significativité (non connu : 30,77% versus 19,39%,  $p = 0,075$  pour l'AUDIT et 32,69% versus 20,41%,  $p = 0,054$  pour l'ARPS).

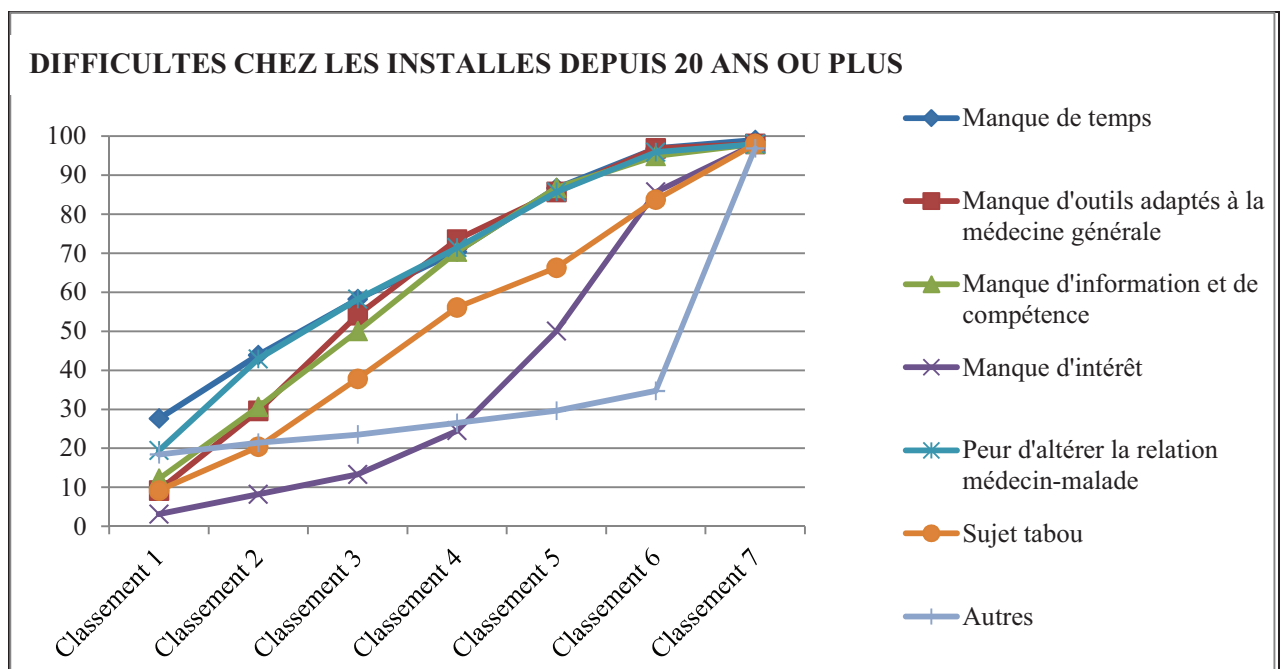
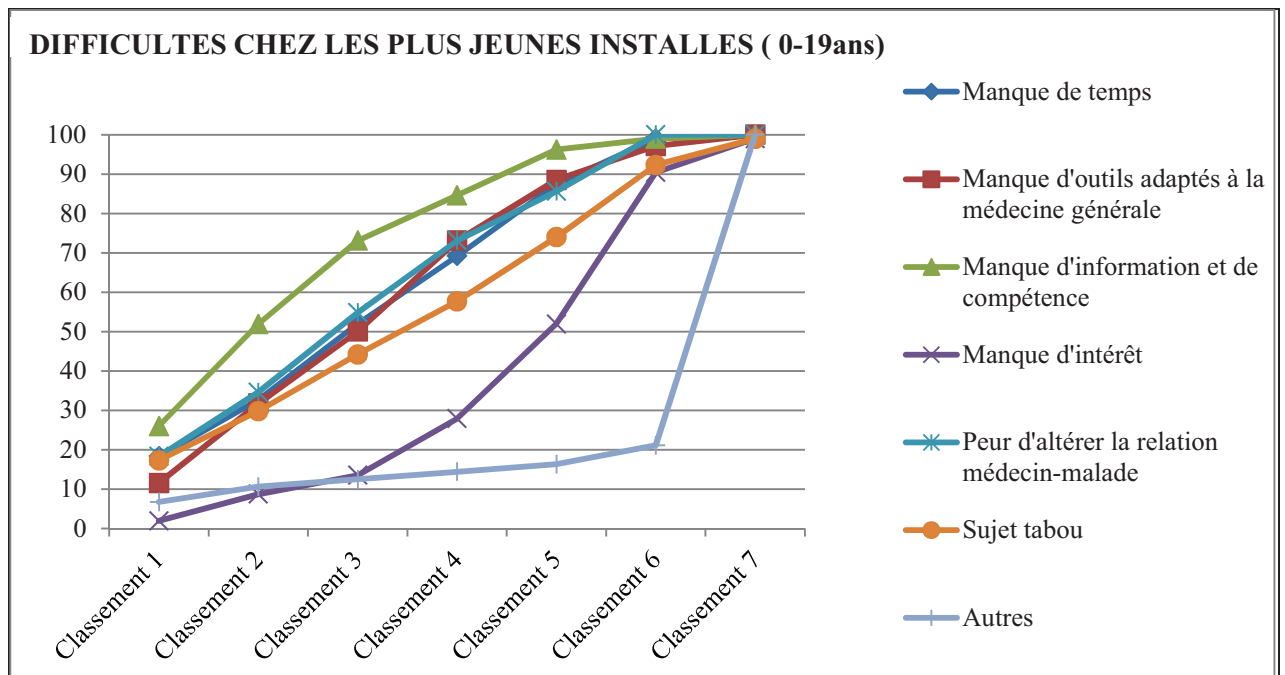
Les autres outils de repérage sont connus de façon équivalente dans les deux groupes.

Quand les outils sont connus, il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à la fréquence d'utilisation sauf pour le dosage des GGT ; les plus anciennement installés sont plus nombreux à ne jamais l'utiliser pour le repérage (5,15% versus 0,00%,  $p = 0,025$ ).

On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en premier par les médecins :

- Pour les médecins installés depuis 20 ans ou plus, il s'agit du manque de temps (27,84%)
- Pour les médecins installés depuis moins de 20 ans, il s'agit du manque d'information et de compétence (25,96%).

Il n'existe pas de différences entre les deux groupes pour les difficultés rapportées de la 2<sup>nde</sup> à la 7<sup>ème</sup> position.



Il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à l'existence d'une différence de repérage en population générale et chez la personne âgée.

#### 4.2.5 - Repérage selon suivi ou non d'une formation sur l'alcool par les médecins

Sur les 202 médecins ayant complété le questionnaire, 80 ont suivi une formation portant sur l'alcool, 122 n'en ont pas suivi.

##### 4.2.5.1 - Caractéristiques des médecins selon suivi ou non d'une formation

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes sur leur sexe.

Les médecins ayant suivi une formation sont significativement plus âgés que ceux n'en ayant pas suivi (45 ans ou plus : 77,50% versus 48,36%,  $p = 3,6 \cdot 10^{-5}$ ) et significativement installés depuis plus longtemps (20 ans ou plus : 65,00% versus 37,70%,  $p = 0,0002$ ).

Il semble que les médecins n'ayant pas suivi de formation ont une patientèle comportant moins de personnes âgées sans que le seuil de significativité soit atteint ([0-20%] : 28,75% versus 42,62%,  $p = 0,053$ ).

##### 4.2.5.2 - Modalités de repérage selon le suivi ou non d'une formation

La consommation d'alcool est une information significativement plus souvent connue chez les médecins ayant suivi une formation sur l'alcool (20% ou plus : 58,33% versus 36,04%,  $p = 0,004$ ).

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes sur l'estimation des seuils à risque tant par semaine que par occasion.

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes sur l'estimation de la prévalence du mésusage d'alcool chez les personnes âgées.

Lors des occasions suivantes, les médecins ayant suivi une formation ont plus souvent abordé le sujet de l'alcool :

- première consultation :  $p = 0,030$
- inefficacité d'un traitement (antihypertenseur, hypolipémiant,...) :  $p = 0,008$
- recours fréquent au système de soins :  $p = 0,039$ .

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes pour les autres occasions.

Les outils suivants sont moins connus par les médecins n'ayant pas suivi de formation :

- questionnaire CAGE-DETA : 18,85% versus 7,50%,  $p = 0,025$
- questionnaire FACE : 27,05% versus 8,75%,  $p = 0,001$
- questionnaire AUDIT : 30,33% versus 17,50%,  $p = 0,047$ .

Les questionnaires MAST et ARPS semblent être moins connus par les médecins n'ayant pas suivi de formation mais sans atteindre le seuil de significativité (MAST : 30,33% versus 18,75%,  $p = 0,072$  ; ARPS : 31,15% versus 20,00%,  $p = 0,10$ ). A l'opposé, l'affichage dans le cabinet semble être moins connu par les médecins ayant suivi une formation sans atteindre le seuil de significativité (5,00% versus 0,82%,  $p=0,081$ ).

Les autres outils sont connus à niveau équivalent par les deux groupes.

Quand les outils sont connus, les suivant sont plus fréquemment utilisés par les médecins ayant suivi une formation :

- questionnaire CAGE-DETA :  $p = 4,6*10^{-5}$
- questionnaire FACE :  $p = 0,00046$
- questionnaire AUDIT :  $p = 0,045$
- autres outils :  $p = 0,019$ .

La consommation déclarée d'alcool semble plus souvent utilisée par les médecins ayant suivi une formation sans que l'on atteigne le seuil de significativité ( $p = 0,071$ ).

Il n'existe pas de différence pour l'utilisation des autres outils proposés.

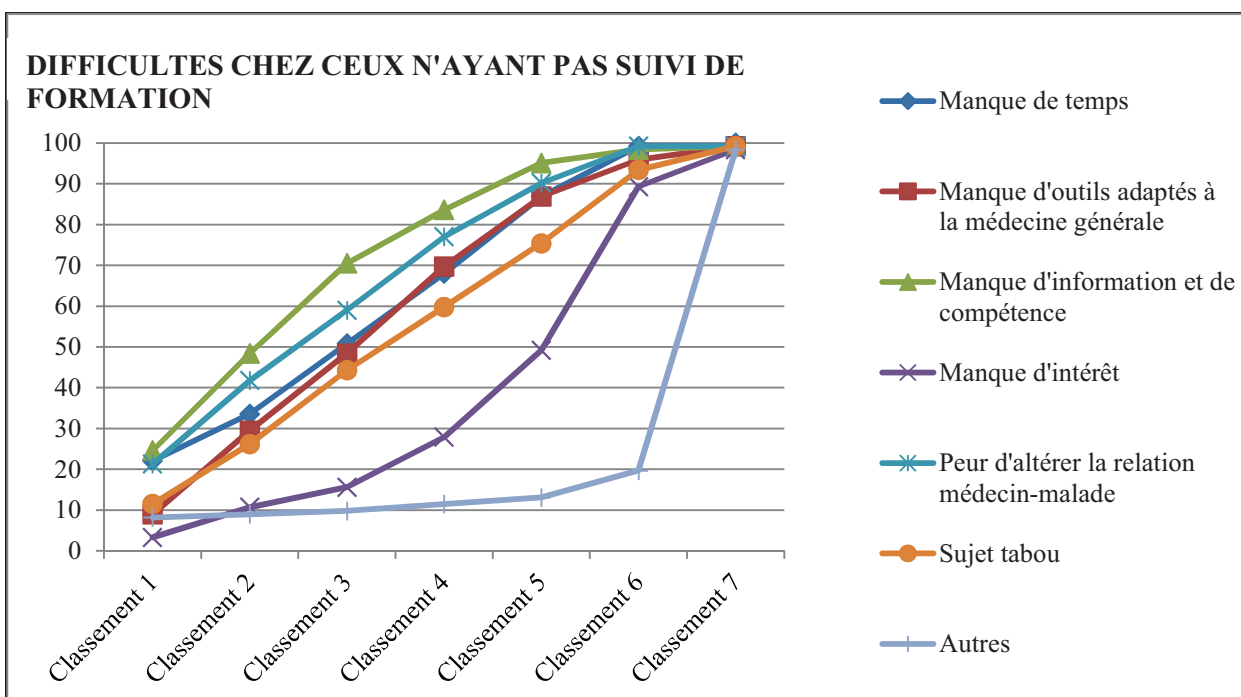
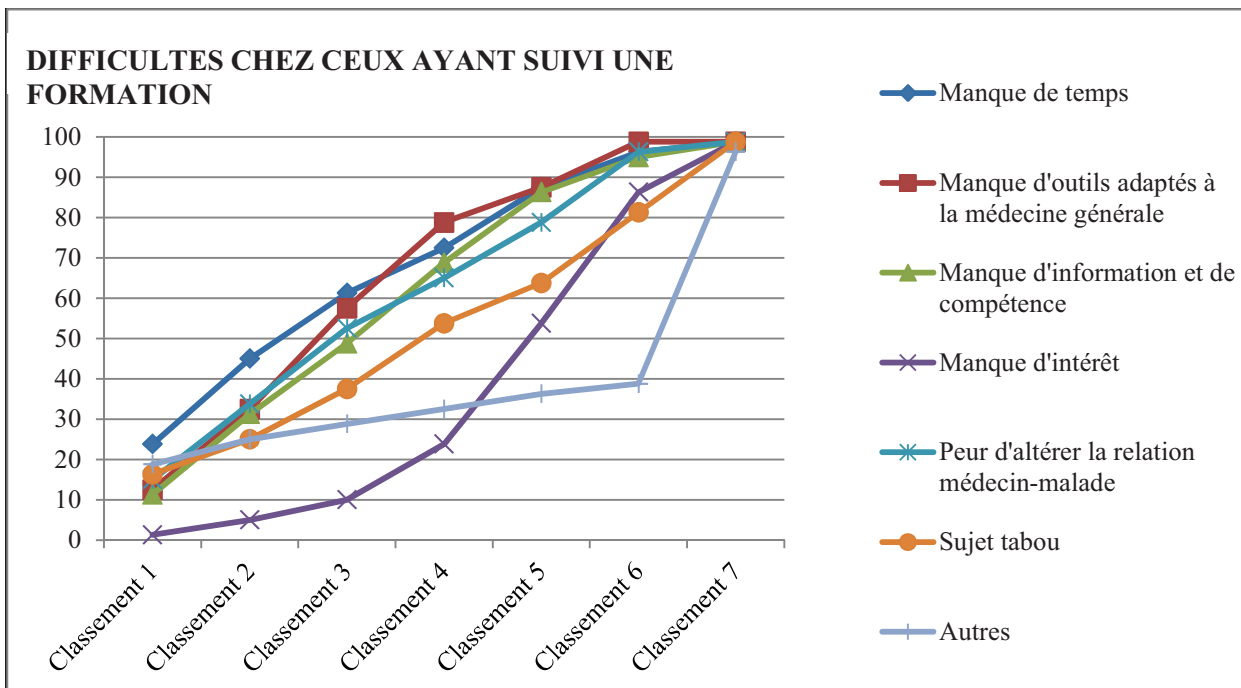
On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en premier par les médecins :

- Pour les médecins ayant suivi une formation, il s'agit du manque de temps (24,05%).
- Pour les médecins n'ayant pas suivi de formation, il s'agit du manque d'information et de compétence (24,59%).

On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en second par les médecins :

- Pour les médecins ayant suivi une formation, il s'agit du manque de temps (21,52%).
- Pour les médecins n'ayant pas suivi de formation, il s'agit du manque d'information et de compétence (23,97%).

Il n'existe pas de différence significative pour les autres difficultés.



Il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à l'existence d'une différence de repérage en population générale et chez la personne âgée.

#### 4.2.6 - Repérage selon la proportion de personnes âgées dans la patientèle

Pour réaliser les tests statistiques, les questionnaires ont été regroupés en deux groupes :

- les médecins ayant 20% ou moins de personnes âgées dans leur patientèle : 75 questionnaires
- les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle : 127 questionnaires.

##### 4.2.6.1 - Caractéristiques des médecins selon la proportion de personnes âgées dans la patientèle

La proportion de femmes est significativement plus importante chez les médecins ayant moins de 20% de personnes âgées dans leur patientèle (50,67% versus 31,75%,  $p = 0,011$ ).

Les médecins ayant moins de 20% de personnes âgées dans leur patientèle sont significativement plus jeunes (moins de 45 ans : 52,00% versus 33,07%,  $p = 0,017$ ) et installés depuis moins longtemps (moins de 20 ans : 65,33% versus 43,31%,  $p = 0,003$ ).

Le suivi d'une formation semble plus fréquent chez les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle, sans que le seuil de significativité soit atteint (44,88% versus 30,67%,  $p = 0,053$ ).

##### 4.2.6.2 - Modalités de repérage selon la proportion de personnes âgées dans la patientèle

La consommation d'alcool est une information significativement plus souvent connue chez les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle (20 % ou plus : 52,99% versus 30,30%,  $p = 0,0033$ ).

Les médecins ayant peu de personnes âgées dans leur patientèle estime significativement un seuil de risque par semaine plus faible (inférieur à 8 verres par semaine : 23,53% versus 10,74%,  $p = 0,034$ ) ; il n'existe pas de différence pour le seuil par occasion.



Les médecins ayant peu de personnes âgées dans leur patientèle estime significativement plus faible la prévalence du mésusage dans leur patientèle âgée (10% ou moins : 57,89% versus 34,95%,  $p = 0,007$ ).

Les médecins ayant moins de 20% de personnes âgées dans leur patientèle sont plus nombreux à ne jamais poser la question de la consommation d'alcool devant une malnutrition (24,00% versus 9,45%,  $p = 0,007$ ).

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes pour les autres occasions.

L'ensemble des outils sont connus et utilisés de façon équivalente dans les deux groupes.

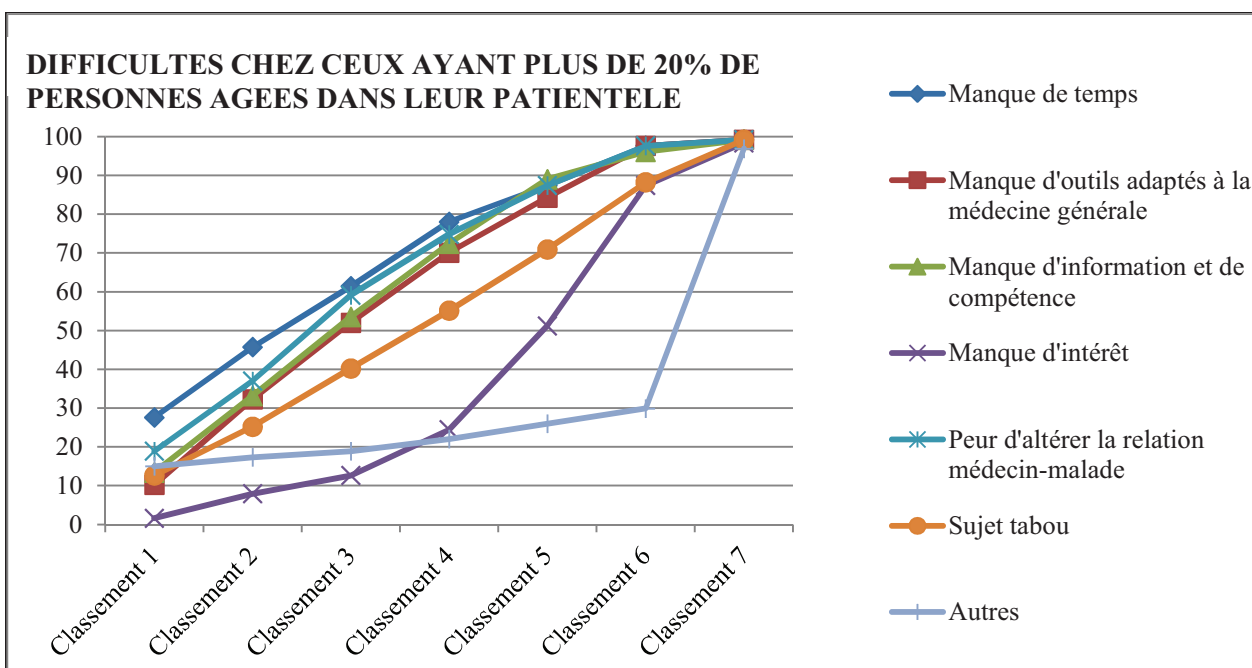
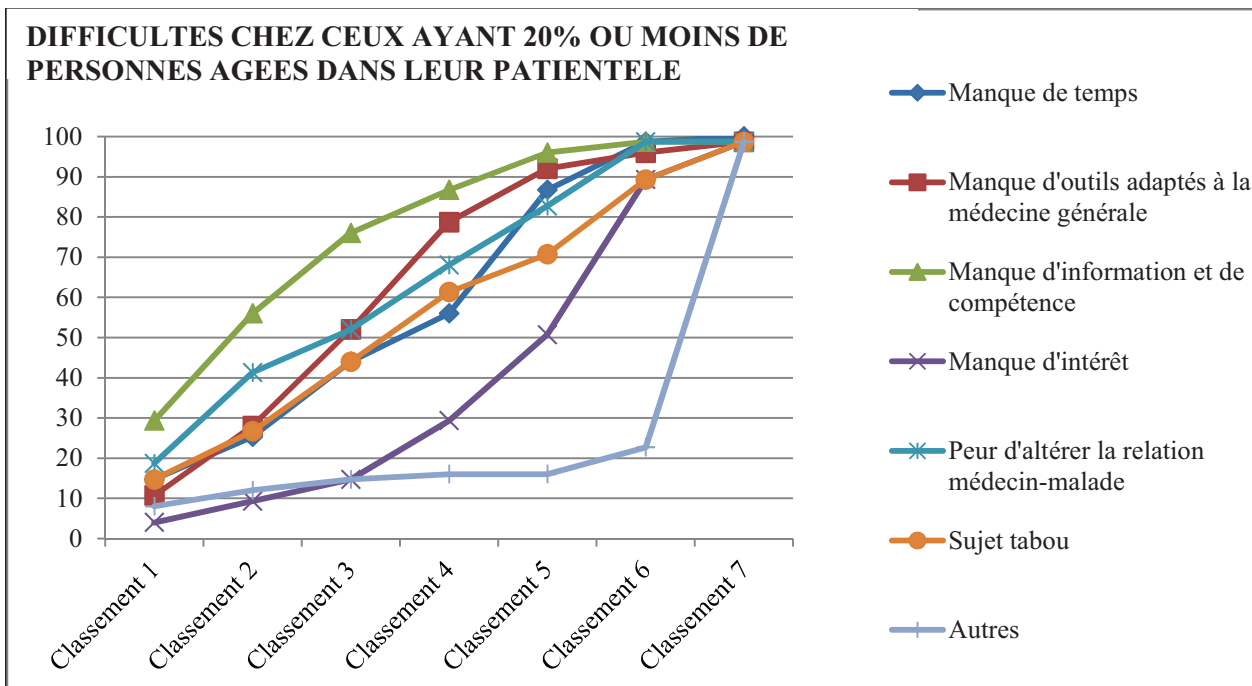
On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en première position par les médecins :

- Pour les médecins ayant 20% ou moins de personnes âgées dans leur patientèle, il s'agit du manque de formation et de compétence (29,33%).
- Pour les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle, il s'agit du manque de temps (27,78%).

On retrouve une différence pour la difficulté rapportée en cinquième position par les médecins :

- Pour les médecins ayant 20% ou moins de personnes âgées dans leur patientèle, il s'agit du manque de temps (31,08%).
- Pour les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle, il s'agit du manque d'intérêt (26,98%).

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes pour les autres classements.



Il n'existe pas de différence entre les deux groupes quant à l'existence d'une différence de repérage en population générale et chez la personne âgée.

# **CHAPITRE V – DISCUSSION**

## **5.1 - Une population peu étudiée dans la littérature**

Dans cette étude, nous avons choisi d'étudier les patients âgés de plus de 65 ans. L'âge limite a été choisi de manière arbitraire, l'âge seuil étant différent selon les différentes études retrouvées. Nous avons privilégié 65 ans car avec les progrès de la médecine et donc de l'espérance et de la qualité de vie et le recul de l'âge de la retraite, il nous semblait plus adapté. Le reste de la population a été exclu car il s'agissait de rechercher des éléments spécifiques à la personne âgée. Il faut ajouter qu'il existe des différences sur les conséquences des alcoolisations entre le 3<sup>ème</sup> (65 – 80 ans) et le 4<sup>ème</sup> âge (plus de 80 ans). En effet les plus âgés sont plus fragiles notamment en raison des traitements et comorbidités qui sont des éléments essentiels à prendre en compte. A noter que dans les études retrouvées l'âge limite est 75 ans, ceci n'est donc pas représentatif de la population âgée.

Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes car ils sont en première ligne dans la prise en charge des personnes âgées et dans le repérage du mésusage d'alcool du fait de leur lien privilégié avec les patients. De plus, le nombre de consultations par an étant d'environ 6 après 70 ans [28], ils ont donc un nombre important d'occasions au cours desquelles ils peuvent aborder le sujet.

Le questionnaire a été envoyé sur l'ensemble du territoire français afin d'être le plus représentatif possible et de rechercher d'éventuelles spécificités régionales. Le choix des régions a été fait en s'appuyant sur l'existence des Centres Hospitalo-Universitaires et donc d'une formation médicale initiale et d'une offre de soins.

## **5.2 - Discussion du recueil**

### **5.2.1- Un questionnaire bref**

L'absence de seuil clairement défini ainsi que d'étude épidémiologique chez la personne âgée n'a pas permis de mettre des données précises. Les classes ont été établies en prenant en compte les chiffres retrouvés le plus fréquemment.

Les items du questionnaire ont été établis à partir d'une recherche la plus exhaustive possible sur les données, outils et occasions de repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées. Cependant, certains médecins ont rapporté d'autres occasions, outils ou difficultés lors du remplissage du questionnaire :

- 31 médecins (soit 15,35%) pour les occasions ; sachant qu'un certain nombre des éléments inscrits dans autres pouvait être rattaché aux items existants (cf 4.1.2.4)
- 8 médecins (soit 4,00%) pour les outils (cf 4.1.2.5)
- 49 médecins (soit 24,26%) pour les difficultés (cf 4.1.2.6).

La prise en charge des patients âgés ayant un mésusage d'alcool n'a pas du tout été abordé dans ce questionnaire, seulement le repérage. Peu d'études existant sur le sujet, il semblait plus intéressant de s'intéresser à la première partie de la démarche clinique avant d'étudier la prise en charge, le repérage étant la condition indispensable avant de pouvoir aider ces patients.

Un des atouts de ce questionnaire était sa brièveté, une durée inférieure à 10 minutes était nécessaire à son remplissage.

Pour évaluer les occasions et outils de repérage, les médecins devaient cocher des items du type jamais/parfois/souvent/toujours. Ce choix a été fait afin de faciliter le remplissage du questionnaire. Cependant, les items parfois et souvent peuvent être interprétés de façon différente en termes de fréquence selon les médecins ; cela peut donc induire un biais d'information.

#### 5.2.2 - Des modalités de recueil à l'origine de biais de sélection

Le lien du questionnaire ayant principalement été envoyé par le biais du syndicat MGFrance, du groupe de formation Unaformec en Seine-Maritime et des adresses mail inscrites dans les Pages Jaunes par certains médecins généralistes, il existe donc un biais de sélection. Ce biais était connu à l'avance et choisi ; afin de toucher le plus possible de médecins généralistes à travers la France, il était nécessaire d'utiliser ces ressources.

Le remplissage sur internet est également source de biais car il élimine du recueil les médecins n'utilisant pas cet outil. Le remplissage du questionnaire papier étant possible uniquement pour les médecins contactés par téléphone, un seul a été rempli de cette façon.

Lors du remplissage du questionnaire, l'obligation de remplir tous les items a été critiquée par certains médecins invoquant une modification de leur façon de penser. Ce choix a été fait afin d'avoir le moins possible de non-réponse et donc de pouvoir analyser au mieux les données recueillies.

### **5.3 – Une analyse statistique limitée**

Les tests statistiques utilisés sont performants.

Le nombre de tests statistiques a été limité à une analyse descriptive et une analyse univariée. Le nombre de questionnaires était insuffisant pour réaliser une étude multivariée de qualité. Une étude réalisée à plus grande échelle permettrait ce type d'analyse afin de rechercher les déterminants au repérage du mésusage d'alcool chez la personne âgée sans biais de confusion lié au lien existant entre les sous-groupes (sexe, âge,...).

### **5.4 - Discussion des résultats**

Le nombre de questionnaires complétés soit 202 représente 0,2% des médecins généralistes français. Ce chiffre suffisant pour effectuer un certain nombre de tests statistiques avec significativité reste néanmoins faible pour pouvoir généraliser à l'ensemble des médecins français. Les biais de sélection déjà évoqués augmentent encore cette problématique.

#### 5.4.1 – Un échantillon de médecins insuffisamment représentatifs des médecins généralistes français

Le nombre de réponses dans chaque région n'était pas proportionnel au nombre de médecins généralistes dans ces mêmes régions, les chiffres allant de 0,00% à 2,83%. Les régions ayant le plus répondu sont la Haute-Normandie (48 questionnaires soit 2,83% des médecins généralistes de la région), la Bretagne (28 questionnaires soit 0,94% des médecins généralistes de la région) et les Pays-de -la-Loire (23 questionnaires soit 0,72% des médecins généralistes de la région). Pour la Haute-Normandie, la proximité et donc le fait de connaître personnellement un certain nombre de médecins est certainement à l'origine de ce fort taux de réponses. Pour la Bretagne et les Pays-de-la-Loire, ce chiffre s'explique probablement par un intérêt plus important ainsi qu'un meilleur relais entre confrères. Cette plus grande implication des médecins généralistes ne semble pas en lien avec une plus forte prévalence du mésusage dans leurs régions. En effet, selon les données INPES/OFDT [29], pour l'usage quotidien d'alcool à l'âge adulte en métropole, ces trois régions arrivent respectivement en 18<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> position. Pour l'usage à risque au sens de l'AUDIT-C, ces trois régions arrivent respectivement en 19<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> position. Le nombre insuffisant voire nul de questionnaires dans certaines régions n'a pas permis de réaliser des comparaisons, ce qui était pourtant un des objectifs de l'étude. En effet en mettant en avant certaines différences entre les régions, on espérait pouvoir évaluer dans un second temps les déterminants à un meilleur repérage (formation médicale initiale, réseau ville-hôpital, campagne régionale,... ?).

Les médecins généralistes ayant répondu à ce questionnaire sont représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes en terme de sexe ; les femmes représentent 38,81% des médecins dans notre étude contre 40,9% de l'ensemble des médecins généralistes français [30].

En revanche en terme d'âge et donc du nombre d'années d'installation, notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins généralistes français. La répartition par tranche d'âge de 25-34ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans et 65ans et plus est de 19,31%, 20,79%, 30,69%, 26,73% et 2,48% dans notre étude contre 6,8%,

18,9%, 34,7%, 35,3% et 4,2% sur l'ensemble des médecins généralistes français [30]. Notre population de médecins est donc plus jeune de façon significative ( $p=3,6*10^{-7}$ ). Dans notre échantillon de médecins, 62,87% des médecins ont plus de 20% de personnes âgées de plus de 65 ans dans leur patientèle. Selon les résultats de la SNIR sur l'année 2010, en Haute-Normandie, les médecins généralistes avaient en moyenne 12,15% de personnes âgées de plus de 70 ans dans leur patientèle. Notre échantillon semble donc avoir une proportion beaucoup plus importante de personnes âgées. Ceci peut s'expliquer par un intérêt plus important des médecins ayant beaucoup de personnes âgées pour notre questionnaire portant spécifiquement sur cette population. Dans notre échantillon, les médecins les plus jeunes ont moins de personnes âgées dans leur patientèle. Ceci s'explique par le fait que les personnes âgées préfèrent garder le médecin qu'elles connaissent depuis longtemps. Elles ne vont donc vers les jeunes installés que quand leur médecin parte.

Dans notre échantillon, 4 médecins sur 10 ont suivi une formation portant sur l'alcool. Notre étude ne permet pas de savoir si ce chiffre est représentatif des médecins généralistes français ou si les médecins ayant suivi une formation sont plus sensibilisés au repérage et ont donc répondu plus largement à ce questionnaire. A noter que seulement 7,5% des médecins ayant suivi la formation ont reçu des informations spécifiques sur la personne âgée ; ce chiffre est très faible compte-tenu de l'importance du mésusage en terme de nombre et de conséquences chez la personne âgée. Ceci montre bien l'étendue du tabou qu'est la consommation d'alcool chez la personne âgée. Il semble donc qu'un travail de sensibilisation et d'information doive être réalisé à tous les niveaux, population générale, médecins généralistes mais également spécialistes, pouvoirs publics,...

Le suivi d'une formation est moins fréquent chez les médecins les plus jeunes, plus récemment installés et ayant moins de personnes âgées dans leur patientèle. Ce taux dans les trois catégories s'explique en partie par un lien entre les trois. Il paraît cohérent que les médecins les plus âgés est plus souvent eu l'occasion de suivre une formation.



## 5.4.2 - Modalités de repérage

### 5.4.2.1 – Une faible connaissance de la consommation d'alcool chez la patientèle âgée

Globalement, les médecins connaissent peu la consommation d'alcool chez les personnes âgées de leur patientèle. En effet, dans notre étude, un médecin sur deux connaît cette information chez moins de 20% des personnes âgées.

Le taux de patientèle âgée pour qui la consommation d'alcool est connue semble influencé par certaines caractéristiques des médecins :

- le nombre d'années d'installation : Est-il nécessaire de mieux connaître son patient pour pouvoir aborder ce sujet ? Un questionnaire systématique à tout nouveau patient pourrait permettre de passer outre cette difficulté,

- le suivi d'une formation : ceci montre donc l'intérêt de la formation,

- le taux de personnes âgées : ceci montre donc l'intérêt de la pratique.

### 5.4.2.2 – Des seuils OMS non adaptés à la personne âgée

Les seuils définis par les médecins se rapprochent de ceux définis par l'OMS en population générale.

Dans notre enquête, 91,58% des médecins estiment un seuil par semaine inférieur à 21, ce chiffre correspond à celui défini chez l'homme en population générale et 66,37% un seuil inférieur à 15, ce chiffre correspondant à celui défini chez la femme. Seulement 14,36% des médecins estiment un seuil inférieur ou égal à 1 verre par jour soit 7 par semaine, ce chiffre correspondant à celui défini par l'American Geriatric Society pour les personnes âgées. On voit donc que la grande majorité des médecins connaissent les seuils OMS mais que très peu les adaptent à la personne âgée. Ceci peut notamment s'expliquer par l'absence d'information sur la nécessité d'adaptation chez la personne âgée notamment liée aux modifications physiologiques propres au vieillissement mais également à la polymédication associée.

Pour le seuil par occasion, la majorité des médecins suivent les seuils de l'American Geriatric Society (pas plus de 3 verres) qui diffèrent peu de ceux de l'OMS (pas plus de 4 verres par occasion). En effet, 69,80% des médecins ont défini un seuil inférieur à 4 verres par occasion.

A noter, que les médecins ne sachant pas répondre sont assez nombreux soit 6,44% pour le seuil par semaine et 8,42% pour le seuil par occasion. On peut s'interroger sur ce taux, est-il lié à un manque d'information sur les seuils OMS ou à une interrogation sur la nécessité d'adaptation chez la personne âgée ?

Globalement, les seuils OMS semblent bien connus des médecins. Il ne semble en revanche pas y avoir d'adaptation systématique liée à l'âge. Les pouvoirs publics et autorités sanitaires n'ayant pas définis de seuils chez la personne âgée, il est difficile pour le médecin de se repérer.

Il n'existe pas de différence entre les sous-groupes quant à l'évaluation du seuil par occasion. En revanche pour le seuil par semaine, les hommes ont été plus nombreux à ne pas savoir l'évaluer. L'estimation du seuil par semaine a été plus faible par les jeunes médecins et ceux ayant moins de 20% de personnes âgées dans leur patientèle. Comment expliquer cette différence ? Ce sont pourtant les médecins les plus âgés et ceux ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle qui ont le plus suivi de formation portant sur ce thème.

#### 5.4.2.3 – Une prévalence sous-estimée

Dans notre échantillon, 20,79% des médecins interrogés ne savent pas estimer la prévalence du mésusage chez les personnes âgées de leur patientèle. Ce chiffre très élevé montre la difficulté du repérage quelles qu'en soient les causes.

Quand la prévalence est estimée, 43,13% des médecins indique un chiffre inférieur ou égal à 10%. Cette prévalence semble sous-estimée. En effet selon une étude Baromètre santé nutrition effectué en 2008 [31], la veille du sondage 48,1% des 65-75 ans avaient consommé au moins un verre d'alcool, 63,0% chez les hommes et 35,4% chez les femmes. Or ces mêmes personnes avaient consommé en moyenne 2,3 verres, 2,5 verres

pour les hommes et 1,8 verre pour les femmes ; on se trouve donc au-dessus des seuils de l'American Geriatric Society et dans une situation de mésusage. Ces chiffres ne prennent pas en compte les plus de 75ans et aucune étude épidémiologique en France n'a été réalisée en médecine générale chez les personnes âgées. Cependant si on se réfère à une étude réalisée dans le Winsconsin aux Etats-Unis [32], la prévalence du mésusage (seuil American Geriatric Society) selon les tranches d'âge 66-75 ans et plus de 75 ans sont respectivement de 30,0% et 24,7% chez les hommes et de 10,8% et 9,1% chez les femmes. Donc en prenant en compte même les plus âgés, la prévalence du mésusage semble bien plus importante que celle estimée par les médecins de cette étude.

Les patients âgés ont tendance à diminuer leur consommation et notamment à ne pas considérer le vin et le cidre comme de l'alcool [33], ceci peut également être un élément d'explication de la sous-estimation du mésusage.

Les femmes et les médecins ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle estiment la prévalence du mésusage de façon plus élevée. Ces résultats ne sont pas en lien avec les seuils estimés, ni avec le taux de personnes âgées pour qui la consommation d'alcool est connue. Une étude multivariée serait nécessaire pour mieux analyser les résultats et comprendre les liens existants.

#### 5.4.2.4 – Des occasions de repérage peu reconnues comme tel

On peut noter sur les résultats que les deux occasions durant lesquelles la question de l'alcool est le plus souvent posée sont la découverte d'une probable alcoolopathie (type cirrhose, pancréatite aïgue, neuropathie...) et l'intoxication alcoolique aïgue - syndrome de sevrage – délirium tremens. On retrouve ensuite les anomalies biologiques, la demande du patient ou d'un tiers et les autres examens complémentaires anormaux. Ces résultats étaient attendus car ce sont les occasions au cours desquelles l'étiologie est très probable et où de ce fait l'abord est plus facile.

De même, 4,95% des médecins ont rapporté comme autre occasion la présence de stigmates physiques d'imprégnation. Ces signes cliniques n'apparaissent cependant que

tardivement et de façon inconstante, notamment chez les personnes âgées ayant un mésusage à début tardif. Poser la question lors de cette occasion ne permet malheureusement qu'un repérage tardif avec possiblement des conséquences somatiques déjà importantes.

A noter que lors de la demande du patient ou d'un tiers, le sujet n'est pas systématiquement abordé ; seulement 26,24% des médecins l'aborde toujours, 26,24% souvent et 46,53% parfois. Ce résultat surprenant aboutit à deux questions :

- La question a-t-elle été mal formulée et donc mal comprise par le médecin d'où une réponse erronée ?
- Le sujet est-il si difficile d'abord et de prise en charge que malgré la demande, le médecin préfère ne pas en parler ?

Le sujet est très peu abordé de façon systématique lors de la première consultation ou de l'instauration d'un traitement. La mise en place d'un questionnaire systématique papier ou sur le logiciel informatique permet d'y penser plus facilement. Ces occasions restent des occasions privilégiées pour poser la question, au même titre que l'équilibre alimentaire ou la consommation de tabac ou d'autres substances psychoactives, ce qui permet d'éviter la stigmatisation.

Dans la nouvelle Convention Nationale Médecins Libéraux – Assurance Maladie [34], une partie de la rémunération des médecins se fait sur des indicateurs de qualité de pratique médicale correspondant à des objectifs de Santé Publique et des indicateurs d'organisation du cabinet avec notamment la réalisation d'une synthèse annuelle par patient. L'intégration du type de consommation d'alcool ou du remplissage d'un questionnaire type FACE dans ces indicateurs ou dans la synthèse annuelle pourrait être un moyen de rendre ce repérage plus systématique et ainsi d'améliorer la prise en charge de ce problème de Santé Publique.

Certaines manifestations cliniques plus spécifiques de la personne âgée comme les chutes, malaises, syndrome anxio-dépressif et troubles du comportement sont l'occasion d'aborder le sujet de façon régulière pour environ un médecin sur deux.

En revanche certains symptômes fréquents chez la personne âgée comme l'inefficacité thérapeutique, les troubles du sommeil, les traumatismes, les troubles de mémoire, la malnutrition, l'isolement ou le recours fréquent au système de soins sont peu identifiés par les médecins comme des occasions de poser la question de la consommation d'alcool. Pourtant, les troubles du sommeil, par exemple, sont un motif fréquent de consultation dans cette population. Selon l'Observatoire de Médecine Générale [28], en termes de résultat de consultation, l'insomnie arrive en 9<sup>ème</sup> position pour les 60-69 ans, en 8<sup>ème</sup> pour les 70-89 ans et en 2<sup>ème</sup> pour les 90-99 ans. Evoquer l'origine éthylique de ces troubles pourraient permettre une moindre prescription des traitements hypnotiques eux-mêmes à l'origine d'effets secondaires pouvant potentialisés ceux de l'alcool. En effet, selon le programme « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » mis en place par la Haute Autorité de Santé [35], actuellement en France plus d'une personne sur trois âgée de plus de 65 ans et environ 40% des plus de 85 ans consomment de façon régulière des anxiolytiques et/ou hypnotiques.

On ne retrouve pas de différence entre hommes et femmes quant aux occasions de repérage, hormis la malnutrition.

Les médecins les plus jeunes semblent plus systématiques devant des manifestations biologiques ou la découverte de probables alcoolopathies. A contrario, les médecins les plus vieux ou installés depuis plus longtemps sont plus régulièrement alertés pas une sémiologie moins évidente (troubles de mémoire, malnutrition, isolement, recours fréquent au système de soins, troubles du comportement,..) ; ces résultats s'expliquent par l'expérience des médecins ; ce type de symptomatologie étant peu enseigné de façon théorique.

Les médecins ayant suivi une formation sont plus systématiques lors de la première consultation, d'un échec thérapeutique ou d'un recours fréquent au système de soins. Ces résultats montrent qu'ils l'intègrent plus dans leur interrogatoire de base ; en revanche, ils ne sont pas plus alertés pas des signes spécifiques de la personne âgée. Ce qui montre une fois de plus le manque d'informations sur le mésusage chez les personnes âgées dans ces formations.

On ne retrouve en revanche pas de différences en fonction du taux de personnes âgées dans la patientèle. Ceci est surprenant car l'on s'attendrait à ce que les médecins travaillant plus avec les séniors soient plus perspicaces sur certains signes en raison de leur expérience.

#### 5.4.2.5 – Des outils de repérage insuffisamment utilisés

La campagne d'affichage est un outil utilisé par un médecin sur deux dans notre échantillon. Cet outil est efficace [36], peu chronophage et peu coûteux. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), par exemple, fournit gratuitement un certain nombre de prospectus destinés aux patients ainsi que des affiches pouvant être installées en salle d'attente. Cet outil permet aux patients d'acquiescer nombre d'informations, éventuellement de s'interroger sur leur propre consommation et de pouvoir par la suite en parler plus facilement avec le médecin, « j'ai vu dans votre salle d'attente,... ». Il permet au médecin de gagner du temps, de nombreuses notions comme le verre standard ou les seuils étant déjà données il suffit de vérifier la compréhension et si besoin d'approfondir. Durant mon stage chez le praticien, j'ai d'ailleurs participé à la réalisation d'un Powerpoint sur l'alcool diffusé en salle d'attente. Cette diffusion a permis aux patients mais également aux médecins d'aborder le sujet plus aisément durant les consultations. A la suite de cette réalisation, les médecins ont de plus décidé d'ajouter un item « alcool » dans leur logiciel afin d'être le plus systématique possible.

Les outils très régulièrement utilisés sont le dosage du VGM et des gammaglutamyltransférases. Cette forte utilisation s'explique par la facilité de prescription. En effet ces prélèvements rentrant dans le cadre d'un bilan biologique standard sont remboursés par la Sécurité Sociale et ne sont pas forcément associés à l'alcoolisation pour les patients.

Les autres prélèvements biologiques (alcoolémie et CDT) sont très peu utilisés en médecine générale car stigmatisant les patients. De plus, ces éléments n'ont d'intérêt que dans le repérage. Leur taux n'informe en rien sur les conséquences somatiques pouvant exister. Ces outils sont donc plutôt utilisés lorsque les patients ont commis un

délict, notamment routier, et dans les services d'accueil des urgences pour l'alcoolémie. A noter que s'ils sont demandés par la Préfecture ils ne sont pas remboursés.

La consommation déclarée d'alcool est un outil régulièrement utilisé par les médecins généralistes pour repérer le mésusage d'alcool. Cependant ceci doit être pondéré par l'absence d'information sur sa bonne utilisation. En effet cet outil d'apparence simple nécessite une certaine expérience pour être efficace. Il est notamment important de parler en verres standards (à la maison un verre de whisky, par exemple, ne contient rarement que 2,5cl), de bien spécifier quelles sont les boissons alcoolisées considérées comme de l'alcool par le patient (nombreuses sont les personnes âgées qui ne considèrent pas le vin comme de l'alcool [6]),...

Les questionnaires standardisés sont insuffisamment connus par les médecins généralistes ; selon les questionnaires, ils sont inconnus pour plus de 1 médecin sur 7 et jusqu'à environ 1 médecin sur 4 pour l'ARPS. Même lorsqu'ils sont connus, ils restent peu utilisés par les médecins interrogés ; moins de 1 médecin sur 3 les utilise occasionnellement ou régulièrement pour le CAGE-DETA, le plus utilisé. A noter que le questionnaire FACE, développé spécifiquement pour la médecine générale, n'est pas utilisé par plus de sept médecins sur dix. Quant aux questionnaires spécifiques à la population âgée, ils sont utilisés par moins de 3 médecins sur cent. Ce faible taux d'utilisation s'explique par :

- une méconnaissance de ces outils ; la solution : augmenter la formation des médecins, favoriser la diffusion dans les médias, ...
- un manque de temps pour les questionnaires les plus longs ; la solution : faire remplir le questionnaire en salle d'attente.
- un manque de temps pour l'entretien suivant le questionnaire : cela prend effectivement du temps d'expliquer les notions et résultats, d'envisager une prise en charge si l'on repère un mésusage,... Mais cela gagne aussi du temps pour la compréhension de certains symptômes et surtout permet de prendre en charge le patient de façon globale avec une thérapeutique adaptée.
- l'absence de questionnaire court spécifique de la personne et adaptée à la pratique de la médecine générale.

Comme discuté en 4.2.4, l'intégration du remplissage d'un questionnaire de repérage dans les indicateurs de performance de la nouvelle convention Médecins-Assurance Maladie permettrait un repérage plus systématique et une reconnaissance de l'implication du médecin dans cette démarche.

Certains déterminants semblent augmenter la connaissance et/ou l'utilisation des outils : le sexe masculin, l'âge plus élevé, l'ancienneté de l'installation, le suivi d'une formation. Les hommes, les médecins les plus âgés et étant installés depuis plus longtemps étant également ceux ayant plus suivi de formation, on ne peut conclure quant à leur imputabilité dans cette meilleure connaissance ou utilisation ; une étude multivariée serait là aussi nécessaire pour pouvoir évaluer au mieux ces déterminants.

#### 5.4.2.6 – Des difficultés rencontrées différentes selon les caractéristiques des médecins

Les trois difficultés mises en avant dans notre étude par les médecins sont le manque de temps, le manque d'information et de compétence et la peur d'altérer la relation médecin-malade. Ces résultats sont concordants avec différentes études réalisées en population générale [37] : « insuffisamment formés », « sentiment d'inutilité », « manque de temps » et « crainte de s'immiscer dans l'intimité et que ce soit mal perçu ».

Le manque de temps est effectivement un frein à toute campagne de dépistage et de prévention. La densité insuffisante des médecins généralistes dans certaines régions majorent cette problématique en augmentant la charge de travail des médecins installés. Réaliser le questionnaire, expliquer les résultats, la notion de verres standards, de seuils recommandés, de type d'usage, interroger sur l'histoire du patient avec le produit et évaluer avec lui les objectifs qu'il souhaite se fixer prend effectivement plus de 15 minutes, surtout lors d'une consultation qui n'avait pas ceci comme motif. On peut cependant mettre en salle d'attente des prospectus afin que le patient remplisse le questionnaire et s'informe sur les notions de bases, proposer une autre consultation spécifique si l'on repère un mésusage,... Le suivi régulier de ces patients est



effectivement chronophage. Mais, encore une fois, prendre en charge cette problématique permet de gagner du temps dans la compréhension de certains symptômes, de l'inefficacité de certains traitements, d'éviter les consultations liées aux conséquences de ces alcoolisations (chutes, malaises, troubles du sommeil,...) et la prescription d'examen complémentaires inutiles,... De plus, le médecin généraliste, du fait de sa proximité et sa disponibilité, peut programmer la prise en charge en plusieurs consultations dans des délais relativement courts.

Le manque d'information et de compétence est une difficulté qui pour être surmontée nécessite un investissement en formation. Il s'agit d'abord d'une volonté des universités de l'intégrer dans la formation médicale initiale. Ainsi, à la Faculté de médecine de Rouen, durant l'internat de Médecine Générale, les étudiants reçoivent une formation de 3 heures portant spécifiquement sur l'alcool. Dans notre échantillon de médecins (jeunes par rapport à la population générale de médecins), seulement un médecin sur dix a reçu une formation médicale initiale dans ce domaine. Une fois installé, il est indispensable pour les médecins de participer à la formation médicale continue et notamment dans le domaine de l'addictologie mais ceci à un coût financier par le coût propre à la formation et le manque à gagner en s'absentant du cabinet. Il est également nécessaire que les formateurs intègrent dans leur présentation des éléments spécifiques à la personne âgée, comme cela est fait pour les jeunes ou les femmes enceintes. En effet, dans notre étude moins de un médecin sur dix ayant suivi une formation avait reçu des informations spécifiques à la personne âgée.

La troisième difficulté mise en avant, la peur d'altérer la relation médecin-malade, nécessite un changement des mentalités. Une étude sur les représentations de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans [6] montrait cependant que pour les patients il est normal que leur médecin leur pose la question de la consommation d'alcool.

Le manque d'intérêt est une difficulté qui concerne très peu les médecins.

Dix médecins ont indiqué qu'ils ne rencontraient aucune difficulté dans le repérage chez la personne âgée. Si l'on se réfère à leurs réponses, cela ne veut pas dire qu'ils

connaissent la consommation d'alcool chez tous leurs patients âgés, un seul connaissant la consommation chez 81-100% de ces patients. Un de ces médecins ne sait pas estimer la prévalence du mésusage dans sa patientèle âgée.

Certains médecins ont rapporté d'autres difficultés notamment le fait de ne pas y penser pour 1 médecin sur 10. Une plus grande médiatisation et formation permettraient de remédier à cette difficulté en sensibilisant les médecins à ce problème. En effet, le fait d'avoir entendu parler d'un sujet permet d'y penser plus facilement et de repérer de façon plus fréquente certains éléments évocateurs. Plusieurs médecins ont ainsi noté dans les commentaires que le simple fait d'avoir rempli le questionnaire leur permettrait d'améliorer leur pratique en y pensant plus fréquemment. Une des autres difficultés évoquées est le respect et la tolérance envers les personnes âgées, « le dernier plaisir » [2]. En effet, les personnes âgées ont une image de « sages » et l'absence de conséquences socioprofessionnelles et somatiques à long terme poussent certains professionnels médicaux et paramédicaux à ne pas aborder le sujet à partir d'un certain âge. Repérer ne veut pas dire interdire mais mettre le doigt sur une consommation qui peut avoir des conséquences à court et/ou moyen terme et être vécue comme problématique par la personne. La difficulté de prise en charge a également été mise en avant ; c'est effectivement un travail dans la durée, ce qui en fait une mission de médecine générale. Enfin, trois médecins ont parlé de leur problème personnel avec l'alcool, « mes propres démons ». La relation médecin-malade, notamment en médecine générale où le praticien a un lien privilégié avec le patient, est influencée par les phénomènes de transfert et contre-transfert. Ceci explique les difficultés ou réticences de certains médecins à aborder le sujet, notamment chez la personne âgée.

Pour pallier l'ensemble de ces difficultés, il ne s'agit pas seulement de demander aux médecins généralistes de repérer plus. Ils doivent pour cela être mieux formés, notamment chez la personne âgée, des outils et moyens doivent être mis à disposition (questionnaire spécifique bref, prospectus,...). Il faut également sensibiliser la population générale à ce phénomène afin de faciliter la discussion sur ce sujet et le travail des médecins. Les médias ont un impact fort sur les mentalités et les habitudes, comme le montre l'efficacité des campagnes « Zéro alcool pendant la grossesse » ou

« Les antibiotiques c'est pas automatique ». Pour cela, il faut donc une réelle volonté des pouvoirs publics.

On retrouve des différences entre les sous-groupes quant aux difficultés rapportées en premier. En effet pour les jeunes médecins, les jeunes installés, ceux n'ayant pas suivi de formation et ceux ayant moins de 20% de personnes âgées dans leur patientèle, il s'agit en premier du manque d'information et de compétence. Pour les médecins plus vieux, plus anciennement installés, ayant plus de 20% de personnes âgées dans leur patientèle et ayant suivi une formation, il s'agit du manque de temps. Un fois de plus, une étude multivariée serait nécessaire pour éliminer le biais de confusion dans l'évaluation de ces déterminants.

#### 5.4.2.7 – Un repérage avec des spécificités chez la personne âgée

Environ quatre médecins sur dix estiment qu'il existe une différence entre le repérage en population générale et chez la personne âgée.

Une des différences mises en avant est l'importance du sujet tabou avec un abord beaucoup plus difficile chez la personne âgée, et ceci d'autant plus qu'il s'agit d'une femme âgée. En effet, comme le souligne Pascal Ménécier [2], les soignants ont une image du vieux sage à qui il faut laisser un dernier plaisir, ceci étant associé à la crainte de blesser.

Une des façons de lutter contre les différences de repérage entre des populations d'âge, de sexe, de niveau socio-économique différents est d'être systématique [38]. Il s'agit donc d'intégrer la question de l'alcool dans tout interrogatoire afin de dépasser le tabou. On peut également mettre en place dans les logiciels informatiques des rappels informatiques afin d'aborder le sujet si cela n'a jamais été fait ou pas récemment.

Les médecins parlent également de l'importance des comorbidités et traitements associés ; cela reflète bien toute la difficulté de repérage chez la personne âgée, une même consommation n'ayant pas les mêmes conséquences en fonction des maladies et thérapeutiques existantes.

Ils mettent également en avant l'importance du déni et du poids des habitudes. Il faut cependant rappeler que plus d'un tiers des personnes âgées ont un mésusage à début tardif, le comportement n'est donc pas forcément ancré depuis plus de temps que chez un adulte plus jeune. Il est également important de souligner que le déni, selon le modèle théorique du changement de Prochaska et DiClemente [39] [Annexe H], fait partie du stade de précontemplation et qu'une attitude thérapeutique adaptée permet d'avancer vers le stade de contemplation puis celui de prise de décision. La difficulté de prise en charge est également un élément mis en avant, notamment « le manque de résultats de l'implication du médecin ». Il s'agit en effet d'une maladie, comme toute maladie chronique, qui ne peut se prendre en charge que sur la durée avec des phases possibles de rechute.

Enfin, on retrouve la mise en avant du type de consommation différent chez la personne âgée. En effet, comme le montre le Baromètre Santé 2005, les personnes âgées consomment plus sur un mode quotidien avec peu d'alcoolisation massive et plutôt des alcools ayant un faible degré d'alcool (cidre, vin). Ces différences de mode de consommation rendent le mésusage moins visible et plus acceptable socialement. Il en résulte malgré tout des conséquences somatiques, psychosociales, financières,...

#### 5.4.2.8- Des commentaires globalement positifs

Bien que, comme discuté plus haut, quelques médecins aient critiqué l'obligation de répondre à chaque question, les commentaires des médecins ayant répondu étaient plutôt positifs tant sur le fond que sur la forme, « bravo pour ce questionnaire qui associe agrément et interaction du remplissage, sujet fort intéressant ».

Plusieurs médecins ont mis en avant l'intérêt du sujet malgré les difficultés rencontrées, « Merci pour votre travail, sujet important et difficile » mais également l'« ambivalence entre formation, conscience de l'intérêt du dépistage et d'une prise en charge et réalité sur le terrain (tabou, relation médecin-patient, temps) ». Ils ont également insisté sur l'importance d'être systématique, quel que soit l'âge ou le sexe. Enfin, plusieurs médecins ont mis en avant que le fait de remplir ce questionnaire leur avait permis de prendre conscience du problème et contribuerait à améliorer leur

pratique, « votre questionnaire est intéressant car il m'interpelle sur une pratique à laquelle je ne pense pas dans cette catégorie d'âge. Il va contribuer je pense à améliorer ma pratique ! Merci ». Cet élément semble intéressant car il nous amène à penser que, comme pour d'autres sujets [36], la réalisation d'une communication publique sur ce thème permettrait de légitimer l'existence de ce problème de santé, tant au niveau de la population générale que du milieu médical et paramédical.

# **CHAPITRE VI – CONCLUSION**

Cette étude nous montre donc que le mésusage d'alcool est un problème sous-estimé chez la personne âgée et dont le repérage présente des difficultés spécifiques. Il reste néanmoins un facteur de fragilité aux conséquences multiples et souvent occultées.

Afin d'améliorer notre repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées, nous proposons de :

- Définir des seuils adaptés à la personne âgée mais également aux comorbidités et à la polymédication associées à cette âge.
- Créer un questionnaire standardisé qui soit adapté à la fois à la personne âgée mais également à la pratique de la médecine générale.
- Former les médecins généralistes au repérage et à la prise en charge du mésusage d'alcool en population générale mais également chez la personne âgée.
- Rendre le repérage systématique en utilisant par exemple les rappels automatiques sur les logiciels informatiques.
- Soutenir les médecins généralistes dans ce travail notamment par le biais de la rémunération sur objectifs de Santé Publique dans le cadre de la nouvelle Convention Médecins-Assurance Maladie.
- Légitimer l'existence du mésusage d'alcool chez la personne âgée par les pouvoirs publics et la médiatisation de ce problème à travers par exemple des campagnes d'information et de prévention.

Le mésusage d'alcool chez la personne âgée est donc un problème de Santé Publique, au même titre que chez les jeunes ou la femme enceinte. De ce fait chacun, qu'il soit médecin, professionnel paramédical, responsable dans les pouvoirs publics, média ou simplement citoyen, doit œuvrer pour mettre fin au tabou du mésusage d'alcool chez la personne âgée et ainsi apporter l'aide requise pour ces personnes fragilisées.

« Qui parle sème, qui écoute récolte. » (Proverbe persan) [41]

# ANNEXES



## **ANNEXE A – DEPENDANCE selon la DSM IV [11]**

La dépendance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - o Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - o Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
  
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - o Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - o La même substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
  
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
  
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour contrôler ou diminuer l'utilisation de la substance.
  
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.
  
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
  
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

NB : Le syndrome de sevrage alcoolique comprend le prédélirium tremens (agitation, anxiété, insomnie, sueurs, tremblements, hypertension, tachycardie, nausées, vomissement, diarrhée) puis, en l'absence de traitement, le delirium, des hallucinations et des convulsions ; ces signes peuvent être associés ou isolés. [AL]

## **ANNEXE B – Questionnaire CAGE-DETA [40]**

1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool ?

2 – Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

3 – Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ?

4 – Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus à ces questions évoque une consommation nocive.

**ANNEXE C – Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [40]**

1- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2- Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3- Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou davantage lors d'une occasion particulière?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5- Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir bu la veille?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir bu?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9- Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10- Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

### **Résultats :**

Un total supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme évoque un usage à risque.

Un total supérieur à 12 chez l'homme et à 11 chez la femme évoque une dépendance.

La version courte, AUDIT-C comprend les 3 premières questions. Un score supérieur ou égal à 3 évoque un mésusage d'alcool.

## ANNEXE D - Questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation par entretien) [17]

1 – A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à trois fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

2 – Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3 – Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

4 – Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

5 – Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous aviez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

### Interprétation du score total :

	Hommes	Femmes
Risque faible ou nul	Moins de 5	Moins de 4
Consommation excessive probable	5 à 8	4 à 8
Dépendance probable	Plus de 8	Plus de 8

## ANNEXE E – Questionnaire MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) [20]

- 1 - Pensez-vous consommer de l'alcool en quantité plus que la normale ?  
OUI = 2      NON = 0
- 2 - Après une soirée bien arrosée, vous êtes-vous déjà réveillé(e) en constatant que vous aviez oublié une partie de la soirée ?  
OUI = 2      NON = 0
- 3 - Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 1      NON = 0
- 4 – Pouvez-vous vous arrêter de boire après 1 ou 2 verres, sans difficulté ?  
OUI = 0      NON = 2
- 5 – Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 6 – Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?  
OUI = 0      NON = 2
- 7 – Avez-vous déjà essayé de limiter votre consommation d'alcool à certains moments de la journée ou dans certains endroits ?  
OUI = 2      NON = 0
- 8 – Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?  
OUI = 0      NON = 2
- 9 – Avez-vous déjà assisté à une réunion des alcooliques anonymes (AA, etc.) pour un problème d'alcool ?  
OUI = 5      NON = 0
- 10 – Vous êtes-vous déjà battu alors que vous buviez de l'alcool ?  
OUI = 1      NON = 0
- 11 – Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?  
OUI = 2      NON = 0
- 12 – Vos proches ont-ils demandé de l'aide à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 13 – Avez-vous déjà perdu des amis en raison de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 14 – Avez-vous eu des problèmes professionnels en raison de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 15 – Avez-vous déjà perdu votre place en raison de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 16 - Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0
- 17 – Avez-vous déjà bu de l'alcool avant midi ?  
OUI = 1      NON = 0
- 18 – A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie de foie ou une cirrhose ?  
OUI = 2      NON = 0
- 19 – Avez-vous déjà souffert de delirium tremens, de tremblements, entendu des voix ou vu des choses qui ont disparu après avoir bu de l'alcool ?  
OUI = 2      NON = 0

- 20 – Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation d'alcool ? OUI = 5 NON = 0
- 21 – Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ? OUI = 5 NON = 0
- 22 – Avez-vous déjà été placé dans un hôpital psychiatrique à cause d'un problème lié à l'alcool ? OUI = 2 NON = 0
- 23 – Avez-vous déjà consulté un psychiatre, un médecin, une assistante sociale, un pasteur ou un prêtre en raison de votre consommation d'alcool ? OUI = 2 NON = 0
- 24 – Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison d'ivresse ? OUI = 2 NON = 0
- 25 – Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ? OUI = 2 NON = 0

**Résultats :**

- 0 – 3 : pas de problème lié à consommation d'alcool
- > 5 : diagnostic d'alcoolodépendance probable
- ≥ 10 : diagnostic d'alcoolodépendance certain

**Le short-MAST :**

Il comprend 13 questions correspondants aux questions 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 16, 20, 21, 24, 25 du questionnaire MAST. Un score égal ou supérieur à 3 suggère une alcoolodépendance.

## **ANNEXE F – Questionnaire MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric) [22]**

- 1 - Après avoir bu, avez-vous déjà noté une augmentation de votre rythme cardiaque ou des battements dans votre poitrine ?
- 2 - Lorsque vous parlez avec d'autres personnes, est-ce que vous minimisez la quantité de boissons qu'en fait vous prenez ?
- 3 - Est-ce que l'alcool vous fait dormir de sorte que vous vous assoupissiez dans votre fauteuil ?
- 4 - Après quelques verres, vous est-il arrivé de ne pas manger ou bien d'être capable de sauter un repas parce que vous n'aviez plus faim ?
- 5 - Le fait de prendre quelques verres vous aide-t-il à diminuer le tremblement des mains ou de tout le corps ?
- 6 - L'alcool fait-il qu'il vous est parfois difficile de vous souvenir de certains événements de la journée ou de la nuit ?
- 7 - Est-ce que vous avez des principes pour vous-même, tels que de ne pas boire avant une certaine heure du jour ou de la nuit ?
- 8 - Avez-vous perdu l'intérêt à certains passe-temps ou à certaines activités qui jadis vous intéressaient ?
- 9 - Quand vous vous réveillez le matin, avez-vous parfois des difficultés à vous souvenir d'une partie des événements de la nuit précédente ?
- 10 - Le fait de prendre un verre vous aide-t-il mieux à dormir ?
- 11 - Cachez-vous vos bouteilles d'alcool aux membres de votre famille ?
- 12 - Après une réunion ou une rencontre, vous êtes-vous déjà senti mal parce que vous aviez trop bu ?
- 13 - Avez-vous déjà pris conscience que boire peut-être nocif pour votre santé ?
- 14 - Vous arrive-t-il de prendre un dernier verre pour finir la soirée ?
- 15 - Avez-vous remarqué que votre consommation d'alcool avait augmenté, après qu'un de vos proches soit décédé ?
- 16 - En général, préférez-vous prendre quelques verres à la maison plutôt que de sortir pour rencontrer des amis ?
- 17 - Buvez-vous plus maintenant que par le passé ?
- 18 - D'habitude, prenez-vous un verre pour vous relaxer ou calmer vos nerfs ?
- 19 - Buvez-vous pour oublier les problèmes qui vous occupent l'esprit ?
- 20 - Avez-vous augmenté votre consommation d'alcool après avoir vécu une perte dans votre vie ?
- 21 - Vous arrive-t-il de conduire après avoir trop bu ?
- 22 - Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a fait part de son inquiétude ou de sa préoccupation sur votre consommation d'alcool ?
- 23 - Avez-vous déjà établi des règles personnelles pour prendre en charge le fait de boire ?
- 24 - Quand vous vous sentez seul(e), est-ce que le fait de prendre un verre vous aide ?



**Résultat :**

Cinq réponses « oui » ou plus sont le signe d'un problème relatif à l'alcool.

**Le short-MAST-G :**

Il comprend 10 questions, correspondants aux questions 2, 4, 5, 6, 18, 19, 20, 22, 23, 24 du questionnaire MAST-G.

Deux réponses « oui » ou plus sont le signe d'un problème relatif à l'alcool.

## ANNEXE G – Questionnaire médecin

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
Souhaitez-vous être informé des résultats de cette étude? OUI / NON

Numéro de département :

Homme / Femme

Age :            25-34            35-44            45-54            55-64             $\geq 65$

Nb d'années d'installation : 0-9            10-19            20-29             $\geq 30$

Avez-vous déjà suivi une formation sur l'alcool? OUI / NON

Si oui, de quel type de formation s'agissait-il? .....

Le thème des personnes âgées a-t-il été spécifiquement abordé? OUI / NON

Quelle est la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans votre patientèle?

0-20 %            21-40 %            41-60%            61-80%            81-100%

1- La consommation d'alcool est une information que vous connaissez pour combien de personnes âgées dans votre patientèle?

0-20 %            21-40 %            41-60%            61-80%            81-100%            Ne sait pas

2- Pour vous, chez la personne âgée, à partir de quel seuil la consommation est-elle à risque? (En nombre de verres)

- Par semaine : 0-7    8-14            15-21             $>21$             Ne sait pas

- Lors d'une occasion :             $\geq 2$              $\geq 4$             Ne sait pas

3- Dans votre patientèle, à combien estimez-vous la prévalence du mésusage d'alcool chez les personnes âgées ?

0 - 5 %            6-10 %            11-15 %            16-20 %            21-25%             $> 25$  %

Ne sait pas

4- A quelle occasion abordez-vous le sujet ?            Jamais    Parfois    Souvent    Toujours

- Première consultation                                               

- Demande du patient, de sa famille ou d'un tiers                                               

- Anomalies biologiques                                               

- Autres examens complémentaires anormaux                                               

- Instauration ou modification d'un traitement                                               

- Inefficacité d'un traitement                                               

(antihypertenseur, hypolipémiant, antidiabétique,...)                                               

- Découverte d'une probable alcoolopathie :

cirrhose, pancréatite, cancer aérodigestif, neuropathie,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Nouveau symptôme:				
Chute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fracture, traumatisme, brûlures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malaise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sd anxiodépressif, troubles de l'humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de la mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malnutrition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recours fréquent au système de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Intoxication alcoolique aigüe, sd de sevrage, délirium tremens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autres: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

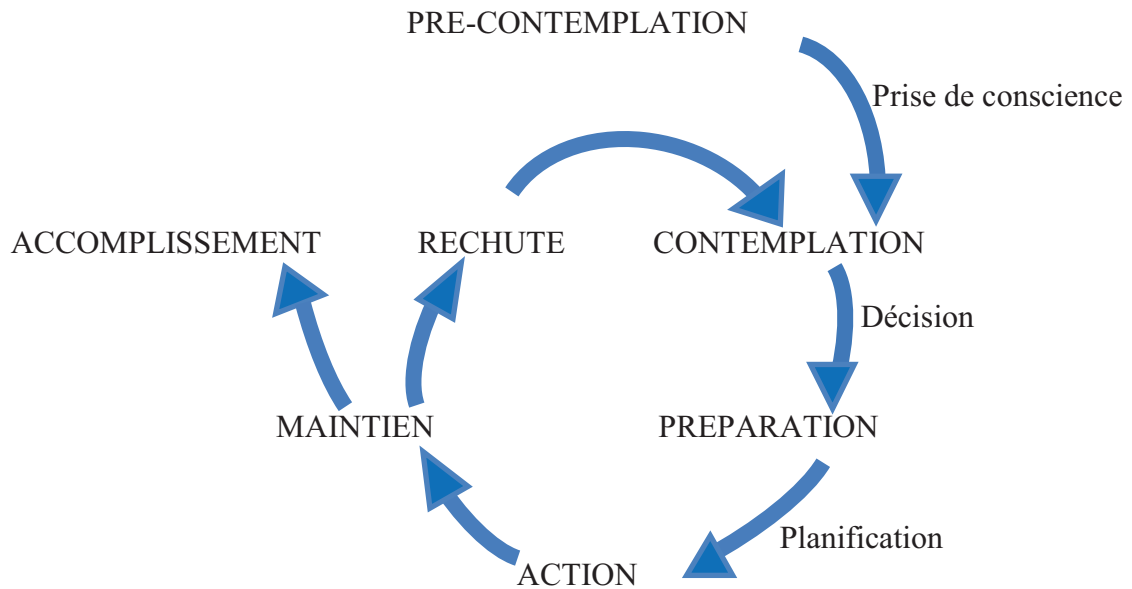
5- Quels outils utilisez-vous?	Jamais	Parfois	Souvent	Non connu
- Campagne d'affichage dans le cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Prélèvements biologiques :				
VGM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GGT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CDT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcoolémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Consommation déclarée d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Questionnaires standardisés :				
CAGE – DETA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FACE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUDIT et dérivés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAST et dérivés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ARPS et dérivés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autres : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6- Quelles sont vos difficultés à aborder le sujet de l'alcool chez les personnes âgées?  
 Numéroté du plus important au moins important

	1	2	3	4	5	6	7
- Manque de temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Manque d'outils adaptés à la médecine générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Manque d'information et de compétence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Manque d'intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Peur d'altérer la relation médecin-malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ANNEXE H – MODELE THEORIQUE DU CHANGEMENT DE PROCHASKA ET DICLEMENTE [39]



STADES	ATTITUDES DU THERAPEUTE
Précontemplation	Faire naître le doute
Contemplation	Faire pencher la balance décisionnelle
Préparation	Planifier un programme d'action, proposer des prises en charge
Action	Accompagner le patient dans les étapes du changement et modifier le comportement
Maintien	Aider à identifier les stratégies de prévention de la rechute
Rechute	Aider à retourner dans un processus de changement en évitant la paralysie de la culpabilité

# **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque-Usage nocif. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie. Alcoologie et Addictologie 2003, 25 (4S) : 3S-5S. Disponible sur [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_Mesusages.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_Mesusages.pdf) (Page consultée le 8 juillet 2011)
- 2 - MENECHIER P., GONNET F. Les aînés et l'alcool. Toulouse : Erès ; 2010. 226p. (Pratiques gériatriques)
- 3 - MICHAUD P., LECALLIER D. Risque alcool chez les plus âgés. Difficultés liées au repérage. Gériatrie et société 2003 ; 105 : 89-99
- 4 - ROBERT-BOBEE I. Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Insee Première, 07/2006, n°1089. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf> (Page consultée le 8 août 2011)
- 5 - FINK A., LECALLIER D. Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior. Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31(3) :225-234
- 6 - COUDERC E.-J. Représentations de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans : étude qualitative. Thèse de doctorat en médecine. Paris 7 : Université Paris Diderot, 2010, 115p.
- 7 - HUAS D., RUEFF B. Alcool et médecine générale. Neuilly-sur-Seine : GMSanté ; 2010, 194p.
- 8 - ANONYME. Alcool : Pour faire le point. Fascicule Ouvrons le dialogue. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr>
- 9 - DESPORTES E. Prise en charge et orientation du patient en difficulté avec l'alcool en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Université de Rouen, 2010, 103p.
- 10 - Société Française d'Alcoologie. « Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation ». Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23 (4suppl.) : 1S-76S
- 11 - American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française J.-D. Guelfi et al. Paris ; 1996, 384p.
- 12 - BATEL P. Pour en finir avec l'alcoolisme, réalités scientifiques contre idées reçues. Paris : La découverte ; 2006, p.50-58

13 - FRANCOIS E. Alcoolisme et personnes âgées. Thèse de doctorat en médecine. Besançon : Université de Besançon, 2000, 135p.

14 - REYNAUD M. Ed. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006, 800p.

15 - ANONYME. Table Nationale de codage de Biologie. Disponible sur [http://www.codage.ext.cnamts.fr/codfi/nabm/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codfi/nabm/index_presentation.php?p_site=AMELI) (Page consultée le 12 juillet 2011)

16 - DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE DE ROUEN. UPL Le patient et l'alcool. Faculté de médecine de Rouen, juin 2010

17 - MICHAUD P, DEWOST A-V, FOUILLAND P. « Boire moins c'est mieux ». Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? Presse Med. 2006; 35: 831-9

18 - LUSTYGIER V., CNOKAERT P., ROLAND M. et al. Abus et dépendance à l'alcool. Questionnaires de dépistage en médecine générale. Alcoolologie et Addictologie 2003, 25 (3) : 223-230

19 - GACHE P. Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. Fondation FAS. Disponible sur <http://lafondationfas.org/shared/Comprendre/reperage.pdf> (Page consultée le 8 juillet 2011)

20 - ACIETTO C. La validation d'une version française du questionnaire AUDIT « Alcohol Use Disorders Identification Test ». Thèse de doctorat en médecine. Genève : Université de Genève, 2003. Disponible sur <http://www.unige.ch/cyberdocuments/these2003/AciettoC/these.html> (Page consultée le 08 août 2011)

21 - DEWOST A.-V., DOR B., ORBAN T. et al. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. Acceptabilité des questionnaires FACE, AUDIT, AUDIT intégré dans un questionnaire de santé en médecine générale (France, Belgique, Suisse). Rev Prat Med Gen., 2006, 20 : 321-6

22 - VIGNE C. La dépendance alcoolique en gériatrie. Gérontologie et société 2/2003, n°105, p.101-108. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2003-2-page-101.htm> (Page consultée le 04 janvier 2011)

23 - HAAZ S., GACHE P. Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Revue Médicale Suisse 2007 ; 3118. Disponible sur <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32411> (Page consultée le 03 janvier 2011)



- 24 - BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé 2007 : 608p.
- 25 - INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Editions INSERM 2001 : 358p.
- 26 - DANET S. Ed. L'état de santé de la population-Rapport 2009-2010. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html> (Page consultée le 12 juillet 2011)
- 27 - VIONNET-FUASSET J. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale. Documents de Recherches en Médecine Générale, SFMG, 2005, 60: p.3-32
- 28 - SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. Observatoire de la Médecine Générale. Disponible sur <http://omg.sfm.org/> (Page consultée le 22 décembre 2011)
- 29 - BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD. Saint-Denis : INPES, coll. Etudes santé territoires, 2008 : 336p.
- 30 - SICART D. Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Fascicule, Séries statistiques-Document de travail. DREES, n°157, 2011. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat152-5.pdf> (Page consultée le 16 décembre 2011)
- 31 - ESCALON H., BOSSARD C., BECK F. (sous la dir.). Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009: 424p.
- 32 - ADAMS W., BARRY K., FLEMING M. Screening for problem drinking in older primary care patients. JAMA 1996; 276: 1964-7
- 33 - FERNANDEZ L. (Ed.) Les addictions du sujet âgé. Paris: Editions In Press; 2009. 230p. (Collection Psycho)
- 34 - Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 26 Juillet 2011. Journal Officiel de la République Française, 25/09/2011, n°16 : 353p. Disponible sur <http://www.ameli.fr> (Page consultée le 5 février 2012)

35 - DESPLANQUES-LEPERRE A. Programme « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ». Haute Autorité de Santé, 2010. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_724891/n5-focus](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_724891/n5-focus) (Page consultée le 21 janvier 2012)

36 - LAMOUREUX P. Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé. Les tribunes de la santé, 2005/4 n°9, p.35-42. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-4-page-35.htm> (Page consultée le 22 décembre 2011)

37 - GALLOIS P., VALLEE J.-P., LE NOC Y. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 2006 ; 2 (7) : 302-6. Disponible sur [http://www.jle.com/e-docs/00/04/20/F8/vers\\_alt/VersionPDF.pdf](http://www.jle.com/e-docs/00/04/20/F8/vers_alt/VersionPDF.pdf) (Page consultée le 6 février 2012)

38 - FALCOFF H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? ADSP, 2010, 73 : 41-43

39 - DAVID M. Entretien motivationnel. Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille. Disponible sur <http://www.reseausanteaddictionsud.org/upload/fkszfeskly.pps> (Page consultée le 3 février 2012)

40 - REYNAUD M. Usage nocif de substances psychoactives. Paris : la documentation Française ; 2002

41 – MALOUX M. Dictionnaire des proverbes, sentences et maximes. Paris : Larousse ; 1980, 628p.