HAL
open science

Alcoville 75+ : consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine. Étude observationnelle transversale de prévalence

Audrey Guiard

To cite this version:

Audrey Guiard. Alcoville 75+ : consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine. Étude observationnelle transversale de prévalence. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00979637

HAL Id: dumas-00979637

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00979637v1

Submitted on 16 Apr 2014

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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 Thèse n° 25

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Audrey GUIARD

Née le 7 Mai 1985 à Bordeaux (33)

Le 25 mars 2014

ALCOVILLE 75+

Consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine.

Etude observationnelle transversale de prévalence.

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX Président

Madame le Professeur Nathalie SALLES Juge

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS Juge

Monsieur le Docteur Benoit FLEURY Juge et rapporteur

REMERCIEMENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Jean-Louis DEMEAUX,

Docteur en médecine

Professeur titulaire de Médecine Générale

Directeur adjoint, Coordonnateur du DES de Médecine Générale de Bordeaux

Je vous remercie de m'accorder de votre temps, de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

A MADAME LE PROFESSEUR Nathalie SALLES,

Docteur en médecine

Professeur titulaire de Médecine Gériatrique

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Gérard DUCOS,

Docteur en médecine

Professeur associé de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Philippe CASTERA,

Docteur en médecine

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Je vous remercie de m’avoir guidé dans ce travail, d’avoir partagé votre expérience et de continuer à m’accompagner dans le « monde de l’alcoologie ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR Benoit FLEURY,

Docteur en médecine

Praticien hospitalier

Je vous remercie d’avoir accepté d’être le rapporteur de cette thèse et de m’avoir initiée à l’alcoologie.

A Romain mon mari, merci pour ta patience, ton aide, et ton amour.

A mes parents, merci pour votre soutien, votre amour et pour avoir toujours été là.

A mon frère et ma sœur, merci pour votre soutien, votre aide et pour ce que vous êtes.

A ma grand-mère Denise, merci pour ta tendresse et ton soutien.

A mes grands-parents, merci pour votre soutien.

A Amélie, mon oncle, ma tante, merci à vous de faire partie de ma petite mais belle famille.

A ma belle-famille, merci à vous de m'avoir accueillie dans votre grande et belle famille.

A Eric, Julie et Alice, merci Eric pour tes talents de statisticien, et à toi Julie pour ton amitié.

A Adeline, Gwennaelle, Sophie, Maud, Anne Emmanuelle, Bénédicte, mes meilleures amies…

Au CHIC Marmande Tonneins, et particulièrement aux Dr Naga et Di Palma.

A tous ceux que j'ai oubliés…

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 9

JUSTIFICATION : 10

1. Une population Française consommatrice d'alcool 10

1.1. Alcool : les seuils de consommation à risques définis par l'INPES pour la France 10

1.2. Usages d'alcool : définition 11

1.3. Prévenir, repérer et intervenir sur ces usages d'alcool: un intérêt de santé publique 12

2. Spécificités de la consommation d'alcool des 75 ans et plus 13

2.1. Une population âgée consommatrice d'alcool 13

2.2. Une population âgée plus sensible aux effets nocifs de l'alcool 14

3. Place de la prévention chez les ainés 15

4. Difficultés de repérage 16

5. Le territoire d'étude : la région Aquitaine 18

MATERIELS ET METHODE : 21

1. Recrutement des investigateurs 21

2. Recrutement des patients 22

2.1. Critères d'inclusion 22

2.2. Critères de non inclusion 22

2.3. Critère d'exclusion 22

2.4. Cas particuliers 22

3. Construction du questionnaire 23

4. Recueil des données 25

5. Saisie et traitement des données 25

RESULTATS : 26

1. Caractéristiques de la population étudiée 26

1.1. Age et sexe 26

1.2. Groupe iso ressource 28

2. Etude des consommations d'alcool 29

2.1. Profils des consommations de la population totale 29

2.2. Répartition des consommations selon le sexe 30

2.2.1. Etude de la population féminine 30

2.2.2. Etude de la population masculine 32

2.2.3. Comparaison hommes-femmes 33

3. Etude de la consommation d'alcool associé à d'autres facteurs **34**
3.1. Etude des consommations de tabac **34**
3.2. Etude des consommations de psychotropes **35**
3.3. Autonomie et consommation d'alcool **36**
DISCUSSION : **37**
1. Analyse de résultats **37**
1.1. Caractéristiques de notre population **37**
1.1.1. Age et sexe **37**
1.1.2. Groupe iso ressource **39**
1.2. Consommation d'alcool **40**
1.3. Consommation d'alcool et autres facteurs associés **41**
1.3.1. Consommation de tabac et alcool **41**
1.3.2. Consommation de psychotropes et alcool **41**
1.3.3. Groupe Iso Ressource et alcool **42**
2. Les limites de l'étude **42**
3. Taux de réponse limité : tentatives d'explication et solutions envisagées **43**
4. Optimisation de la méthodologie **45**
5. Les points forts de notre étude **47**
CONCLUSION : **49**
BIBLIOGRAPHIE : **50**
ANNEXES : **56**
Annexe 1 : Questionnaire AUDIT-C **56**
Annexe 2 : Verres d'alcool standards **56**
Annexe 3 : Questionnaire AUDIT **57**
Annexe 4 : Territoire Aquitaine **57**
Annexe 5 : Questionnaire Alcoville 75+ **58**
Annexe 6 : Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ESPS 2002 selon l'AUDIT-C validé **59**
Annexe 7 : Questionnaire Alcoville 75+ explicatif pour les médecins **60**

TABLEAUX :

Tableau 1 : Proportion de la population en fonction de l'âge **26**

Tableau 2 : Distribution de la population en fonction du GIR **28**

Tableau 3 : Distribution de la population en fonction du profil de consommation **29**

Tableau 4 : Proportion de fumeurs pour chaque profil de consommation d'alcool **34**

Tableau 5 : Proportion de consommateurs de psychotropes pour chaque profil de consommation d'alcool **35**

Tableau 6 : Proportion de GIR selon les consommations d'alcool **36**

Tableau 7 : Comparaison de la distribution de l'âge chez les femmes entre l'étude Alcoville 75+ et les données de l'Insee 2010 **37**

Tableau 8 : Comparaison de la distribution de l'âge chez les hommes entre l'étude Alcoville 75+ et les données de l'Insee 2010 **38**

Tableau 9 : Comparaison des GIR de l'étude Alcoville 75+ et de la population française **39**

FIGURES :

Figure n°1 : Distribution du sexe selon la classe d'âge dans l'échantillon **27**

Figure n°2 : Distribution de la population féminine (n=131) selon l'âge **27**

Figure n°3 : Distribution de la population masculine (n=92) selon l'âge **28**

Figure n°4 : Distribution de la population selon le profil de consommation d'alcool **30**

Figure n°5 : Distribution de la population féminine selon le profil de consommation **30**

Figure n°6 : Distribution des consommations d'alcool des femmes pour chaque classe d'âge **31**

Figure n°7 : Distribution de la population masculine selon le profil de consommation **32**

Figure n°8 : Distribution des consommations d'alcool des hommes pour chaque classe d'âge **32**

Figure n°9 : Distribution du sexe selon le profil de consommation **33**

LISTE DES ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test

CPL: Commission Pédagogique Locale

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

GIR: Groupe Iso Ressource

HAS: Haute Autorité de Santé

HCAAM: Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

IMG: Interne de Médecine Générale

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OFDT: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS: Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFA: Société Française d'Alcoologie

CITATIONS

In Vino Veritas. (Pline l'Ancien)

Chez nous, les hommes devraient naître plus heureux et plus joyeux qu'ailleurs, car je crois que le bonheur vient aux hommes qui naissent là où l'on trouve le bon vin. (Léonard De Vinci)

Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons. Aussi parmi celles qui sont connues aujourd'hui, c'est celle que l'homme recherche de préférence à toutes les autres, si peu que l'occasion lui ait été offerte de s'y habituer. (Pasteur)

C'est la pénicilline qui guérit les hommes mais c'est le bon vin qui les rend heureux. (A. Fleming)

INTRODUCTION

En France les usages d'alcool de la population font l'objet d'un plan gouvernemental 2013-2017 [1] et sont régulièrement étudiés. Certains publics sont plus particulièrement ciblés, comme les jeunes ou les actifs. Les travaux les concernant sont particulièrement nombreux en France et en Europe [2-4]. Les consommations d'autres publics sont par contre peu documentées dans la littérature. Parmi ces populations, on retrouve les personnes âgées, notamment les plus de 75 ans [4], alors même que leur nombre est croissant et qu'ils représentent aujourd'hui 9 % de la population française [5]. Aucune étude de prévalence des consommations d'alcool chez les plus de 75 ans n'a été retrouvée en médecine ambulatoire, en France.

Cette population est connue comme consommatrice régulière d'alcool. Les rares études tendent à montrer que la fréquence de la consommation régulière quotidienne augmente avec l'âge et que dans l'avenir, il faut s'attendre à une augmentation du nombre absolu de personnes âgées en difficulté avec l'alcool [6]. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette absence d'études: les représentations ambiguës attachées aux consommations de cet âge, entre une espérance de vie plus limitée et une culture générationnelle des boissons alcoolisées « aliments » (vin, bière, cidre) ; une population à l'autonomie très variable et éparpillée en des lieux de vie différents (hôpitaux ; EHPAD ; domicile…) ; une problématique paraissant finalement peu prioritaire, impactant peu sur l'espérance de vie de la population générale ; un sentiment d'intrusion s'opposant à un des derniers plaisirs d'une fin de vie. Se pose enfin la question du moyen de dépistage. En effet, les questionnaires validés en Français semblent peu adaptés à cette population fragile, du moins au niveau des seuils et scores proposés [7].

Malgré ces obstacles idéologiques et pratiques, un repérage précoce de la consommation d'alcool [8], notamment en médecine ambulatoire [9] où cette population est très majoritairement représentée, permettrait une réduction des risques, une amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Ceci, toutefois, dépend en grande partie de la prévalence des consommations problématiques d'alcool, prévalence non disponible en France, en médecine ambulatoire, pour les 75 ans et plus, limite du repérage effectué par le baromètre santé [4].

La question de recherche est la suivante : « quelle est la prévalence des usages d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus consultant en médecine générale, en Aquitaine ? »

La méthodologie choisie est une étude observationnelle transversale de prévalence utilisant le questionnaire AUDIT-C modifié (Alcohol Use Disorders Identification Test) (annexe 1).

JUSTIFICATION

1. Une population Française consommatrice d'alcool

Longtemps sous-estimée par les pouvoirs publics, l'importance de la consommation d'alcool des français est aujourd'hui au premier plan [10]. En 2011, la consommation mesurée à partir des ventes d'alcool (hors exportation) était de 12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (soit une moyenne de 2.6 unités standards par jour). Les 18-75 ans ne consomment cependant pas uniformément, on retrouve ainsi chez les hommes une proportion des consommations journalières trois fois plus élevée que celle des femmes. De plus ces ventes d'alcool mettent en évidence un phénomène générationnel, montrant une augmentation des quantités d'alcool ingérées avec l'avancée en âge, lié à un usage traditionnel du vin considéré alors comme aliment à part entière. Ces chiffres de vente fournissent un cadre mais il est important de différencier les modes de consommation en interrogeant directement les Français sur leurs consommations d'alcool.

1.1. Alcool : les seuils de consommation à risques définis par l'INPES pour la France.

En ce qui concerne l'usage d'alcool, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), d'après les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recommande en France les seuils suivants [11] :

- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/J)
- Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/J)
- Jamais plus de 4 verres par occasion
- S'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Les verres correspondent à des verres standards contenant 10g d'alcool pur, quel que soit le type de boisson alcoolisée (10cl de vin à 12 degrés, 25cl de bière à 5 degrés ou 10cl de champagne à 12 degrés) (annexe 2).

Ces seuils n'assurent aucunement avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée. Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation.

Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

- *En cas de situations à risque :* conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention…
- *En cas de risque individuel :* consommation rapide et/ou associée à d'autres produits notamment psychoactifs, pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ; modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médications associées, de l'état psychologique, *etc* ; situations physiologiques particulières: enfance, grossesse, états de fatigue (dette de sommeil).

1.2. Usages d'alcool : définition

Une consommation d'alcool [11] est dite « à risque » ou « dangereuse » pour la santé lorsqu'elle correspond à un niveau et/ou un mode de consommation susceptibles d'induire des pathologies, si ces habitudes persistent. En France, une consommation est considérée comme à risque pour la santé si elle dépasse 20 g d'alcool par jour pour les femmes et 30 g par jour pour les hommes, en moyenne [12].

La consommation d'alcool dite « nocive » ou « à problème » [11] est définie comme un mode de consommation ayant un impact dommageable au niveau médical, psychique ou social, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et par l'absence de dépendance à l'alcool.

Selon la Société Française d'Alcoologie (SFA) [11], la dépendance à l'alcool peut être caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

Le DSM-IV [13] donne une définition de la dépendance à une substance (si 3 ou plus des critères suivants sont présents sur une période de 12 mois) :

- Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante.
- Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance.
- Prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
- Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
- Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer la substance.

- Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'usage de la substance.
- Continuer à utiliser malgré la connaissance des risques pour la santé.

Le DSM-V et son changement de paradigme [14] permettent d'inclure les conséquences néfastes de l'utilisation de l'alcool et les conduites d'alcoolisation à risque, formes cliniques jusque-là non retenues par le DSM-IV [13], car les patients ne présentaient que 2 critères de dépendance et aucun critère d'abus.

Cette approche rejoint la catégorie du « Mésusage d'alcool » avancée en 2001 par la SFA dans ses recommandations pour la pratique clinique relatives aux conduites d'alcoolisation: « catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolodépendance incluse. »

Le risque tient à des facteurs extérieurs, environnementaux et socioculturels, et à des facteurs individuels, notamment physiologiques (sexe, âge, antécédents, malnutrition, tolérance), psychosociologiques ou génétiques, *etc*. Ceci nous amène à la conclusion que les individus sont inégaux devant le risque alcool.

Le DSM-V permet de graduer la sévérité du trouble lié à l'usage d'alcool en tant qu'addiction mais les définitions de la SFA sur les usages demeurent valides car apportent un éclairage plus spécifique sur les conséquences actuelles ou potentielles.

1.3. Prévenir, repérer et intervenir sur ces usages d'alcool: un intérêt de santé publique

En France, en 2009, 36 500 décès sont attribuables à l'alcool chez les hommes (13 % de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5 % de la mortalité totale) [15].

Conscient de l'importance de la prise en charge de ce problème l'Etat a diligenté plusieurs plans :

- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017|1].
- Plan National de prise en charge et de prévention des addictions du Ministère de la santé et des solidarités 2007-2011 [16].

Des études sont régulièrement mises en œuvre par les pouvoirs publics, en partenariat avec l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), afin d'évaluer les consommations d'alcool et d'établir des plans de prévention [17].

Certains publics sont particulièrement ciblés par ces actions, notamment les jeunes, avec les études ESCAPAD [2] (Enquête sur la santé et les consommations des jeunes de 17 ans lors de l'appel de préparation à la défense) et ESPAD [3] (Enquête sur les consommations de tabac, d'alcool et autres drogues illicites qui concerne les jeunes élèves scolarisés, nés en 1995 et auparavant).

D'autres catégories de la population font par contre l'objet de moins d'intérêt, comme les personnes âgées de 75 ans et plus. Aucune donnée de prévalence spécifique de sujets en difficultés avec l'alcool n'existe chez les sujets âgés, les études de prévalence étant sporadiques ou réduites à des estimations en France. L'essentiel des études disponibles sur le sujet sont nord-américaines et ne sont donc pas facilement transposables en Europe, compte tenu des disparités culturelles entre les deux continents en ce qui concerne l'usage d'alcool. Conscient de ce manque de données, l'INPES en 2010 a élargi ses enquêtes aux 76-85 ans en ce qui concerne l'alcool et le tabac mais les résultats ne sont pas encore connus [4].

2. Spécificités de la consommation d'alcool des 75 ans et plus

2.1. Une population âgée consommatrice d'alcool

Plusieurs études récentes pointent le manque de données de la littérature Française concernant les 75 ans et plus, alors même qu'ils représentent aujourd'hui 9 % de la population française et devraient compter 8 millions d'individus en 2030 [5].

Cette population, on le sait, est consommatrice d'alcool, même si elle ne constitue pas un groupe homogène. A l'instar de la population générale, la consommation chez les aînés varie en fonction de l'âge, du genre, du statut socioéconomique, de l'autonomie et d'autres paramètres géographiques. Pour établir un portrait des pratiques chez les personnes âgées, il faudrait savoir si les modes de consommation des aînés se sont modifiés au cours de leur vie.

Les personnes âgées représentent la tranche d'âge qui consomme le plus quotidiennement. Avec l'âge, si la fréquence de la consommation régulière, quotidienne, augmente, les consommations moyennes d'alcool par individu diminuent. Le nombre d'abstinents croît de 10 % pour la population adulte à 40 % après 65 ans.
Cet accroissement du nombre des non consommateurs est dû au fait que la proportion de femmes augmente mais aussi que les gros consommateurs à l'âge adulte sont souvent décédés [18]. Il faut tenir compte également des personnes ayant perdu une grande partie de leur autonomie, grabataires et/ou déments et qui n'ont par conséquent plus accès aux boissons alcoolisées.

Les personnes âgées ont reçu une éducation où la consommation d'alcool tient une place importante. Véritable rituel de passage de l'enfance à l'âge adulte, elle était valorisée, et cela dès le plus jeune âge. Mode de consommation habituel et alimentaire, la consommation de vin ou de bière n'est pas considérée comme une véritable consommation d'alcool.

Une carte routière circulant au début du XXème siècle reprenait en couverture des « slogans » représentatifs des images véhiculées sur le vin à l'époque :

- « Le vin, c'est le lait des vieillards »
- « 87 % des centenaires sont des buveurs de vin »
- « Moyenne de la vie humaine : 59 ans pour un buveur d'eau ; 65 ans pour un buveur de vin »
- « Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons » Pasteur

N'oublions pas que ces propos ne sont pas faux à une époque où l'eau était souvent responsable de nombreuses maladies infectieuses.

Ainsi, chez les personnes de 65-75 ans, 65 % des hommes et 33 % des femmes consomment quotidiennement des boissons alcoolisées : 2,6 verres pour les hommes *versus* 1,5 pour les femmes.
La dépendance à l'alcool concernerait 20 à 25 % de la population âgée en institution [19,20] et 18 % des hommes hospitalisés en service de gériatrie. Aucune étude n'a jusqu'alors été réalisée en médecine ambulatoire [18].

Deux profils se dégagent :

L'alcoolisme à début précoce : les difficultés existaient déjà avant l'âge de la retraite. Ces personnes ont souvent été en lien avec les services d'alcoologie. L'avancée en âge ne fait que réactiver ces difficultés, surtout quand les épreuves de la vie se font plus nombreuses.

L'alcoolisme à début tardif : chez les personnes âgées, un tiers des personnes dépendantes de l'alcool ont commencé à éprouver des difficultés après l'âge de la retraite. L'usage d'alcool, habitude agréable et rituelle, devient alors problématique.

Le passage à la retraite, l'isolement social, les problèmes de santé avec la perte d'autonomie, la perte du conjoint, parfois même des enfants et l'entrée en institution sont autant de facteurs anxiogènes qui peuvent entrainer une augmentation des consommations et la perte de la maitrise, l'alcool devenant la solution aux angoisses, aux douleurs, aux insomnies.
Contrairement au *binge drinking* des adolescents, qui permet une « défonce » rapide, l'alcool chez les personnes âgées arrive souvent insidieusement afin de tromper l'angoisse et la solitude.

2.2. Une population âgée plus sensible aux effets nocifs de l'alcool

A consommation égale et à poids égal, l'alcoolémie d'un sujet âgé est plus importante que celle d'un sujet plus jeune, du fait d'un état de santé souvent précaire et d'une faible masse musculaire. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets de l'alcool, quelles que soient les quantités.

De faibles quantités peuvent être responsables ou aggraver l'ensemble des troubles physiques, psychologiques, cognitifs auxquels les personnes sont confrontées, la prise conjointe de traitements médicaux (psychotropes …) renforçant ces effets.
Ainsi, l'alcool va-t-il être plus particulièrement responsable de confusions [21], de chutes [22], de dénutrition, de passages à l'acte suicidaire, de potentialisation des effets secondaires de nombreux médicaments, d'aggravation de signes de nombreuses pathologies.
La Haute Autorité de Santé (HAS), consciente de la fragilité des personnes âgées et de la nécessité de dépister les conduites à risque, recommande ainsi dans sa « conférence sur la prise en charge de la confusion des personnes âgées », la recherche d'une consommation excessive d'alcool associée, qu'elle considère comme un des facteurs déclenchants principaux [21].
De même la consommation d'alcool a été classifiée comme cancérogène du groupe 1, c'est-à-dire cancérogène reconnu pour l'être humain par le Centre international de recherche sur le cancer [23].

L'abus d'alcool apparaît donc à la fois comme une conséquence et une cause de la perte d'autonomie, ce qui en justifie d'autant plus le repérage.
Une réduction ou un arrêt des consommations est bénéfique pour la santé, une partie des dommages liés à l'alcool étant entièrement réversible lors de l'arrêt ou de la diminution de l'alcool.
Toutes les méta-analyses réalisées sur les interventions brèves montrent leur efficacité sur la réduction de la consommation d'alcool [24-33].

Comment expliquer alors qu'un dixième de la population, consommant de l'alcool régulièrement, soit oublié des études ?

3. Place de la prévention chez les aînés

Le faible intérêt pour la consommation d'alcool de nos aînés doit être rapporté aux représentations sociales qui concernent autant le produit lui-même que le vieillissement et le rôle de la prévention [6, 18].
La consommation d'alcool des personnes âgées peut être favorisée par les croyances de l'entourage qui aurait tendance à justifier et à accepter [34] : « On ne va pas le priver maintenant » ; « Il faut bien mourir de quelque chose » ; « C'est son seul plaisir ». L'âge devient une excuse à la tolérance vis-à-vis de la consommation d'alcool, aussi bien pour nos aînés que pour leurs familles.
Alors que la famille cherche des excuses, le personnel médical et paramédical est gêné pour aborder la consommation (approche), par peur d'une trop grande intrusion, d'un manque de respect. L'empathie nécessaire se transforme en sympathie, voire apathie de confort.

Une fois les choses abordées, se pose la difficulté de la prise en charge si la personne âgée déclare une consommation d'alcool trop importante : en effet on pourrait se poser la question de l'intérêt de la prévention après 75 ans.

L'espérance de vie à 60 ans, en France, est de 27,2 ans chez les femmes et de 22,6 ans chez les hommes [5] et une très grande majorité d'études montrent que la prévention, même après 75 ans, est suivie de bénéfices sur la santé. Un meilleur repérage permettrait une amélioration de la qualité de vie et une réduction des risques (chutes par exemple) [22]. Les complications liées à l'usage d'alcool chez le sujet âgé sont nombreuses, très probablement sous diagnostiquées.
Les rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) [35] montrent que cette population consomme en moyenne quatre fois plus de soins qu'une personne de 30 ans. Une prévention ciblée permettrait donc une économie non négligeable pour la sécurité sociale.

4. Difficultés de repérage

Les soins primaires et notamment le cabinet du généraliste, paraissent le lieu idéal de repérage pour les personnes âgées, puisque c'est là que les sujets âgés consultent. Or, il y a peu d'études sur le repérage et les outils de ce repérage, dans ce cadre. Les études concernent essentiellement les structures gériatriques et les services hospitaliers [7,8].

Certains pays (Etats Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Finlande) ont proposé des recommandations de consommation spécifiques d'alcool pour les personnes âgées, tenant compte de leur vulnérabilité et souvent de leur grande consommation de médicaments [36]. En France aucune recommandation spécifique n'a été éditée et les normes restent les mêmes pour tous.
Les critères diagnostiques du DSM-IV [13] définissant les diagnostics d'abus et de dépendance sont discutables, car ils sont parfois difficiles à appliquer dans cette population (travail, automobile, justice, loisirs, problème de couple). Les personnes âgées sont souvent socialement et géographiquement isolées, bénéficiant d'une faible retraite ne permettant pas un accès aux loisirs. Le retentissement de la consommation d'alcool est donc moins évident à observer et ces critères semblent peu pertinents dans cette population.

Plus que chez l'adulte, compte tenu des représentations, et du manque de formation, ce sont les questionnaires qui permettent le mieux de s'affranchir de la subjectivité et du jugement qui s'attachent à ce sujet. Ils sont unanimement recommandés, comme chez les sujets adultes en général. La plupart des auteurs s'accordent pour les juger plus efficaces que la biologie lorsqu'il s'agit d'adopter une stratégie de repérage précoce.

En soins primaires, les questionnaires sont tout aussi bien acceptés chez les plus âgés que dans la population d'adultes plus jeunes. Les questionnaires en face à face sont mieux appropriés pour les médecins généralistes français que les questionnaires auto-administrés [9].

Le problème soulevé par toutes les études sur les outils de repérage du mésusage d'alcool chez les sujets âgés est celui de la validation des questionnaires existant dans cette population spécifique. Deux stratégies sont envisageables pour y répondre : soit la conduite d'études de validation, chez les plus de 65 ans, des questionnaires utilisés chez les adultes [37], soit la création et la validation de questionnaires spécifiques.

La sélection de l'instrument doit prendre en compte la facilité de l'utilisation, l'acceptabilité du patient, la sensibilité et la spécificité, ainsi que les caractéristiques cognitives et les habitudes de la population étudiée. L'utilisation du papier et du crayon peut être inadaptée pour les sujets âgés, à cause de leurs limitations physiques.

Dans son baromètre 2010, l'INPES [4] a choisi d'utiliser le questionnaire AUDIT dans sa version courte : l'AUDIT-C.

L'AUDIT-C [38], créé par Bush et *al* [39], est la version courte de *l'Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (annexe 3), développé et recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé. L'AUDIT est un questionnaire en dix items destiné à l'identification précoce des consommateurs d'alcool à risque. Initialement conçu pour sensibiliser le patient aux conséquences d'une consommation excessive dans le cadre de la consultation médicale, il peut également être utilisé sous forme de questionnaire en face à face (hétéro-questionnaire).

L'AUDIT [40] est le questionnaire le plus pertinent dans l'identification des sujets présentant une alcoolisation à risque, avec une sensibilité (taux de vrais positifs) comprise entre 51 % et 97 % et une spécificité (taux de vrais négatifs) comprise entre 78 % et 96 %, très satisfaisantes [41,42].

L'AUDIT-C reprend les trois premières questions de l'AUDIT. Les deux premières portent sur la consommation habituelle (fréquence et quantité), et la troisième sur la fréquence des situations où l'individu boit 6 verres ou plus au cours d'une même occasion, ce qui peut être assimilé à des ivresses et renvoie aux risques aigus de la consommation (à savoir, les éventuels troubles du comportement, dont la violence, le risque de coma, les accidents). Ces items portent sur les 12 derniers mois.

Le questionnaire AUDIT-C s'est révélé aussi performant que le test AUDIT complet pour le repérage des consommations d'alcool à risque en médecine générale, avec une sensibilité comprise entre 54 % et 98 % et une spécificité comprise entre 57 % et 93 % [43].

L'AUDIT est un outil de qualité mais sa longueur fait qu'il est aujourd'hui difficilement réalisable en pratique ambulatoire. L'AUDIT-C, de sensibilité et spécificité comparables, semble la meilleure option pour repérer les consommateurs d'alcool à risque [39].
La pertinence de l'AUDIT-C et sa brièveté en font un élément de choix pour un repérage rapide aussi bien lors d'un entretien téléphonique (Baromètre INPES) que lors d'une consultation.
Le baromètre INPES étant la référence française, l'utilisation de l'AUDIT-C dans cette étude nous permettra d'effectuer des comparaisons entre population de 75 ans et plus et population générale.

Un des obstacles majeurs au repérage des consommations d'alcool, outre le fait des difficultés de mise en pratique, reste certainement l'image positive du vin en France. En effet, le vin est depuis toujours un élément culturel, synonyme de bonne table et d'art de vivre. Il est depuis toujours présent dans la religion et l'histoire [44]. Souvent associé à de nombreuses manifestations, il prend part à toutes les grandes décisions et fait partie intégrante de notre culture. De consommation courante en France depuis le moyen-âge, il est aujourd'hui plus que jamais un enjeu économique mais aussi une question culturelle, idéologique, politique, sanitaire, sociale et morale.
Dans la société française, l'image culturelle attribuée à l'alcool a un impact sur les consommations. Michaud et Lecallier (2003)[45] dénoncent l'influence de la valorisation politique et économique du vin qui a été faite en France à partir de quelques études ayant mis en évidence ses effets positifs sur la santé. On oublie alors que 22 études ont toutefois montré ses effets délétères [45].

Cette idée de maximalisation des effets positifs de l'alcool est d'autant plus facilitée, qu'en plus des représentations, les conventions sociales font qu'il est délicat d'interroger nos ainés sur leur habitus, de peur de les froisser.

5. Le territoire d'étude : la région Aquitaine (annexe 4)

Afin de réaliser notre étude, nous avons choisi la région Aquitaine qui, comme de nombreuses régions françaises (Champagne, Bourgogne,…..), a fait du vin un de ses attraits touristiques majeurs.
L'Aquitaine est une région administrative du Sud-Ouest de la France. Elle comprend cinq départements : la Dordogne, la Gironde, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques. Son chef-lieu, Bordeaux, en est aussi la plus grande ville [46].

Il s'agit d'une vaste région de 41 000 km² (7,6 % de l'Hexagone). Début 2012, 3,29 millions d'habitants y résident, soit 5,2 % des Métropolitains. Depuis 1999, sa population progresse de quasiment 1 % par an contre 0,4 % entre 1990 et 1999. D'ici 2040, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la population atteindrait 3,88 millions d'habitants.

L'Aquitaine est située au 6e rang des régions françaises en terme de population. La population aquitaine se caractérise par une population plus âgée à l'image des régions attractives du Sud de la France : en 2012, son âge moyen s'élève à 42 ans, contre 40 ans en métropole. Plus d'un quart des Aquitains ont au moins 60 ans et un sur dix a atteint 75 ans.

On compte aujourd'hui 331 107 personnes âgées de plus de 75 ans. La progression pressentie des personnes âgées de 75 ans et plus d'ici à 2020 en Aquitaine se situe au même niveau que la moyenne nationale, avec un taux d'évolution de l'ordre de 13 %. Toutefois, les situations départementales sont assez variées :

- la population estimée du département des Landes progresse le plus fortement sur la période considérée, avec un taux d'évolution qui est presque deux fois supérieur aux taux régional et national.
- les départements de la Gironde et du Lot-et-Garonne présentent des évolutions de population identiques, qui se situent légèrement au-dessus des moyennes aquitaine et nationale.
- le département de la Dordogne enregistre le taux d'évolution le plus faible de la région pour cette population âgée et trois fois inférieure aux évolutions régionale et nationale.
- Le département des Pyrénées Atlantiques présente un taux d'évolution en deca des moyennes régionales et françaises mais supérieur à celui de la Dordogne.

En Aquitaine, les dépenses d'assurance maladie pour les 75 ans et plus sont inférieures au coût moyen national (1 652 € contre 1 713 €). Toutefois, cette moyenne régionale recouvre des disparités assez marquées.
Le nombre d'allocataires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a progressé de 4 %. La Gironde compte toujours davantage de personnes âgées dépendantes que ce qui peut être observé dans les autres départements. Par ailleurs, le nombre de personnes vivant à domicile reste globalement stable.

L'Aquitaine présente un profil de consommation d'alcool à l'âge adulte, dans la moyenne par rapport au reste de la métropole, en ce qui concerne les indicateurs d'ivresse et d'usage à risque [47]. L'ensemble de ces usages se révèle particulièrement masculins, comme c'est le cas sur le reste du territoire. Tout comme sur l'ensemble de la métropole, ces indicateurs sont à la baisse par rapport à 2000. La hiérarchie des boissons, selon la proportion de personnes qui en consomment au moins une fois par semaine, s'écarte de ce qui est observé au plan national : le vin reste largement en tête. La région apparaît nettement sur-consommatrice de vin (50 % de consommateurs hebdomadaires contre 43 % au plan national) et d'alcools forts, mais sous-consommatrice de bière.

L'Aquitaine atteint des niveaux de consommation d'alcool et d'ivresse très comparables aux autres régions de la façade atlantique, et ce pour la plupart des indicateurs. À l'exception de l'expérimentation et de l'usage quotidien, dont les niveaux n'apparaissent pas différents de ce qui est observé sur le reste du territoire, les consommations d'alcool relevées en Aquitaine s'avèrent plus fréquentes qu'ailleurs. Alors que les indicateurs de fréquence de consommation sont élevés en Aquitaine, le niveau déclaré de consommation ponctuelle importante (au moins six verres en une même occasion) ne se distingue pas de celui du reste de la France. La prévalence des usages problématiques repérés par le test AUDIT-C se situe dans la moyenne.

L'Aquitaine semble donc représenter un modèle acceptable pour étudier la consommation d'alcool des personnes âgées, sans toutefois que l'on puisse affirmer la possibilité d'extrapolation aux autres régions françaises.

Au même titre que chez les adolescents, établir la consommation d'alcool chez les personnes de plus de 75 ans parait donc possible en terme de faisabilité. Il est probable que ceci participe à une meilleure prise en charge, à une amélioration de la qualité de vie, et à un bénéfice en terme de santé publique, toutes choses restant à démontrer. Les consultations en médecine générale semblent être un lieu particulièrement adapté à ce type de dépistage.

L'objectif de notre étude est donc, grâce à une étude épidémiologique, d'établir la prévalence des différents usages d'alcool des 75 ans et plus consultant leur médecin généraliste en Aquitaine.

MATERIELS ET METHODE

Afin d'évaluer la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus consultant en médecine générale en Aquitaine, nous avons réalisé une étude observationnelle transversale de prévalence à l'aide d'un hétéro questionnaire anonymisé à proposer en fin de consultation.

1. Recrutement des investigateurs

107 internes du Diplôme d'Etude Spécialisé de médecine générale de l'Université Bordeaux Segalen (depuis 2014 Université de Bordeaux), en stage praticien et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) dans un cabinet de médecine générale lors du semestre mai-novembre 2013, ont été invités à participer à cette étude lors des réunions de choix de stages des 25, 27 mars et 3 avril 2013. Lors de ces choix, et avec l'accord du Département de Médecine Générale, un diaporama de 7 plaques leur a été présenté expliquant le sujet, les objectifs de l'étude, le questionnaire utilisé et les modalités de réalisation.
Chaque médecin généraliste qui accueillait un interne ayant accepté de participer à l'étude devait donner son accord pour que l'étudiant fasse le recueil des données auprès de ses patients.

Les 107 internes effectuaient leur stage chez 2 à 4 maîtres de stage répartis sur l'ensemble de la région Aquitaine, soit un total de 266 maitres de stage répartis comme suit :

- Commission Pédagogique Locale (CPL) Agen : 19
- CPL Bayonne : 24
- CPL Dax Mont de Marsan : 38
- CPL Périgueux : 34
- CPL Pau : 37
- CPL Bordeaux Libourne : 114

Chaque interne s'est vu attribué un praticien référent pour le stage, soit un total de 107 référents.
Ces généralistes ont sous leur responsabilité un interne en médecine générale, chargé de réaliser concrètement l'étude.
L'interne de chaque médecin aura pour mission d'inclure au minimum les 10 premiers patients vus dans le cadre du stage chez chaque praticien (qu'il soit référent ou non) et répondant aux critères ci-dessous.

Une enveloppe adressée à l'interne et contenant le protocole de l'étude, une lettre explicative, 10 questionnaires par praticien (soit 2660 questionnaires) et une enveloppe timbrée réponse a été envoyée au cabinet de chaque praticien référent la dernière semaine d'avril 2013.

Le rôle d'investigateur a été attribué aux internes en médecine générale afin de s'assurer du caractère systématique du repérage (tout patient de 75 ans et plus reçu en présence de l'IMG), en tout premier lieu.

2. Recrutement des patients

2.1. Critères d'inclusion :

- Patients de 75 ans et plus,
- Consultant leur médecin traitant,
- Au cabinet ou en visite à domicile,
- Vivant en région Aquitaine.

2.2.. Critères de non inclusion :

- Patients hospitalisés ou vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD) ou en structure gériatrique autre,
- Patients refusant de répondre au questionnaire,
- Patients en incapacité physique ou mentale de répondre au questionnaire.

2.3. Critère d'exclusion :

- Données inexploitables.

2.4. Cas particuliers :

- Le patient refuse la présence de l'interne en médecine générale, le maître de stage universitaire inclus le patient seul.
- Conditions inappropriées (urgences, annonce difficile…) : une fiche est remplie avec les données disponibles, la consommation d'alcool est notée non évaluée.

3. Construction du questionnaire (annexe 5)

La consommation d'alcool des 75 ans et plus a été évaluée à l'aide d'un hétéro questionnaire anonymisé.
Les données recueillies pour l'étude proviennent d'un questionnaire ne contenant aucune donnée personnelle (nom, prénom, date de naissance, numéro d'anonymat ou autres données permettant de faire le lien entre des données et un patient identifiable).

Ce questionnaire comporte plusieurs parties :
Une première partie comporte les **renseignements généraux** à savoir l'âge, le sexe, le contexte de réalisation (cabinet ou visite) ou la non possibilité de réalisation.

Le type d'usage d'alcool, critère de jugement principal, a pu être évalué grâce à **l'AUDIT-C**, version courte du questionnaire AUDIT. L'AUDIT-C comporte les 3 premières questions de l'AUDIT.
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

La 3e question de l'AUDIT-C a été modifiée afin d'être mise en conformité avec les seuils érigés par l'OMS et avec le type de population étudiée. La limite de **4 verres** par occasion est la limite choisie pour ce questionnaire.

L'analyse détaillée de chaque question permet d'établir les habitudes de consommation.
La question 1 permet d'établir la fréquence de consommation d'alcool, la question 2 renseigne sur la quantité habituellement consommée, enfin la question 3 indique la fréquence des consommations épisodiques massives. Les valeurs-seuils de la version française de l'AUDIT-C n'étant pas définies de façon univoque, l'algorithme de repérage original n'a pas été retenu. Plutôt que la définition d'un seuil binaire (buveur excessif ou non) un seuil plus complexe a été choisi.
L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [38] a proposé une classification des individus en 6 profils d'alcoolisation (annexe 6) :
- Abstinent
- Consommateurs sans risque : occasionnels et réguliers
- Consommateurs à risque : ponctuel, chronique et dépendant

La méthodologie de l'IRDES permet, à partir du même module de questions, de construire une typologie plus fine comprenant tous les profils de consommation d'alcool.

Nous avons étudié d'abord la consommation d'alcool à partir des deux premières questions de l'AUDIT-C afin d'effectuer une comparaison avec les seuils définis par l'OMS, puis nous avons procédé de même avec la fréquence des consommations épisodiques massives. Nous avons donc analysé chaque question séparément afin d'établir un profil de consommation spécifique selon le schéma proposé par l'IRDES, l'AUDIT-C ne permettant pas d'établir avec précision une volumétrie.

Ce questionnaire comporte la consommation de **psychotropes** et de **tabac**. Le classement des patients dans ces deux catégories a été réalisé selon une méthode binaire à savoir présence ou absence de produit.

Afin d'établir l'autonomie de notre population la grille **AGGIR** (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) a été retenue. La grille AGGIR est inscrite dans la loi française (J.O. : n°97-60 du 24 janvier 1997) comme outil d'évaluation de la dépendance en vue de déterminer si une personne peut bénéficier et à quel niveau de la Prestation Spécifique Dépendance. Elle évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives.

Pour chaque activité, les capacités de la personne âgée sont évaluées selon 3 modalités :

- fait seule, totalement, habituellement et correctement,
- fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement,
- ne fait pas.

Cette évaluation permet de déterminer le degré de dépendance de la personne âgée. En fonction de son degré de dépendance, elle est classée dans l'un des 6 « groupes iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Le groupe 1 correspond aux personnes les plus dépendantes alors que le groupe 6 correspond aux personnes autonomes.

Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR. Devant la nécessité d'élaborer un questionnaire simple et rapide, seules les variables discriminantes ont été retenues dans le cadre de cette étude.

Le questionnaire a été construit et validé conjointement par le Docteur Philippe CASTERA, Directeur de la thèse et le Docteur Shérazade KINOUANI, chef de clinique du Département de Médecine Générale, en master 2 promotion de la santé de l'ISPED et a été soumis aux commentaires des enseignants associés et titulaires du département de médecine générale.

Afin de vérifier la faisabilité de ce questionnaire un test sur 15 patients chez 3 praticiens volontaires a été effectué, au préalable, durant le mois d'octobre 2012. Ce test a mis en évidence la nécessité de joindre un questionnaire explicatif (annexe 7) afin de spécifier certaines notions, telles que le verre standard, et afin de faciliter les investigations ultérieures.

4. Recueil des données

La récupération des questionnaires a été faite par courrier postal une fois les patients inclus. Les données ont été saisies sur un tableur et conservées sur ordinateur, sans possibilité de les relier avec un cabinet médical particulier.
L'absence de données personnelles dans une étude observationnelle et l'exercice des investigateurs dans le cadre d'une convention de stage a permis la réalisation de cette recherche dans le cadre des exigences réglementaires et sans autres formalités.
Au total 2660 questionnaires ont été envoyés chez 107 praticiens référents afin que chaque interne puisse interroger les patients des 266 maitres de stage Aquitains.
Les internes ont reçu 2 mails de relance durant la période de recueil : les 30 mai et 30 septembre 2013. Le recueil des données a été effectué entre mai et novembre 2013.

Le critère de jugement principal était la consommation d'alcool des sujets de 75 ans et plus évalué avec l'AUDIT-C, l'autonomie et les consommations de tabac et psychotropes ont été considérés comme des critères de jugement secondaires.

5. Saisie et traitement des données

Les données ont été saisies grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2007. Les graphiques et tests statistiques ont été effectués sur les outils informatiques Microsoft Office Word 2007, Excel 2007 et R v3.0.2.
La stratégie d'analyse statistique a été définie en collaboration avec Eric Frison interne de santé publique, master d'épidémiologie.
Les variables qualitatives ont été décrites en terme d'effectif et proportion. Les variables quantitatives ont été décrites en terme de moyenne. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées à l'aide du test de Chi-deux ou du test de Fisher selon les conditions d'application. Le seuil de significativité statistique retenu était de 0,05.

Sur une période correspondant à un semestre et comprise entre le 2 Mai et le 31 Octobre 2013, 235 questionnaires ont été renvoyés par 14 internes de médecine générale, soit un taux de réponse de 13 %. Un questionnaire avec un AUDIT-C incorrectement rempli a été exclu des analyses.

L'effectif total de la population de l'étude est donc de 234 patients se répartissant en :

- 77,8 % des patients (n=182) vus au cabinet,
- 20,1 % (n=47) vus à domicile,
- 2,1 % (n=5) sans lieu de consultation précisé.

1. Caractéristiques de la population étudiée :

1.1. Age et sexe

La population incluse était constituée d'hommes et femmes de 75 ans et plus, consultant en médecine générale dans la région Aquitaine.

L'effectif étudié (n=234) était composé de :

- 57,3 % de femmes (n=134),
- 39,3 % d'hommes (n=92),
- 3,4 % de patients (n=8) pour lesquels le sexe n'était pas notifié.

La non mention de la classe d'âge sur 3 questionnaires féminins (seule mention présente : >75 ans) expliquent que les analyses selon le sexe et l'âge ont été réalisées sur un effectif de 223 patients (95,3 %), 131 femmes et 92 hommes.

Le nombre de patients inclus diminuait par catégorie croissante d'âge.

La distribution des classes d'âge de notre échantillon est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1. Proportion de la population en fonction de l'âge.

Age en année	Effectif	Proportion (%)
75-84	137	61,4
85-94	73	32,8
95-104	13	5,8
Total	**223**	**100,0**

Dans chaque catégorie d'âge on retrouvait une proportion supérieure de femmes.

Cette proportion croissait avec l'âge puisque presque équivalente à celle des hommes (56,2 % *versus* 43,8 %) pour les 75 et 84 ans, elle augmentait à 92,3 % (n=12) pour les 95-104 ans (Figure n°1).

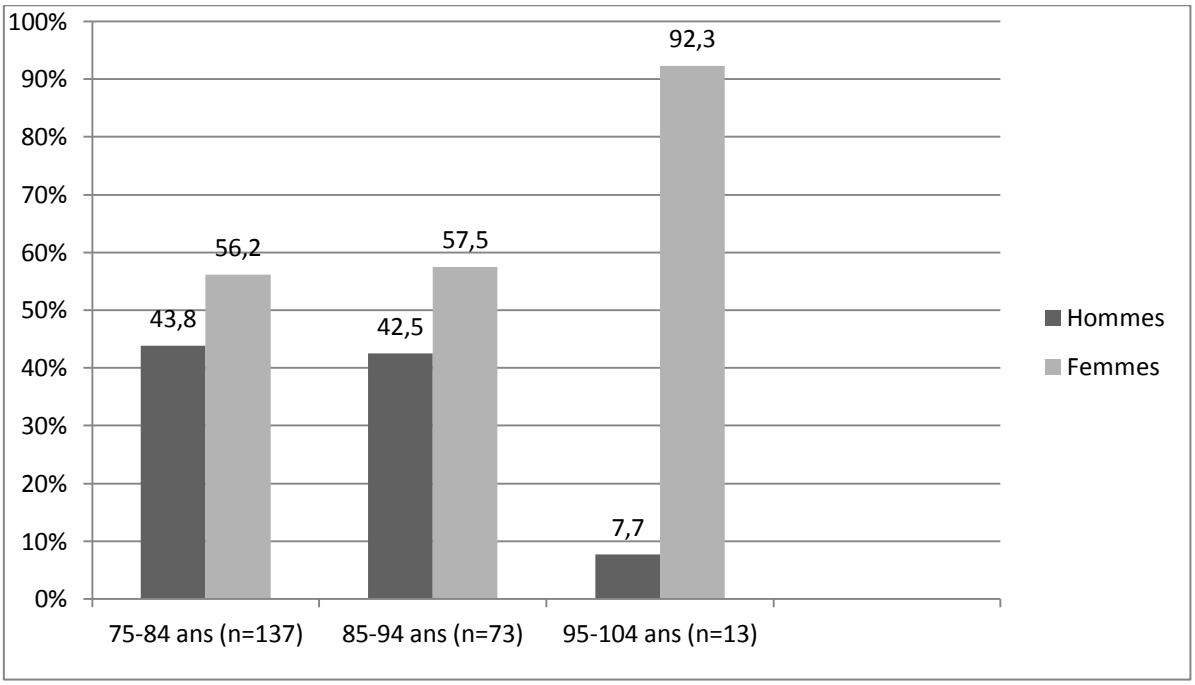


Figure n°1. Distribution du sexe selon la classe d'âge dans l'échantillon (n=223).

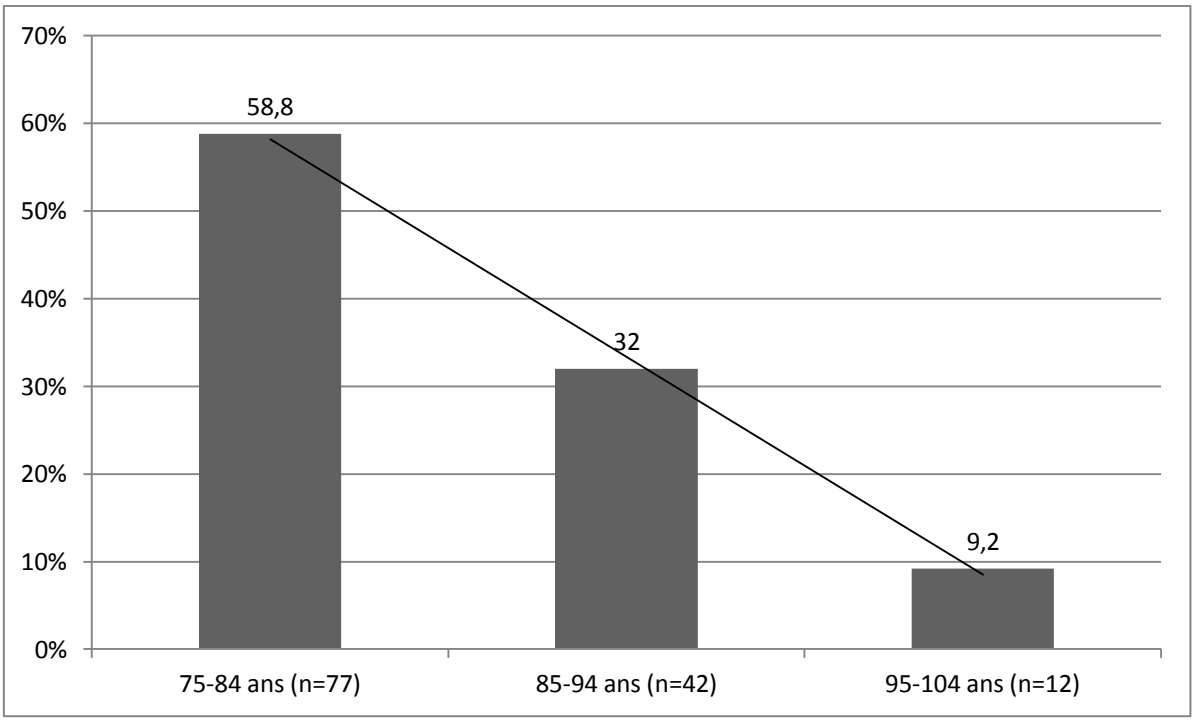


Figure n°2. Distribution de la population féminine (n=131) selon l'âge.

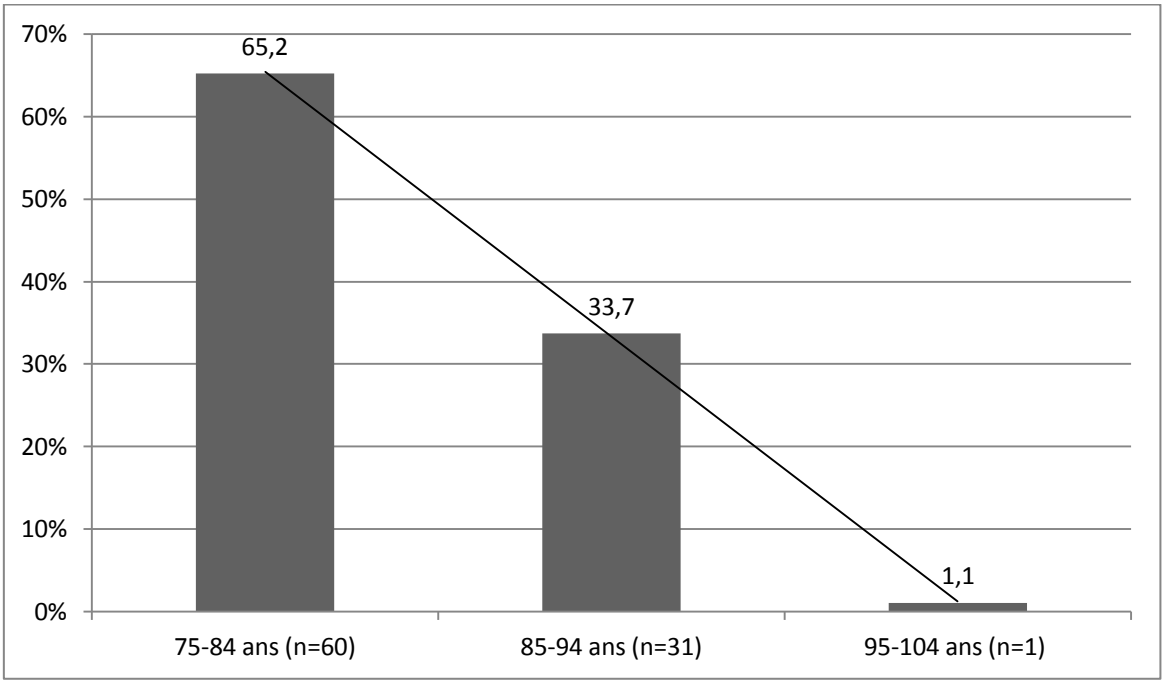


Figure n°3. Distribution de la population masculine (n=92) selon l'âge.

1.2. Groupe iso ressource

Un classement de la population selon le degré d'autonomie, de GIR 1 (dépendance totale) à GIR 6 (autonomie totale), a pu être établi pour 231 patients (98,7 %). 3 patients sans groupe iso ressource connu ont été exclus de l'analyse.

On observe que le nombre de patients inclus augmente par catégorie croissante de GIR, les patients présentant un GIR supérieur ou égal à GIR 4 représentent 97,8 % (n= 226).

Aucun patient GIR 1 n'est présent dans cette étude (Tableau 2).

Tableau 2 : Distribution de la population en fonction du GIR

GIR total	Effectif	Proportion (%)
6	197	85,3
5	16	6,9
4	13	5,6
3	3	1,3
2	2	0,9
1	0	0,0
Total	**231**	**100,0**

2. Etude des consommations d'alcool :

2.1. Profils des consommations de la population totale

Une analyse de l'AUDIT-C selon le schéma proposé par l'IRDES (annexe 6) a permis de classer cette population selon ses consommations :

- abstinence
- usage sans risque (en dehors de tout problème médico-psycho-social) : occasionnel ou régulier
- mésusage : ponctuel ou chronique
- dépendance

Tableau 3 : Distribution de la population en fonction du profil de consommation

Profil de consommation	Effectif	Proportion (%)
Abstinent	41	17,5
Occasionnel	72	30,8
Régulier sans risque	70	29,9
Ponctuel à risque	44	18,8
Chronique	4	1,7
Dépendant	3	1,3
Total	**234**	**100,0**

Source : classification effectuée selon le schéma de l'IRDES 2005

L'usage simple d'alcool est le profil dominant des sujets étudiés représentant 60,7 % (n=142) de la population totale. 17,5 % (n=41) de la population déclare être non consommatrice, par conséquent 78,2 % (n=183) des sujets ne semblent pas avoir de problème d'alcool. On note cependant une prévalence du mésusage d'alcool de 20,5 % (n=48) c'est-à-dire supérieure à celle de l'abstinence.
Le pourcentage de patient présentant une possible dépendance à l'alcool est moindre avec 1,3 % (n= 3) des cas (Tableau 3 et Figure n°4).

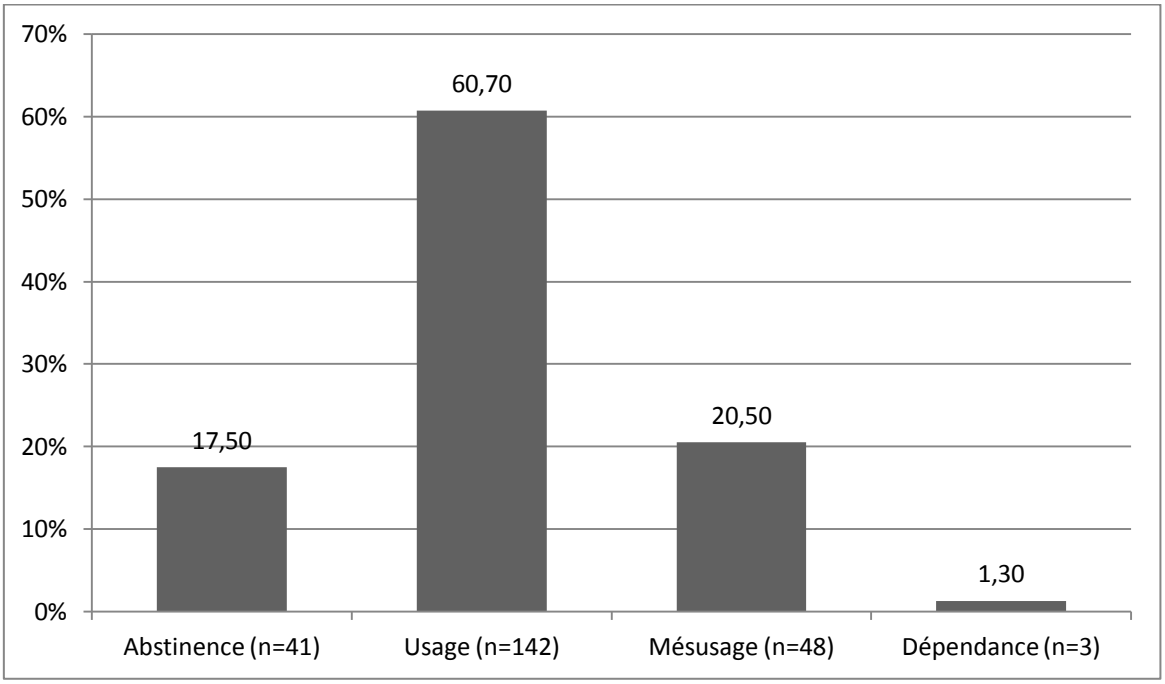


Figure n°4. Distribution de la population selon le profil de consommation d'alcool (n=234).

2.2. Répartition des consommations selon le sexe

Une analyse du profil des consommations d'alcool selon le sexe a pu être réalisée sur 226 patients (96,6 %), les 8 questionnaires ne comportant pas le sexe n'ayant pas été pris en compte.

2.2.1. Etude de la population féminine

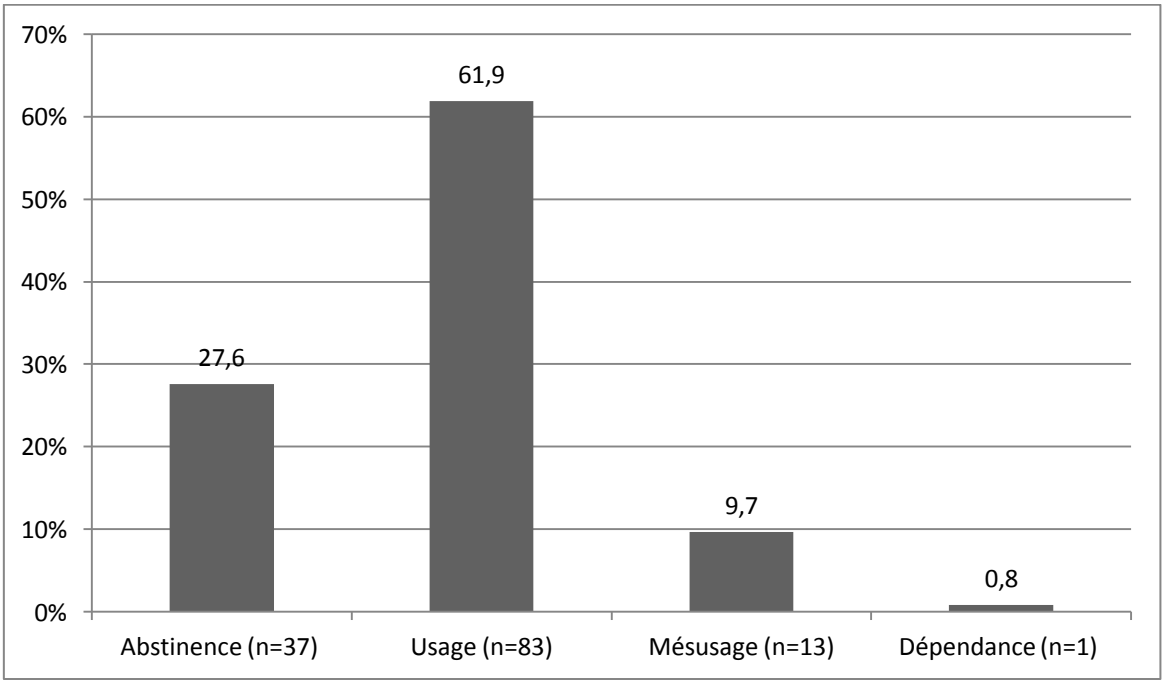


Figure n° 5. Distribution de la population féminine selon le profil de consommation (n=134).

L'usage d'alcool représente le mode de consommation dominant pour 61,9 % (n=83) des femmes âgées de 75 ans et plus (Figure n° 5). La prévalence du non usage évaluée à 27,6 % (n=37) est supérieure à la consommation d'alcool problématique (mésusage et dépendance) qui concerne 10,5 % des femmes (n=14) (Figure n° 5). Une seule patiente (0,7 %) présente un profil pouvant la classer dans la catégorie dépendance (Figure n° 5).

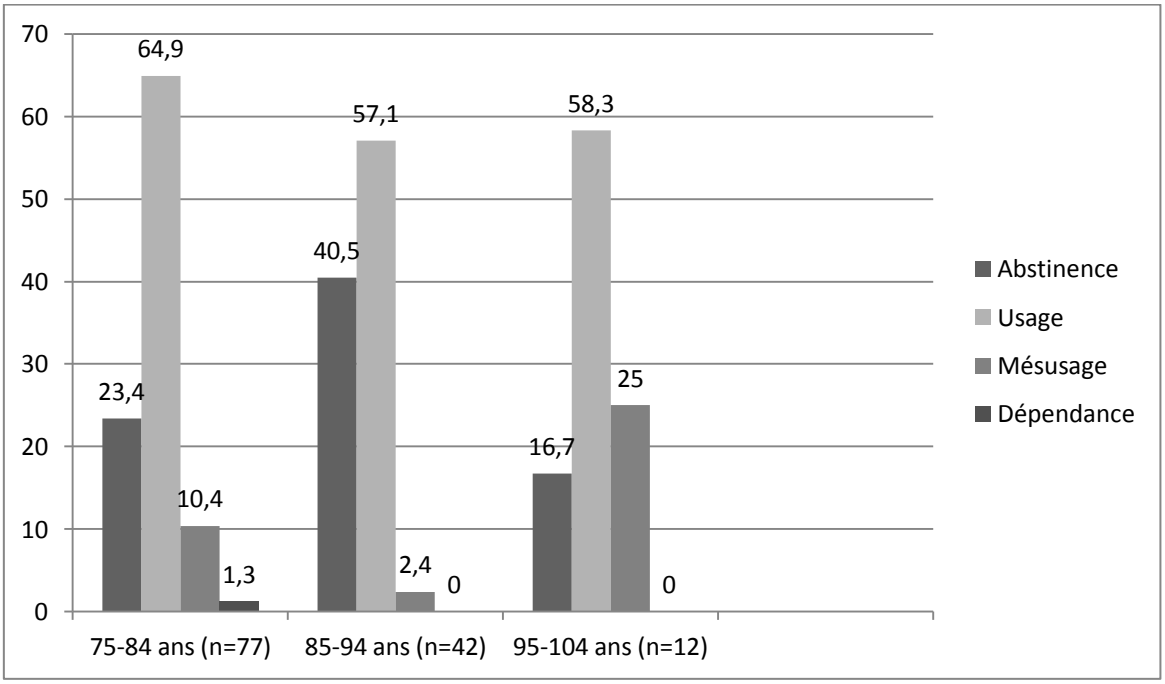


Figure n° 6 : Distribution des consommations d'alcool des femmes pour chaque classe d'âge (n=131).

Dans chaque catégorie d'âge l'usage d'alcool est le mode de consommation dominant avec une prévalence respective pour chaque tranche de 64,9 %(n=50), 57,1 %(n=24) et 58,3 % (n=7).

L'abstinence représente la 2e catégorie pour les 75-94 ans avec un effectif de 35 patientes. Cette tendance n'est pas retrouvée dans la catégorie supérieure puisque la prévalence de l'abstinence est de 16,7 % (n=2) versus 25 % (n=3) de mésusage.

L'unique patiente présentant un profil pouvant s'apparenter à une dépendance alcoolique appartient à la catégorie 75-84 ans (Figure n°6).

2.2.2. Etude de la population masculine

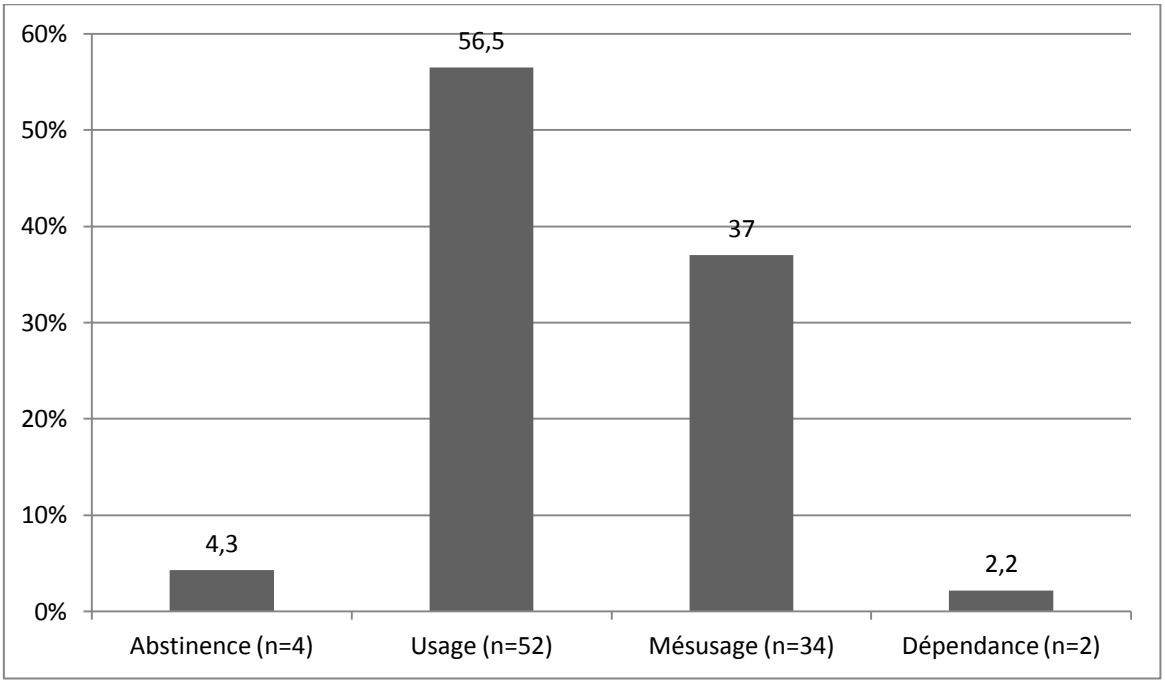


Figure n° 7. Distribution de la population masculine selon le profil de consommation (n=92).

L'usage simple d'alcool est le profil de consommation dominant de notre population masculine avec 56,5 % (n=52) mais contrairement aux femmes le mésusage arrive en 2ème position avec une prévalence de 37,0 % (n=34). La dépendance est une fois de plus le profil minoritaire avec seulement 2 patients concernés (2,2 %) (Figure n°7).

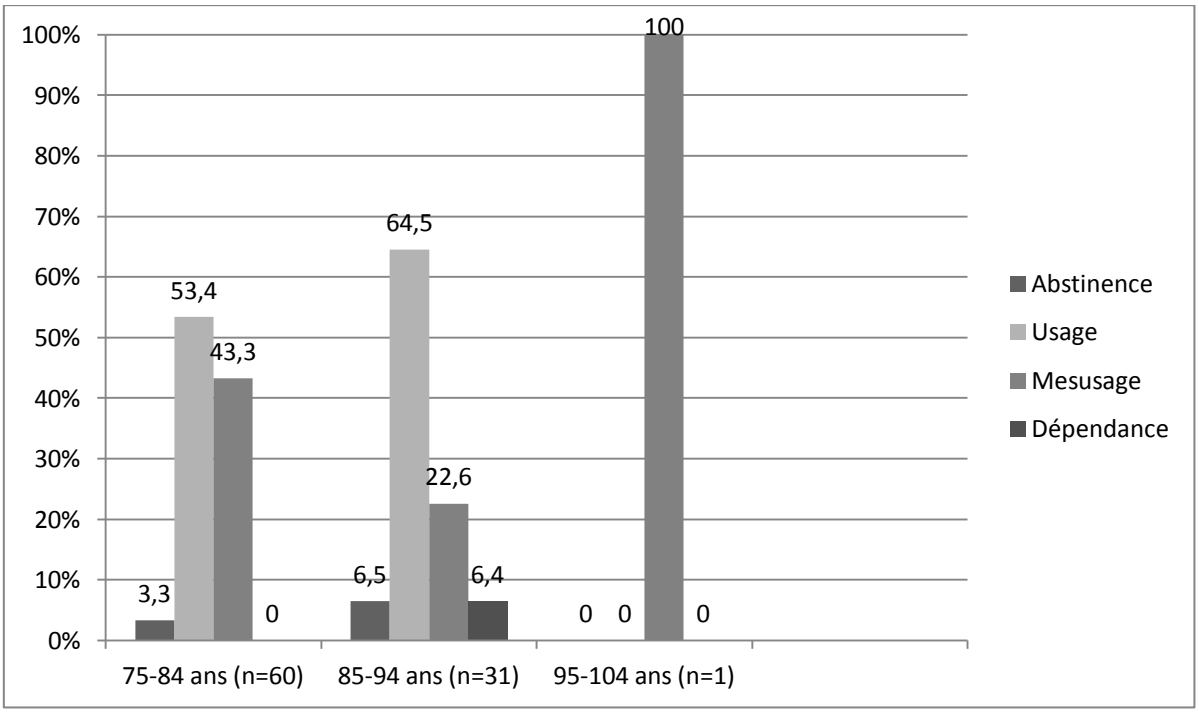


Figure n°8. Distribution des consommations d'alcool des hommes pour chaque classe d'âge (n=92).

L'unique homme appartenant à la tranche 95-104 ans est classé dans la catégorie mésusage déclarant un usage ponctuel à risque.

Dans les classes d'âge inferieures 75-84 et 85-94 ans on retrouve l'usage comme mode de consommation dominant avec des prévalences respectives de 53,4 et 64,5 % (n=52).

Les 2 patients classés dans la catégorie dépendance appartiennent à la tranche d'âge des 85-94 ans (6,4 %).

L'abstinence est le mode de consommation d'alcool prépondérant chez 4 patients, correspondant à une prévalence de 3,3 % pour les 75-84ans et 6,5 % pour les 85-94 ans (Figure n°8).

2.2.3. Comparaison hommes-femmes.

L'usage d'alcool sans risque est donc fortement représenté dans notre population composée de sujets âgés de 75 ans et plus.

L'usage problématique d'alcool est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (39,2 % *vs* 10,5 % ; $p < 0,0001$) (Figure n°5). La non consommation d'alcool est majoritairement féminine 90,2 % (n=37), tout comme l'usage d'alcool sans risque 61,5 % (n=83) (Figure n° 9).

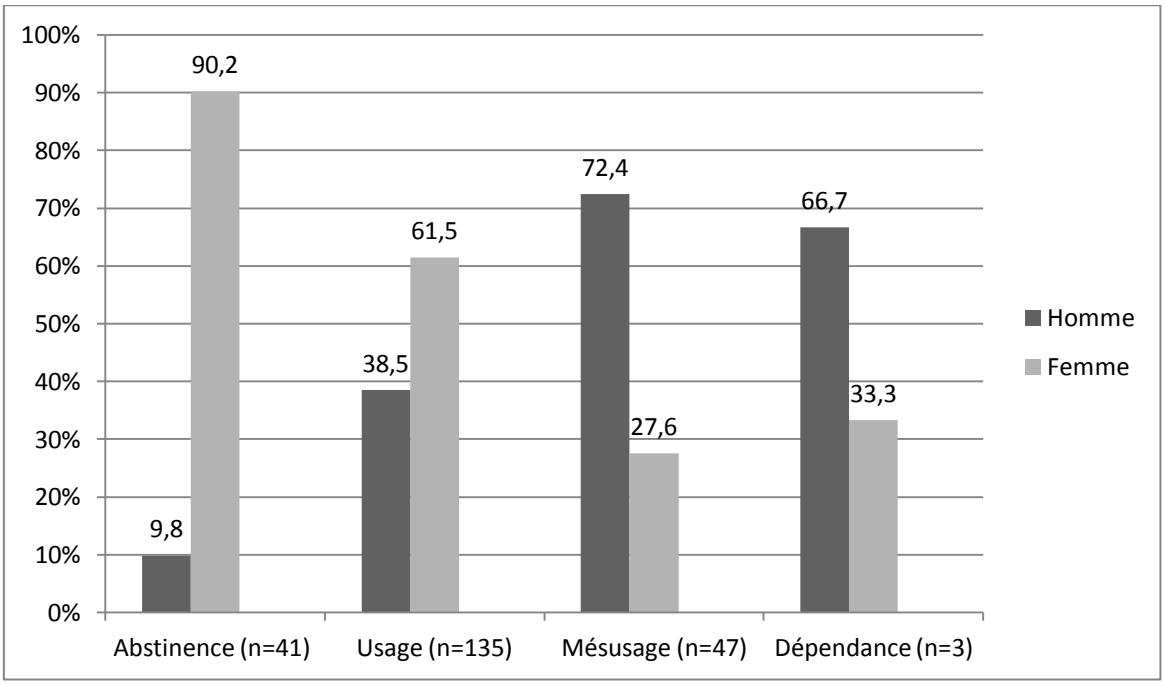


Figure n° 9 : Distribution du sexe selon le profil de consommation (n=226).

3. Etude de la consommation d'alcool associée à d'autres facteurs :

3.1. Etude des consommations de tabac

Une consommation de tabac est retrouvée chez 5,3 % de la population étudiée (n=12).

Ce tabagisme est plus fréquent chez les hommes de l'échantillon avec 8,7 % (n=8), *versus* 3 % (n=4) chez les femmes, sans différence statistiquement significative (p=0,11).

Les patients tabagiques ont une prévalence de consommations problématiques d'alcool associée de 58,3 % (n=7). Ainsi parmi les femmes fumeuses, on retrouve une consommation problématique dans 75 % (n=3) des cas *versus* 50 % (n=4) chez les hommes (Tableau 4).

Tableau 4 : Proportion de fumeurs pour chaque profil de consommation d'alcool

Profil consommation	**Nombre femmes**	**Femmes fumeuses**		**Nombre hommes**	**Hommes fumeurs**	
	Total	Effectifs	%	Total	Effectifs	%
Abstinent (n=41)	37	0	0,0	4	1	2,7
Usage (n=135)	83	1	1,2	52	3	9,4
Mésusage (n=47)	13	2	15,4	34	4	11,8
Dépendance (n=3)	1	1	100,0	2	0	0,0
Total (n=226)	**134**	**4**	**3,0**	**92**	**8**	**8,7**

3.2. Etude des consommations de psychotropes

Une prise de psychotropes est retrouvée chez 26,1 % de notre population (n=59), les femmes étant plus souvent consommatrices que les hommes, sans différence statistiquement significative (27,6 % *vs* 23,9 % ; p=0,64) (Tableau 5).

Une consommation problématique d'alcool associée est plus fréquemment retrouvée chez les hommes consommateurs de psychotropes que chez les femmes consommatrices de psychotropes (27,2 % *vs* 8,1 % ; p=0,001) (Tableau 5).

La prévalence de la consommation de psychotropes est plus importante dans la population n'ayant pas une problématique avec l'alcool, sans différence statistiquement significative (28,4 % *vs* 18,0 % ; p=0,19) (Tableau 5).

Tableau 5 : Proportion de consommateurs de psychotropes pour chaque profil de consommation d'alcool :

	Nombre femmes	**Femmes avec psychotropes**		**Nombre hommes**	**Hommes avec psychotropes**	
	Total	Effectifs	%	Total	Effectifs	%
Abstinent (n=41)	37	10	27,0	4	2	50,0
Usage (n=135)	83	24	28,9	52	14	26,9
Mésusage (n=47)	13	3	23,1	34	6	17,6
Dépendance (n=3)	1	0	0,0	2	0	0,0
Total (n=226)	**134**	**37**	**27,6**	**92**	**22**	**23,9**

3.3. Autonomie et consommation d'alcool

La grille AGGIR est correctement remplie pour 231 questionnaires, permettant d'établir l'autonomie des patients et leur consommation d'alcool.

Sur 3 questionnaires l'absence d'information n'a pas permis d'évaluer l'autonomie d'un abstinent, d'un consommateur occasionnel et d'un consommateur ponctuel à risque.

Aucun patient GIR 1 n'est présent dans cette étude (tableau 6).

Tableau 6 : Proportion de GIR selon les consommations d'alcool.

Profil consommation	**GIR 6 % (nb)**	**GIR 5 % (nb)**	**GIR 4 % (nb)**	**GIR 3 % (nb)**	**GIR 2 % (nb)**	**GIR 1 % (nb)**	
Abstinence (n=40)	75 (n= 30)	10,0 (n=4)	12,5 (n=5)	2,5 (n=1)	0,0 (n=0)	0,0 (n=0)	**100,0**
Usage (n=141)	85,8(n=121)	7,1 (n=10)	4,3 (n=6)	1,4 (n=2)	1,4 (n=2)	0,0 (n=0)	**100,0**
Mésusage (n=47)	91,4 (n=43)	4,3 (n=2)	4,3 (n=2)	0,0 (n=0)	0,0 (n=0)	0,0 (n=0)	**100,0**
Dépendance (n=3)	100 (n= 3)	0,0(n=0)	0,0(n=0)	0,0(n=0)	0,0(n=0)	0,0(n=0)	**100,0**

La majorité des patients interrogés dans le cadre de cette étude sont parfaitement autonomes (GIR 6). On ne retrouve pas de différence statistiquement significative d'autonomie entre les patients présentant une consommation d'alcool problématique et les sujets ayant une consommation plus modérée (p=0,49) (Tableau 6).

DISCUSSION

1. Analyse des résultats.

1.1 Caractéristiques de notre population

1.1.1. Age et sexe

Notre échantillon comporte majoritairement des femmes avec une prévalence de 57,3 % (n=134). Cette constatation n'est pas une spécificité de notre population puisque ces caractéristiques sont retrouvées dans la population Aquitaine (62,3 %, n= 342158) et dans la population française pour cette catégorie d'âge [5].

L'espérance de vie de 78,5 ans chez les hommes, explique qu'ils soient en effectif réduit dans une population âgée de 75 ans et plus [5].

L'analyse de l'âge de notre population a montré une diminution de nos effectifs, quel que soit le sexe, avec l'augmentation des années, de façon comparable à la population d'Aquitaine [5] (Tableaux 7 et 8).

Tableau 7: Comparaison de la distribution de l'âge chez les femmes entre l'étude Alcoville 75+ et les données de l'Insee 2010.

Age en année	**Alcoville 75+**		**Insee**	
	Effectifs	%	Effectifs	%
75-84	77	58,8	142356	66,7
85-94	42	32,2	63814	29,9
95 et plus	12	9,3	7152	3,4
Total	**131**	**100,0**	**213322**	**100,0**

Source : Recensement Aquitaine Insee 2010 [5]

Tableau 8: Comparaison de la distribution de l'âge chez les hommes entre l'étude Alcoville 75+ et les données de l'Insee 2010.

Age en année	**Alcoville 75+**		**Insee**	
	Effectifs	%	Effectifs	%
75-84	60	65,2	98060	76,1
85-94	31	33,7	29209	22,7
95 et plus	1	1,1	1567	1 ,2
Total	**92**	**100,0**	**128836**	**100,0**

Source : Recensement Aquitaine Insee 2010 [5]

La population de notre étude était plus âgée que la population Aquitaine, quel que soit le sexe. La population masculine de notre étude était légèrement plus âgée que la population Aquitaine (p=0,02). La distribution de l'âge chez les femmes était semblable pour les femmes de notre étude et le recensement de l'Insee (p=0,07).

Cette différence peut être expliquée par la méthodologie de notre enquête qui consistait à inclure les 10 premiers patients vus (Tableaux 7 et 8), mais aussi en partie par le vieillissement de la population en plus de 4 ans, avec une amélioration de l'autonomie maintenant en ambulatoire une population plus âgée.

1.1.2. Groupes iso ressources

Notre étude ayant été réalisée en ambulatoire, une grande majorité de nos sujets étaient complètement autonomes : 85,3 % des sujets étant classés en GIR 6. La faible proportion de visite à domicile (20,1 %) de notre étude explique que seulement 0,9 % de notre population était GIR 1 ou 2. Ces résultats sont à rapprocher des données issues de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 [48] réalisée chez des personnes âgées de plus de 60 ans et vivants à domicile (Tableau 9).

Tableau 9 : Comparaison des GIR de l'étude Alcoville 75+ et de la population française.

GIR	**Alcoville 75+**		**Population générale**	
	%	Effectifs	%	Effectifs
6	85,3	197	89,2	11 756 000
5	6,9	16	4,2	556 000
4	5,6	13	3,6	478 000
3	1,3	3	1,6	208 000
2	0,9	2	1,3	166 000
1	0,0	0	0,2	22 000
Total	**100,0**	**231**	**100,0**	**13 186 000**

Source : enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM 2008) et volet institutions (HSI 2009) – INSEE / calculs DREES avec données pondérées

Du fait du faible effectif et de la réalisation ambulatoire de l'étude, aucune personne GIR 1 n'était présente dans cette enquête. Malgré ces limites, la proportion des différentes catégories de GIR était similaire entre notre étude et l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 (p=0,39).

1.2. Consommation d'alcool

Le classement de nos patients dans les catégories à risque ou sans risque a été réalisé sur leur seule déclaration d'alcool, sans tenir compte de possibles facteurs associés (psychotropes, perte de l'autonomie, pathologies…) pouvant les classer directement dans une catégorie considérée comme à risque pour toute consommation d'alcool.

L'usage simple d'alcool était le mode de consommation dominant de notre population (29,9 %). Ces données sont à rapprocher de celles déjà présentes dans la littérature pour les 65-75 ans (30 % dans le Baromètre INPES 2010 [17]) ainsi qu'aux tendances observées dans les tranches d'âge suivantes.

L'absence de données connues ne nous permettant pas de comparer nos résultats à une population d'âge similaire nous ne pouvons qu'observer les différences et similitudes entre nos résultats et ceux du Baromètre INPES 2010 concernant les 65-75 ans.

3 % de notre population présentait un profil pouvant s'apparenter à la dépendance alcoolique. Ce résultat est inférieur à celui observé dans le Baromètre INPES (9 %), cette faible proportion pouvant être secondaire au décès précoce des consommateurs, à une diminution des consommations avec l'âge, et enfin à la perte d'autonomie entrainant un placement des personnes dépendantes les plus fragilisées (population non incluse dans l'étude). La méthodologie de notre enquête qui consistait au recueil par les médecins généralistes des consommations d'alcool a pu également entrainer un biais de prévarication, les patients pouvant minimiser leurs consommations.

18,8 % de notre population présentait un profil de consommation à risque ponctuel. Ces résultats sont supérieurs à ceux observés par l'INPES (13 %). La modification que nous avons apportée à la question 3, en passant le seuil de 6 à 4 verres, peut en être responsable. On peut également, là encore, légitimement se poser la question d'une sous déclaration des patients les plus consommateurs.

Avec 17,5 % d'abstinents, notre population comportait une proportion plus élevée d'abstinents que dans la population générale (13 %).

L'usage simple d'alcool est le mode de consommation dominant dans notre population quel que soit le sexe.

Les hommes étaient plus souvent consommateurs d'alcool que les femmes avec une proportion d'abstinents de 4,3 % *versus* 27,6 % chez les femmes ($p<0,0001$).

Alors que l'abstinence était le 2ème mode de consommation chez les femmes, les hommes avaient une consommation d'alcool plus souvent problématique.

L'usage problématique se révèle donc particulièrement masculin (39,2 % *vs* 10,5 % ; p < 0,0001), comme c'est le cas en Aquitaine [47] et l'ensemble du territoire (Baromètre INPES 2010).

1.3. Consommation d'alcool et autres facteurs associés

1.3.1. Consommation de tabac et alcool

Notre population était faiblement consommatrice de tabac, on retrouvait en effet une prévalence de de 5,3 %. 8,7 % des hommes étaient consommateurs de tabac pour seulement 3 % des femmes (p=0,11).

Ces résultats sont inférieurs à ceux observés par l'INPES dans son Baromètre Santé Environnement 2007 [49] pour la population des 65-75 ans, ou 10,7 % des hommes et 7,2 % des femmes se sont déclarés consommateurs de tabac.

Cette différence peut être expliquée par un décès plus précoce des consommateurs de tabac, ou à un arrêt des consommations avec l'âge.

Parmi les fumeurs on retrouvait une consommation problématique d'alcool chez 50 % des hommes (n=4) et 75 % des femmes (n=3). Malgré ce faible échantillon, le tabac pourrait être un facteur intéressant pour le dépistage ciblé des conduites d'alcool à risque, notamment chez les femmes de plus de 75 ans, même si une étude descriptive ne permet que de souligner une corrélation.

Cette tendance a déjà été observée par Beck et *al* dans leur enquête sur « les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans » (2001) [50]. Ils rapportent en effet que les seniors tabagiques se distinguent par une consommation d'alcool relativement élevée, qu'ils boivent en moyenne plus de trois verres par jour, 59 % se déclarant usagers quotidiens et 16 % potentiellement dépendants.

Une étude de grande ampleur sur les sujets âgés de 75 ans et plus pourrait être un apport supplémentaire.

1.3.2. Consommation de psychotropes et alcool

27,6 % des femmes et 23,9 % des hommes de notre étude étaient consommateurs de psychotropes. Cette répartition est retrouvée dans la population générale avec 23 % de femmes consommatrices versus 13 % d'hommes d'après le Baromètre INPES 2010 et l'INSERM [51].

Notre population était donc plus consommatrice que la population générale mais nos données se rapprochent de celles déjà connues (Baromètre Santé 2005) [47] pour les 70-75 ans ou 19 % des hommes et 30 % des femmes étaient consommateurs.

Notre enquête ciblait une population de sujets âgés consultant leur médecin traitant ce qui peut expliquer la plus forte prévalence des hommes consommateurs de médicaments.

Une consommation problématique d'alcool associée était plus fréquemment retrouvée chez les hommes consommateurs de psychotropes que chez les femmes consommatrices de psychotropes (27,2 % *vs* 8,1 % ; p=0,001).

1.3.3.Groupe Iso Ressource et alcool

85,3 % de notre population était autonome avec un GIR calculé à 6. La réalisation de cette étude en ambulatoire explique la forte proportion de patients autonomes.

Cette importante proportion de GIR 6 était retrouvée quel que soit le type de consommation d'alcool associée. On ne retrouve pas de différence statistiquement significative d'autonomie entre les patients présentant une consommation d'alcool problématique et les sujets ayant une consommation plus modérée (p=0,49). On note cependant que 100 % de nos patients alcoolodépendants étaient GIR 6.

Ces résultats peuvent être expliqués par les difficultés à se procurer des boissons alcoolisées lorsque l'autonomie est moindre, que les déplacements extérieurs sont difficiles ou qu'une tierce personne fait les courses. Donc, ne reste dans l'étude que les patients dépendants pleinement autonomes. De même, peut-être que la fragilisation d'un patient dépendant de l'alcool aboutit à une dégradation plus rapide de l'autonomie, une fois le processus enclenché, sous la forme d'un cercle vicieux.

2. Les limites de l'étude

Plusieurs biais sont susceptibles d'influencer les données de cette enquête et leur analyse.

Alors que le protocole envoyé à chaque médecin mentionnait l'inclusion des 10 premiers patients vus en consultation, il est possible que certains médecins aient préféré cibler une population qu'ils estimaient plus en difficulté avec l'alcool afin de se faire une idée des consommations, entrainant alors **un biais de recrutement**.

Afin d'établir le profil de consommation d'alcool de nos patients, nous avions choisi d'utiliser le questionnaire AUDIT-C. Ce dernier s'appuie sur les seules déclarations du patient. Il est possible que les réponses apportées ne soient pas toujours conformes à la réalité entrainant **un biais de déclaration**. De plus, les patients peuvent être amenés à minimiser ou augmenter leur consommation face à leur médecin, dans le souci de donner d'eux-mêmes une image qu'ils pensent plus positive. Mais ceci ne fait que reproduire les conditions normales de l'exercice médical.

Il n'était pas mentionné dans notre protocole de conditions spécifiques à l'interrogatoire des patients, **un biais externe** tel que la présence de l'interne, du médecin traitant ou d'un membre de la famille a pu influencer la réponse des sujets.

Enfin les investigateurs de notre étude n'avaient pas reçu de formation spécifique au repérage précoce et à l'utilisation de l'AUDIT-C, il n'y avait donc pas d'uniformité dans la façon d'interroger les patients et donc un possible **biais lié à l'enquêteur**.

Toutefois un biais important de notre étude nous paraît être le manque de puissance, alors que l'objectif initial était, justement, de favoriser un recueil facilité d'un grand nombre de données fiables. Cet échec nous amène à développer un chapitre spécifique, en suivant.

3. Taux de réponse limité : tentatives d'explication et solutions envisagées

Afin de réaliser notre étude 2660 questionnaires ont été envoyés aux différents investigateurs, 8,8 % (n=235) de ces questionnaires nous ont été retournés durant la période d'inclusion.
14 internes ont ainsi participé à l'étude soit un taux de participation de 13 %.
Seule la voie postale a été utilisée afin de faciliter les échanges de questionnaires, mais deux relances par mail via la faculté ont été réalisées auprès des internes. La deuxième relance n'a pas favorisé les réponses puisque seule une enveloppe a été réceptionnée par la suite.
Devant ce manque de participation, malgré les précautions prises (présentation de l'étude lors du choix des stages, information des maîtres de stages par courrier, doubles investigateurs sollicités pour le même recueil, enveloppe retour timbrée, relances) nous avons cherché des explications. Nous avons réalisé une enquête exploratoire non prévue dans la méthodologie initiale, car décidée après le recueil des résultats. De plus cette enquête ne permet pas de répondre à la question de recherche, mais de trouver une explication à un défaut méthodologique. Ceci nous semble justifier la présentation de ces résultats dans la partie discussion, procédure peu orthodoxe.

Les investigateurs principaux de cette étude étaient les internes en médecine générale réalisant leur stage praticien ou leur SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée). Nous avons interrogés un échantillon de 10 IMG afin de recueillir leur opinion sur leur faible participation.
Les deux principales raisons évoquées par ces derniers justifiant l'absence de réponse à l'étude étaient le manque d'information et la volonté de non-participation de leurs maitres de stage.
Une information avait été réalisée avant chaque choix de stage, une grande majorité des internes participant à cette journée. On peut cependant émettre l'hypothèse que l'enjeu de cette journée n'était pas propice à la perception des informations.

Afin de favoriser l'adhésion à cette étude, le Département de Médecine Générale proposait que la participation soit prise en compte dans le portfolio, mais cette mesure n'a pas non plus favorisé les réponses.
Enfin la période d'inclusion de mai à novembre, avec les nombreux jours fériés et les vacances a, selon certains internes, empêché le bon déroulement de l'étude, les périodes de vacances étant souvent défavorables à l'obtention de réponses du fait d'absence ou de manque de motivation.

Une enquête téléphonique a été réalisée le 14 novembre 2013 auprès d'un échantillon aléatoire de médecins référents afin de connaitre les différents freins pouvant expliquer le manque de participation.
50 praticiens référents ont été ainsi contactés dans les différentes CPL. Seulement une quinzaine de médecins généralistes ont pu être joints directement permettant de mettre en évidence plusieurs problématiques.
La réponse la plus fréquemment entendue était le manque de temps, mais on retrouve aussi la négligence, les questionnaires perdus, la non-participation de l'interne, une mauvaise compréhension du sujet « je n'ai pas de patient alcoolique dans ma clientèle » et enfin une volonté de ne pas participer à des études réalisées par des inconnus.
Un des médecins interrogés déclarait ne pas avoir reçu le courrier.
On note que plusieurs médecins ont proposé de participer à l'étude lors de cet appel téléphonique.

Ces différentes réponses corroborent plusieurs travaux déjà réalisés en médecine ambulatoire.
Selon l'enquête D.E.S.I.R [52] l'attitude des médecins généralistes est fortement influencée par :
- l'image floue qu'ils ont des promoteurs d'enquête
- les conditions pratiques de réalisation : document d'enquête noyé dans le courrier
- le manque de communication personnalisée
- la perception généralisée d'une dégradation du statut et des conditions de travail du médecin

La notion de rémunération ne semble pas être importante dans le cadre de travaux universitaires contrairement aux travaux en relation avec l'l'industrie pharmaceutique.

Les contacts personnels directs, répétés paraissent essentiels pour motiver les médecins à participer à un travail de recueil de données pour un partenaire externe. L'envoi d'informations par courrier, ou de questionnaires, est très peu performant : peu de médecins lisent ces courriers, certains ne les ouvrent même pas. L'amalgame fréquemment pratiqué avec des formulaires administratifs, sous l'appellation générale de « paperasse », reflète un vécu fait de contraintes estimées injustifiées, d'autant plus que la charge de travail du médecin est importante.

L'enquête D.E.S.I.R rapporte que les motivations de participation sont faibles, et la négligence est le plus souvent invoquée pour expliquer l'absence de réponse aux questionnaires [52].

On retrouve les mêmes constatations dans « l'analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques » où l'HAS [53] pointe le manque de participation de la médecine de ville aux différentes études organisées par le réseau ADOPTIR.
ADOPTIR ajoute dans son rapport que « la rémunération afférente offerte pour ce faire ne semble donc pas être un moteur suffisant et semble persuadé que les professionnels de santé libéraux n'ont pas le temps et l'envie de remplir des papiers en plus… ».

Notre étude met en évidence une fois de plus la difficulté de la mobilisation en médecine générale. Aujourd'hui reconnue comme une spécialité à part entière, elle peine pourtant à se faire une place dans la recherche. Il est légitime de penser qu'une analyse approfondie des attentes des médecins généralistes permettrait une meilleure participation et faciliterait la réalisation d'études ambulatoires.

Rétrospectivement et à la lumière de ces analyses, plusieurs améliorations peuvent être apportées à la méthodologie de notre étude pour en améliorer la puissance.

4. Optimisation de la méthodologie.

Tout d'abord, la construction du questionnaire était non optimale. Il aurait été intéressant de mieux explorer la fragilité des personnes âgées au travers d'une grille plus précise que AGGIR. Une évaluation de la fragilité par « *gut feeling* » (sentiment viscéral), complémentaire, aurait pu apporter également des informations intéressantes sur la perception du médecin. L'existence de chutes répétées, de troubles cognitifs, de dénutrition, de troubles de la vue, de troubles anxio-dépressifs, pourrait interagir avec la consommation d'alcool et augmenter les risques.
L'utilisation d'indices spécifiques de comorbidités pourrait être une option intéressante, le CIRS (*Cumulative Illness Rating Scale*), l'indice de Charlson, l'indice de Kaplan-Feinstein et l'ICED (*Index of Coexistent Disease*) ont été validés et utilisés chez les sujets âgés [54]. Cependant chaque indice a été validé dans des conditions spécifiques, très différentes d'un indice à l'autre, il est donc difficile de les comparer et d'appliquer ces indices à notre population.

La méthode choisie pour notre étude a engendré plusieurs biais, l'analyse que nous avons faite des attentes des médecins permet d'envisager différentes pistes permettant de les corriger. Notre choix s'était porté sur les internes comme investigateurs principaux de l'étude, avec accord de leurs praticiens responsables. Un protocole de l'étude avait été envoyé par courrier postal chez chaque référent. Cette façon de procéder a sans doute été responsable de complications puisqu'elle nécessitait : un accord de l'interne, un accord de chaque praticien et un déplacement du dossier entre plusieurs cabinets avec les difficultés que l'on peut envisager.

Le choix de quelques médecins volontaires pourrait permettre un meilleur investissement avec, *in fine,* un plus grand nombre de réponses. Un effectif restreint de médecins nous aurait permis une meilleure information, une approche téléphonique ou directe et la possibilité d'une formation au repérage précoce en alcoologie.
Un support pédagogique a été déjà développé par le réseau AGIR 33 – AQUITAINE, appelé « RPIB senior » et peut être réalisé en une soirée. Il aborde les consommations de tabac, d'alcool et de psychotropes chez la personne âgée. D'autres réseaux, structures et départements de médecine générale sont partenaires sur ces projets et pourraient favoriser une enquête sur plusieurs régions de France.
Nos relances par mail n'avaient pas permis une meilleure adhésion, un contact téléphonique semble plus favorable car moins impersonnel et facilitateur d'échange.
Une rémunération des médecins généralistes peut être considérée comme un plus mais pose la question de l'organisme financeur en période de restriction budgétaire.

La période d'inclusion choisie, comprenant la découverte d'un nouveau stage, les vacances scolaires et les longs week ends n'a pas été propice à la réalisation de l'étude. La période hivernale ne semble pas plus opportune compte tenu de la surcharge de travail secondaire aux épidémies (grippes, gastroentérites, bronchiolites…) le printemps reste donc la période la plus favorable puisqu'elle correspond à une diminution de l'activité et à la fin du stage des internes.

Tous ces éléments sont à prendre en compte dans la réalisation d'une prochaine enquête. Plutôt que de pointer comme un grand nombre d'enquêtes, le peu d'intérêt des médecins pour expliquer le manque de données ambulatoires il nous semble plus judicieux de se poser la question de l'optimisation des méthodes d'investigation.

5. Les points forts de notre étude

L'étude Alcoville 75+ fait partie des premières du genre réalisée en France sur la consommation d'alcool des personnes de 75 ans et plus en soins primaires.
Les difficultés rencontrées lors de sa réalisation ne doivent pas être considérées comme des obstacles mais bien comme des éléments à prendre en compte dans les études à venir.

Outre le fait d'évaluer les consommations d'alcool, un des objectifs était de montrer que les soins primaires restent le lieu privilégié dans la réalisation de ce type d'étude. A la fois soignant et confident le médecin généraliste est un observateur de choix de la population et donc le candidat idéal pour les repérages précoces. Reste à se donner les moyens d'effectuer ce repérage en favorisant l'accès aux ressources pour des médecins généralistes souvent mis en difficulté par l'organisation des soins.
Malgré un taux de réponse limité et malgré l'absence d'échantillonnage réalisé au préalable, la population de notre étude était pour l'essentiel représentative de la population Aquitaine.
La population masculine semblait légèrement plus âgée que la population Aquitaine (p=0,02) [5] mais la distribution de l'âge chez les femmes était semblable à celle du recensement de l'Insee (p=0,07) [5] et l'autonomie des patients était similaire à celle observée en population française dans l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 (p=0,39) [48].

L'absence d'étude française sur les consommations d'alcool de 75 ans et plus ne nous a pas permis de comparer directement nos données mais les tendances observées suivent celles du baromètre INPES pour les 65-75 ans. L'usage simple d'alcool, mode de consommation dominant, était retrouvé dans notre population en même proportion que dans le baromètre (29,9 *versus* 30%) [17]. De façon identique à la population générale, la surconsommation d'alcool était une habitude masculine (39,2 % *vs* 10,5 % ; p < 0,0001)[47].

En plus d'observer des résultats intéressants concernant la consommation d'alcool, nous avons vu émerger des profils plus complexes. En effet parmi les fumeurs on retrouvait une consommation problématique d'alcool chez 50 % des hommes (n=4) et 75 % des femmes (n=3) et une consommation problématique d'alcool associée était plus fréquemment retrouvée chez les hommes consommateurs de psychotropes que chez les femmes (27,2 % *vs* 8,1 % ; p=0,001).

La validation de ces résultats demande bien sûr des études de plus grande ampleur. Si ces résultats s'avéraient exacts, on pourrait envisager la création d'un score tenant compte de ces critères et permettant de cibler une population ayant un risque de surconsommation d'alcool, score qui pourrait s'avérer utile pour cette population avec qui l'on peine à parler alcool.

Alcoville 75+ doit être considérée comme un préambule, mettant en évidence les limites de notre système de soins et ouvrant la porte à d'autres études.

CONCLUSION

Alors que la population française est vieillissante et que l'abus d'alcool est aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique, peu d'études ont porté sur la consommation d'alcool des personnes âgées de 75 ans et plus.

En effet, cette population hétérogène, aux lieux et conditions de vies multiples, est souvent victime des représentations personnelles des plus jeunes qui peinent à l'interroger.

Une fois ces obstacles dépassés, se pose alors les questions suivantes : quelles conditions de dépistage, quel terrain d'enquête choisir ; quels outils employer ? Les outils de repérage actuels ne sont pas validés chez les sujets âgés et aucun outil spécifique n'a été créé en France.

Pourtant, les personnes âgées, comme nous l'avons montré en Aquitaine, sont consommatrices d'alcool. Si une majeure partie consomme sans risque, le 2ème mode de consommation chez les hommes de 75 ans et plus est l'usage à risque. Une possible dépendance à l'alcool pouvait même être évoquée chez 3 % de notre population.

A l'heure où l'espérance de vie augmente de façon régulière et importante, l'amélioration de la qualité de vie est primordiale pour que chacun puisse profiter pleinement de ces années supplémentaires.

Force est de constater que du chemin reste à parcourir à tous les niveaux. L'absence de seuils à risque solidement validés chez la personne âgée, l'absence de questionnaire de repérage performant et validé et les représentations des intervenants auprès de ces publics, sont des obstacles pouvant être corrigés.

Notre étude préliminaire avait pour but d'évaluer les profils de consommation des 75 ans et plus, et a montré que, sur cette population plus sensible aux conséquences néfastes de l'alcool, les mésusages étaient significatifs à plus de 20,5 %.

Reste maintenant à développer des outils et à les valider sur des études à plus grande échelle. Pour cela, les difficultés vécues lors de notre travail permettront d'imaginer des protocoles optimisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie [Internet]. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. [consulté le 17/02/14] Available from: http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

2. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances. 2012; (79).

3. Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet Français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011. OFDT. 2012.

4. Beck F. Les usages de substances psychoactives en population adulte : 1ers résultats du Baromètre Santé 2010. Paris: INPES OFDT; 2011 juin.

5. INSEE. Evolution et structure de la population en 2010: recensement [Internet]. INSEE; 2010. [consulté le 13 /10/13]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?nivgeo=FE&typesearch= territoire& codgeo=&ref_id=evo2010

6. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. Drogues, santé et société. 2010 Décembre; 9(2): 49-74.

7. Finck A, Lecallier D. Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior. Alcoologie et Addictologie. 2009; 31: 225-34.

8. Michaud P, Lecallier D. Risque alcool chez les plus âgés, difficultés liées au repérage. Gérontologie et Société. 2003; 105: 88-9.

9. Liegeard A. Repérage du mésusage d'alcool chez les personnes âgées par les médecins généralistes. Thèse: Med: Rouen. 2012; NC.

10. Expertise collective de l'INSERM. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : INSERM; 2003.

11. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture clinique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique? Pour quel patient? Sur quels critères? Alcoologie et Addictologie. 2001; 23(4 Suppl.): 1S-76S.

12. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008; 141 p.

13. American Psychiatric Association. DSM-IV Critères diagnostiques. Paris: Masson; 1996.

14. Aubin JH, Auriacombre M, Reynaud M, Rigaud A. Implication pour l'alcoologie de l'évolution en addictologie. De l'alcoolisme au trouble de l'usage d'alcool. Alcoologie et addictologie. 2013; 35(4): 309-15.

15. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2013 mai; (16-17-18).

16. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions: plan 2007-2011 [Internet]. 2006. [consulté le 13 /10/13]
Available from: http://www.sante.gouv.fr/commission-addictions.html

17. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances. 2011; (76): 1-6.

18. Synthèse du groupe de travail de la SFA. Personnes âgées et consommation d'alcool. Société Française d'Alcoologie et Société Française de Gériatrie et Gérontologie; 2013 Jan.

19. Leurs P, Huvent-Grelle D, Lelievre-Leroy S, Roche J, Puisieux F. La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. Presse Med. 2010; (39): 280-8.

20. Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. Alcool et sujet âgé en institution. Gérontologie et Société. 2003; 105: 133-49.

21. Haute Autorité de Santé. Confusion chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation. HAS; 2009.

22. Haute Autorité de Santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition. HAS; 2009.

23. Institut National du Cancer (INCa), Réseau NACRe. Alcool et risque de cancers. État des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. Collection rapports & synthèses. INCa, Boulogne-Billancourt, 2007, 58 p. [Internet]. [consulté le 17 /12 /2013]. Available from : http://www.drogues-info-service.fr/IMG/pdf/Alcool_et_risques_de_cancer_-_nov_2007_FR_.pdf

24. Kristenson H, Ohlin MB, Hultin-Nosslin E, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long term study with randomised controls. Alcoholism: clinical and experimental research. 1983; 7 : 203-9.

25. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Intern Med. 1997; 12 : 274-83.

26. Poikolainen. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Prev Med. 1999; 28 (5): 503-9.

27. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment seeking populations. Addiction. 2002; 97: 279-92.

28. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003; 327: 536-43.

29. Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Ariño J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. Addiction. 2004; 99 (1) : 103-8.

30. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction. 2004; 99: 839-45.

31. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand M. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; 165 (9) : 986-95.

32. Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS, Turner BJ, et Fiellin DA. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient centered medical home. Am J Addict / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions. 2011; 20 (4): 343-56.

33. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2009; 28(3) : 301-23.

34. Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. Revue du Praticien Médecine Générale. 2002; 16: 1488-92.

35. Rapport annuel 2012 HCAAM [Internet]. HCAAM; 2012 décembre [consulté le 8/12/2013] p.84-9. Available from: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf

36. Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication, a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? Int J Geriatr Psych. 2007; 20(7): 680-5.

37. Dewost AV, Dor B, Orban T, Rieder A, Gache P, Michaud P. 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) Etude REPEX. La Revue du praticien Médecine Générale. 2006; 20(724-725): 321-6.

38. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France: une comparaison de deux enquêtes en population générale. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005 Aout; (97).

39. Bush KR, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. Archives of Internal Medecine. 1998; 158: 1789-95.

40. Aalto M, Alho H, Halme JT, Seppa K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. INT J GERIATR PSYCH. 2011; 26(9): 881-5.

41. Daeppen JB, Dor B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. Alcoologie et Addictologie. 2003; 25: 30-4.

42. Philpot M. Screening for problem drinking in older people referred to a mental healthservice: a comparison of CAGE and AUDIT. Aging and mental health. 2003; (7): 171-5.

43. Gual A, Segura L, Montserrat C, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the Alcohol Use Disorders Identification Test. Alcohol Alcohol. 2002; 37: 591-96.

44. Garrier G. Histoire sociale et culturelle du vin. Bordas Culture. Paris; 1995.

45. Michaud P, Lecallier D. Non, il ne faut pas conseiller aux patients de boire du vin. Presse Med. 2006; (35): 1845-8.

46. Agence Régionale de Santé. Document d'orientations régionales PRIAC 2010-2013 Aquitaine [Internet]. 2010.[consulté le 21/12/2013] Available from: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/

47. Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. INPES OFDT; 2008 Oct.

48. Eghbal-Téhérari S, Makdessi Y. Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. Méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale. DREES; 2011 Sep p. 39. Report No: 26.

49. Beck F, Girard D, Leon C, Menard C. Baromètre Santé Environnement 2007. INPES; 2008.

50. Beck F, Legleye S, Peretti-Wattel P. Alcool , tabac et psychotropes chez les seniors :Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. Tendances. 2001; (16).

51. Expertise collective de l'INSERM. Médicaments psychotropes, consommations et pharmacodépendances. INSERM; 2012 Oct.

52. Cogneau J, Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. Santé publique. 2002; 14(2): 191-9.

53. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville. HAS; 2008.

54. Neuzillet Y. L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive. Progrès en urologie.2009 ;19 (3 Suppl.) :S80-S86 .

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire AUDIT-C

1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

   □ Jamais □ 1 fois /mois ou moins □ 2 à 4 fois / mois

   □ 2 à 3 fois /semaine □ au moins 4 fois /semaine

2. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

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

3. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion **?**

   □ Jamais □ moins d'une fois /mois □ une fois /mois

   □ Une fois / semaine □ tous les jours ou presque

Annexe 2 : Verres d'alcool standards

Annexe 3: Questionnaire AUDIT

	Questions	Score				
		0	1	2	3	4
1	Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2	Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3	Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9	Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
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		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

Annexe 4: Territoire Aquitaine

Annexe 5 : Questionnaire Alcoville 75+

CONSOMMATION ALCOOLIQUE CHEZ LES 75 ANS ET +	ALCOVILLE 75+

CONTEXTE DE REALISATION : ❒ Consultation au cabinet ❒ Visite à domicile

IMPOSSIBILITE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE ❒

AGE :

SEXE :

PSYCHOTROPE : ❒ Oui ❒ Non

TABAC : ❒ Oui ❒ Non

AUDIT C (adapté) :

1. **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

   □ Jamais □ 1 fois /mois ou moins □ 2 à 4 fois / mois

   □ 2 à 3 fois /semaine □ 4 à 6 fois /semaine □ tous les jours

2. **Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?**

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

3. **Combien de fois vous arrive-t-il de boire quatre verres ou davantage au cours d'une même occasion ?**

   □ Jamais □ moins d'une fois /mois □ une fois /mois

   □ Une fois / semaine □ tous les jours ou presque

AUTONOMIE : AGGIR

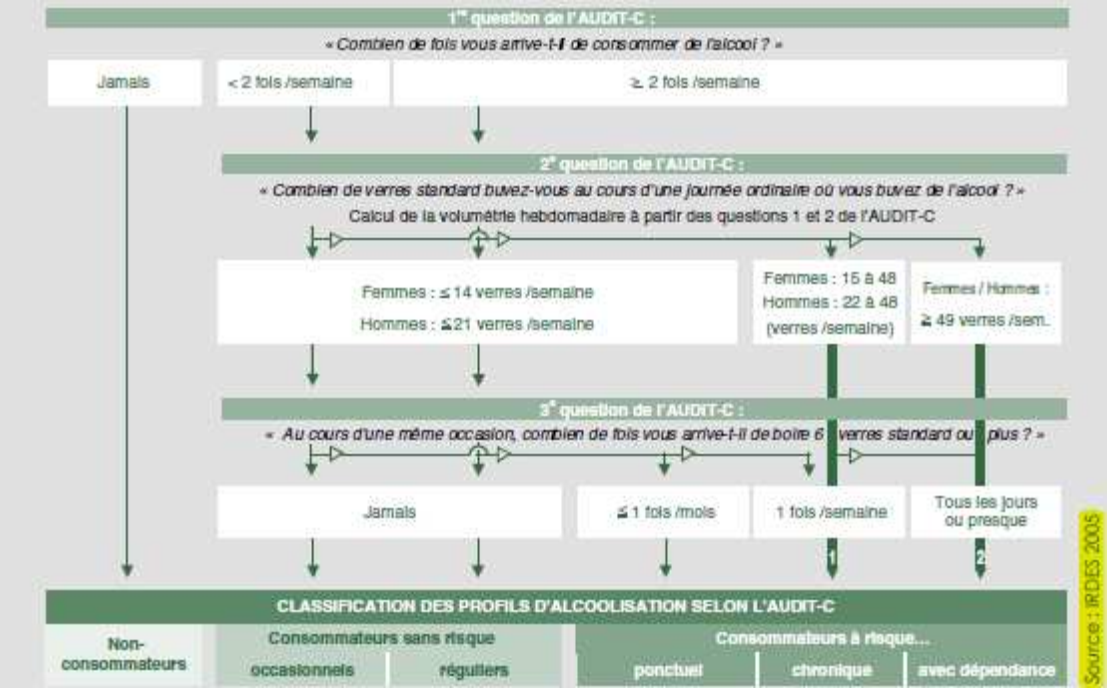
A : Fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement

C : Ne fait pas

1. Cohérence	A	B	C
2. Orientation	A	B	C
3. Toilette	A	B	C
4. Habillage	A	B	C
5. Alimentation	A	B	C
6. Elimination	A	B	C
7. Transfert	A	B	C
8. Déplacement intérieur	A	B	C
9. Déplacement extérieur	A	B	C
10. Communication	A	B	C

Annexe 6: Algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation dans l'ESPS 2002 selon l'AUDIT-C validé.



Annexe 7 : Questionnaire Alcoville 75+ explicatif pour les médecins

CONSOMMATION ALCOOLIQUE CHEZ LES 75 ANS ET + ALCOVILLE 75+

CONTEXTE DE REALISATION : ❒ Consultation au cabinet ❒ Visite à domicile

IMPOSSIBILITE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE ❒ (hors refus et critères d'exclusion)

AGE (année de naissance visible sur la carte vitale) :

PSYCHOTROPE : ❒ Oui ❒ Non (*présence sur votre ordonnance ou celle du psychiatre)*

TABAC : ❒ Oui ❒ Non (*consommation déclarée lors de la consultation)*

AUDIT C (adapté) :

1. **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**
   (*Tous alcools confondus, même coupés avec de l'eau*)
   ◻ Jamais ◻ 1 fois /mois ou moins ◻ 2 à 4 fois / mois
   ◻ 2 à 3 fois /semaine ◻ 4 à 6 fois /semaine ◻ tous les jours

2. **Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?**
   (Verres standards : 10cl vin, 3cl alcool fort ,25cl bière)
   ◻ 1 ou 2 ◻ 3 ou 4 ◻ 5 ou 6 ◻ 7 à 9 ◻ 10 ou plus

3. **Combien de fois vous arrive-t-il de boire quatre verres ou davantage au cours d'une même occasion ?** *(en comptant apéritif, vin et digestif)*

   ◻ Jamais ◻ moins d'une fois /mois ◻ une fois /mois

   ◻ Une fois / semaine ◻ tous les jours ou presque

AUTONOMIE : AGGIR

(Peut être fait en l'absence du patient si celui-ci est bien connu du médecin)

A : Fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement

C : Ne fait pas

1.	Cohérence	A	B	C
2.	Orientation	A	B	C
3.	Toilette	A	B	C
4.	Habillage	A	B	C
5.	Alimentation	A	B	C
6.	Elimination	A	B	C
7.	Transfert	A	B	C
8.	Déplacement intérieur	A	B	C
9.	Déplacement extérieur	A	B	C
10.	Communication	A	B	C

RESUME

ALCOVILLE 75+ :

Consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine.

Etude observationnelle transversale de prévalence.

Comme le reste de la population les personnes âgées, malgré leur plus grande fragilité et la consommation de médicaments souvent incompatibles, sont consommatrices d'alcool.

La meilleure connaissance de ces usages est importante, pour une réduction des risques et une amélioration des soins. Les différentes revues de la littérature réalisées montrent un manque de données en soins primaires. L'objectif de notre étude était d'établir la consommation d'alcool des personnes de 75 ans et plus**,** en médecine générale (hors établissements de santé et de retraite), en Aquitaine.

107 internes effectuant leur stage praticien en Aquitaine avaient pour mission d'inclure entre Mai et Novembre 2013 au minimum 10 patients vus chez les différents maîtres de stage. Les données recueillies provenaient d'un questionnaire comportant l'AUDIT C modifié.

234 questionnaires ont été étudiés montrant que l'usage simple d'alcool était le profil dominant représentant 60,7 % de la prévalence totale. 17,5 % de la population déclarait être non consommatrice. 78,2 % des sujets n'avaient donc pas de problèmes d'alcool. La prévalence du mésusage d'alcool (20,5 %) était supérieure à celle de l'abstinence. Les dépendants se limitaient à 1,3 %. L'abstinence était majoritairement féminine (90,2 %), comme l'usage d'alcool sans risque (61,5 %), contrairement aux usages problématiques plus souvent masculins.

A l'heure où l'espérance de vie augmente de façon régulière et importante, l'amélioration de la qualité de vie est primordiale pour que chacun puisse profiter pleinement de ces années supplémentaires.

Force est de constater que du chemin reste à parcourir à tous les niveaux. L'absence de seuils à risque solidement validés chez la personne âgée, l'absence de questionnaire de repérage performant et validé et les représentations des intervenants auprès de ces publics, sont des obstacles pouvant être corrigés. Ceci est d'autant plus important que notre travail montre que les 75 ans et plus demeurent des consommateurs importants d'alcool.

<u>Mots clés :</u>

Personnes âgées, 75 ans et plus, alcool, AUDIT C, Aquitaine, soins primaires, médecine générale

ABSTRACT

ALCOVILLE 75+

Alcohol consumption of people aged 75 and more, consulting in general medicine in Aquitaine.

Transversal observational study of prevalence.

Like the general population, elderly people, despite their greater fragility and often consumer of drugs which are incompatible with each other, consume alcohol.

A better understanding of these trends is important for reducing the risks and the improvement of care. A review of different studies has shown a lack of primary care data. The aim of our study was to show the trend of alcohol consumption of people aged 75 or more, in general medicine (outside hospitals and nursing homes), in Aquitaine.

107 interns doing their internship in Aquitaine had to record data between May and November 2013, of at least 10 patients seen by different internship tutors. The data recorded came from a questionnaire which included the modified AUDIT-C.

Out of the 234 questionnaires studied, simple alcohol consumption represented 60.7 % of test subjects. 17.5 % of the population claimed to be non-consumers. Thus, 78.2% of test subjects had no alcohol problems. Alcohol misuse (20.5 %) was greater than abstinence. Those dependent on alcohol was limited to 1.3 %. Abstinence was predominantly female (90.2 %), as alcohol consumer without risk (61.5 %), compared to risky behaviours which are more commonly male.

In this era where life expectancy is increasing steadily and at an important pace, the improvement of the quality of life is vital if everyone wants to enjoy those added years.

There is still room for improvement at all levels. The absence of validated threshold in elderly people, the lack of effective guiding questionnaire and better cross-section of those people affected are hurdles which can be corrected. This is all the more important as our work shows that those aged 75 or more are heavy alcohol drinkers.

MEDECINE

Key Words :

Elderly, people aged 75 or more, alcohol, AUDIT C, Aquitaine, primary care, general medicine.

UFR MEDECINE : Université de Bordeaux

146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux, France

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.