

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 20 10

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

COUDERC Emilie Julie

Née le 21 Juillet 1978 à Fontainebleau

Présentée et soutenue publiquement le : 14 Décembre 2010

**REPRESENTATIONS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL
CHEZ LES PLUS DE 65 ANS : ETUDE QUALITATIVE**

Président : Professeur

Philippe VINCENEUX

Directeur : Docteur

Isabelle AUBIN-AUGER

DES Médecine Générale

REMERCIEMENTS :

- Au Pr Vincenneux pour avoir accepté de présider cette thèse
- Au Pr Nougairède et au Pr Luton pour avoir accepté de juger mon travail
- A Isabelle Aubin pour sa disponibilité, son énergie, sa perspicacité.

- A Hervé pour être là tous les jours, pour son soutien rude mais sans faille et sa quête perpétuelle du meilleur.
- A mes enfants pour avoir donné un nouveau sens à ma vie
- A mes parents, mes grands parents pour m’avoir permis de faire ce merveilleux métier
- A René, Dominique et Amélie pour m’avoir permis de réussir la P1
- Au reste de ma famille sans qui je ne serai pas ce que je suis

- A ces amis de la première heure toujours présents : Noémie, Aurélien, Caro, Estelle, Célia, Laureline
- Aux Lariboichiennes, uniques et singulières, pour ces années de folie et toutes celles à venir
- à Sarah pour « nos confs » et surtout nos post-confs
- A Alice pour ce premier semestre d'internat mémorable
- A Odile pour la confiance qu’elle met en moi à lui succéder et prendre soin de ses patients

TABLE DES MATIERE

INTRODUCTION

PREAMBULE

I- Vieillissement de la population

II- Etats des lieux de la consommation d'alcool en France

A- Type de consommation

B- Conséquences du mésusage d'alcool

C- Consommation dans la population générale

D- Consommation chez les plus de 65 ans

E- Evolution de cette consommation

III- Problème d'alcool chez les plus de 65 ans

A- Epidémiologie

B- Modifications de la tolérance et des effets liés à la consommation d'alcool
chez la personne âgée

1- Modifications physiologiques

2- Effets toxiques de l'alcool

3- Pathologies associées aggravées par la consommation d'alcool

4- Interaction avec de nombreux médicaments

5- 5- Effets de l'alcool sur la santé des personnes âgées

C- Spécificité des problèmes d'alcool chez la personne âgée

D- Recommandations

E- Diagnostic et problème du repérage

1- Diagnostic

2-Interrogatoire

3- Repérage

F- Problème de la prise en charge et du traitement

IV- Alcool et Médecine Générale

A- Le médecin traitant en première ligne du repérage

B- Les réticences du médecin

V- Vers une épidémie silencieuse

METHODE

I- Choix de la méthode

II- Les entretiens

A- L'organisation des focus groupe

1- Focus groupe 1

2- Focus groupe 2 et 3

3- Focus groupe 4

4- Les entretiens individuels

B- Le déroulement

C- La retranscription

RESULTATS

I- Descriptif de l'échantillon

II- Résultats

A- Représentations de l'alcool

1- Différenciation vin / alcool

2- Les différentes représentations de l'alcool

B- Les différents types d'alcool

1-Le vin

2- Les alcools forts

3- La bière

4- Le champagne

C- La consommation d'alcool

1- L'initiation

2- Les raisons de boire

3- Les différents types de consommation

4- Nécessité de ne pas abuser

5- Notion de seuil

6- Les représentations du consommateur

7- Importance des médias

8- Les représentations du non-consommateur

9- Mesures mises en place pour limiter les effets de la consommation d'alcool

10- Influence du collectif sur la consommation d'alcool

D- Conséquence de cette consommation

1- Consommer de l'alcool aggrave certaines pathologies

2- Sur les traitements médicamenteux

E- La consommation d'alcool en vieillissant

1- Modification de la consommation

2- Raisons pour expliquer cette baisse de la consommation d'alcool en vieillissant

F- La consommation excessive

1- Définitions

2- Les conséquences

3- Aveux de cette surconsommation

G- L'alcoolisme

1- Définition

2- Traitement

3- Connaissance de personnes ayant un problème avec l'alcool

H- Repérage par le médecin traitant

1- Fréquence du repérage de la consommation d'alcool

2- Sentiments provoqués par cette recherche

3- Omniscience du médecin

4- Recherche normale

5- Circonstances de la recherche

6- Façon de faire

7- Sujet peu abordé en consultation

8- Influence du médecin sur la consommation

9- Médecins consommateurs

I- Sentiments des participants

1- Ils se considéraient sans problème avec l'alcool

2- Les craintes générées par la consommation d'alcool

3- Notion de mal

DISCUSSION

I- Impressions et remarques générales

A- L'organisation des entretiens

B- Impression générale sur les entretiens

II- Forces et faiblesses de l'enquête

A- Intérêts de la méthode

- 1- Discours riche en détails et en nuances
- 2- Aborder le sujet sur le versant émotionnel
- 3- Triangulation des données

B- Limites

III- Emergences des points importants et rapport aux données de la littérature

A- Ce que l'on retrouve dans la littérature

- 1- L'alcool : qu'est-ce que c'est ?
 - a- Représentations sociales positives
 - b- Assimilation à une drogue
 - c- Le vin
 - d- Les autres alcools
- 2- La consommation d'alcool
 - a- Raisons de boire
 - b- Consommation définie comme normale
 - c- Consommation chez la femme
- 3- Les modifications de la consommation en vieillissant
- 4- Et le médecin traitant dans tout ça ?

B- Ce qui est différent des données de la littérature

- 1- Les jeunes
- 2- La consommation solitaire n'est pas un problème
- 3- Consommation d'alcool et médicaments

C- Ce que l'étude apporte de nouveau

- 1- Différenciation vin / alcool
- 2- Notion de tolérance individuelle
- 3- L'omniscience du médecin
- 4- Doute sur l'existence de l'alcoolisme chez les personnes âgées

CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : Critères CIM de l'Abus

Annexe 2 : Critères DSM IV de la Dépendance

Annexe 3 : DETA

Annexe 4 : Seuils de consommation proposés par l'OMS

Annexe 5 : guide d'entretien Focus groupe

Annexe 6: retranscriptions des Focus groupes

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Selon l'OMS La France en 2003, occupait le onzième rang au classement mondial de la consommation d'alcool par habitant et la deuxième place en ce qui concernait la consommation de vin.

Il existe un déni concernant la consommation d'alcool dans la population française du fait d'une représentation plutôt positive de cette consommation, ce déni étant plus important dans la population plus âgée pour différentes raisons. D'abord, les personnes âgées n'en parlent pas car elles ont honte. De plus les personnes âgées sont souvent isolées socialement (INSEE, 2003). Cela en fait un problème difficile à repérer, majoré par les conséquences médicales aspécifiques, particulièrement à ces âges, de la consommation d'alcool. A cette difficulté de détection s'associe une réticence des professionnels de santé à poser la question de la consommation d'alcool, quelque soit l'âge du patient. Enfin, la société a une conception erronée de la consommation d'alcool chez la personne âgée. Pour elle, l'alcoolisme n'est pas un problème chez nos aînés. L'alcoolisme du sujet âgé est souvent ignoré du fait qu'il est moins spectaculaire, que ses répercussions socio-économiques sont moins fortes et que la souffrance d'un patient âgé isolé est moins visible (Dar 2006).

L'utilisation d'alcool même sans abus ni dépendance peut être à risque chez les plus de 65 ans du fait de la présence de comorbidités et d'interaction avec le traitement des patients. Elle peut augmenter le risque de chute, aggraver la perte d'autonomie. En France, il n'existe pas de recommandations spécifiques pour la consommation de cette classe d'âge contrairement aux Etats-Unis. Elle est de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 pour les femmes et pas plus de 4 verres en une même occasion quelque soit l'âge concerné. Aux Etats-Unis, des recommandations spécifiques ont été mise en place par l'American Geriatric Society. Elle recommande chez les plus de 65 ans une consommation limitée à moins de 1 verre par jour et pas plus de 3 verres en une occasion.

La reconnaissance des patients âgés ayant une consommation excessive est compliquée du fait du déni important de ce problème par les plus de 65 ans associé à une prise en charge médicale moins codifiée avec un diagnostic parfois difficile à faire : symptômes aspécifiques, problème des critères diagnostics, échelles de dépistage peu validées (Johnson, 2000. O'connell, 2003. Onen, 2008).

Même si la prévalence des troubles liés à l'utilisation d'alcool est moins élevée chez le sujet âgé que chez l'adulte plus jeune, le vieillissement de la population contribue à l'augmentation du nombre absolu des patients âgés avec des problèmes d'alcool.

On se dirige donc vers une épidémie silencieuse (Sorocco 2006).

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage de la consommation d'alcool quelque soit l'âge du patient. Du fait de l'augmentation de cette population dans les années à venir, cette prise en charge peut devenir un problème de grande ampleur

Il semble donc intéressant de se pencher sur ce que pensent les plus de 65 ans de l'alcool, de sa consommation et de la recherche éventuelle de celle-ci par leur médecin traitant, afin éventuellement, d'améliorer la prise en charge.

PREAMBULE

I- Vieillissement de la population

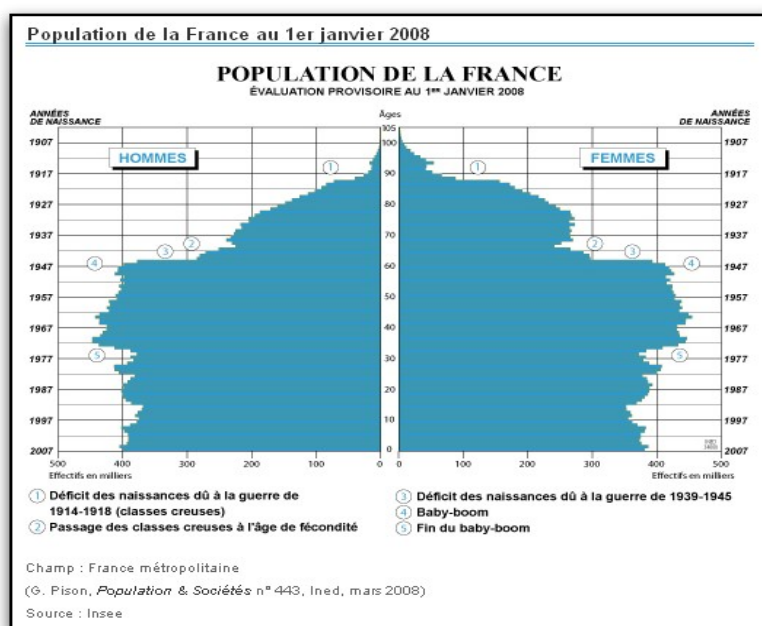
Au 1er janvier 2010 la population française est estimée à 64,667 millions d'habitants. Les plus de 65 ans représentent 16,6 % de la population générale soit 10 761 917 personnes (avec 41,26% d'hommes et 58,74% de femmes).

Entre 1950 et 2000 la population française s'est accrue de 18 millions de personnes. Cette forte augmentation de la population totale est due à l'accroissement naturel mais aussi pour plus de 30% à l'accroissement de la population des plus de 65 ans lié en grande partie à la baisse de la mortalité dans cette classe d'âge. En un peu plus de 50 ans, la partie de la pyramide des âges concernant les personnes âgées de 65 ans ou plus a fortement évolué : sa base s'est élargie et elle s'élève nettement plus haut. Une première raison en est l'allongement substantiel au cours de la période de la durée de vie.

La génération « papy boom » commence juste à apparaître avec un élargissement de la pyramide des âges dès 60 ans. Ce phénomène ne va aller qu'en s'accroissant jusqu'en 2035. Les prévisions pour 2050 de l'INSEE, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, prévoient une population

pour la France métropolitaine de 70 millions d'habitants avec 1 habitant sur 3 ayant plus de 60 ans contre 1 sur 5 en 2005.

Ce vieillissement est inéluctable selon l'INSEE au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges.



II- Etat de lieux de la consommation d'alcool en France :

A- Type de consommation

On distingue :

- **Les abstinents** : ce sont ceux qui déclarent ne pas consommer d'alcool du tout.
- **Les consommateurs à faible risque ou usage simple** :

Une consommation quelle soit occasionnelle ou quotidienne, est considérée à

faible risque si elle n'atteint pas le seuil des recommandations, soit 14 verres par semaine pour les femmes, 21 verres par semaine pour les hommes et pas plus de 4 verres en une même occasion. Cette consommation n'a pas de conséquences morbides ou relationnelles. C'est la catégorie de consommateurs la plus représentée en France. Elle existe en général dans un contexte social, de convivialité, « entres amis ».

- Les consommateurs à problèmes :

La Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations pour la pratique clinique publiées en 2001, définit trois groupes de "consommateurs à problèmes" ou trois conduites d'alcoolisation problématique :

L'usage *à risque* caractérise toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, et/ou à une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont prises dans une situation à risque (par exemple conduite automobile) et/ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier (pathologies associées, modification de la tolérance par exemple liée à l'âge ou à des médicaments associés).

Il représente environ 15% de la population.

L'usage *nocif* de l'alcool, caractérisé par une consommation d'alcool induisant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, en l'absence de

dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10 (Annexe 1).

L'usage *avec dépendance* de l'alcool (alcoolodépendance), caractérisé par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer et par le fait de poursuivre la consommation tout en étant conscient des conséquences négatives. La dépendance se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et des signes de sevrage à l'arrêt de la consommation. (Annexe 2)

En France où il n'y a jamais eu d'étude de prévalence en tant que telle, l'évaluation du nombre de dépendants reste approximative. Toutes classes d'âge confondues cela concerne environ 2 millions de personnes, soit approximativement 6% des hommes et 2% des femmes mais les estimations sont variables.

B- Conséquences du mésusage d'alcool

Le mésusage d'alcool est une cause directe ou indirecte de 25% de l'ensemble des maladies (Abrégé d'Hépatogastro).

L'alcool est au troisième rang des causes de décès, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

37000 décès par an étaient imputables à l'alcool au début des années 2000 selon l'OFDT, dont 10000 décès par cancer, 6800 par cirrhose et autre pathologie digestive, 3000 par psychose ou dépendance et 2300 par accident de la route.

Les dommages induits par l'alcool chez le buveur sont multiples (Anderson, 2008) :

- altération du bien-être social : conséquences sociales négatives, baisse de l'efficacité professionnelle.
- dommages intentionnels ou non : violence, conduite en état d'alcoolisation, traumatismes, suicide.
- troubles neuro-psychiatriques: anxiété et troubles du sommeil, dépression, alcoolo-dépendance, atteinte nerveuse, lésions cérébrales, déficience cognitive et démence, troubles addictifs, schizophrénie.
- troubles gastro-intestinaux : cirrhose du foie, pancréatite, diabète de type 2.
- cancers : tractus gastro-intestinal, foie, sein.
- pathologies cardio-vasculaires : hypertension, accident vasculaire cérébraux, arythmies cardiaques, coronaropathies
- système immunitaire : vulnérabilité accrue à certaines pathologies : pneumonie, tuberculose et VIH.
- pathologie du squelette : fracture.
- troubles de la reproduction : réduction de la fertilité.

Il est important de souligner que la moitié des décès prématurés dus à l'alcool concerne des personnes ayant une consommation excessive d'alcool mais non dépendantes.

C- Consommation dans la population générale

Les chiffres de prévalence sont des données approximatives en France et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'estimation du nombre total de personnes actuellement alcoolodépendantes dans les enquêtes en population générale soulève d'importants problèmes méthodologiques. Le dépistage de la dépendance et des problèmes d'alcool repose sur des outils de diagnostics comprenant un ensemble de questions sur les comportements vis-à-vis de l'alcool. Il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations officielles en France ou au plan international quant à l'utilisation d'un outil de dépistage. Ceci est aussi vrai à l'échelon international. Par ailleurs, la majorité des études épidémiologiques sont américaines.

Malgré une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France : seulement 7 % des personnes de 18 à 75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées (vin, bière, alcool fort ou autres alcools comme le champagne, le cidre, le panaché) selon l'OFDT.

Au cours des douze derniers mois, 15 % des 18-75 ans disent avoir bu tous les jours, 35 % au moins une fois par semaine, 37 % moins d'une fois par mois.

L'usage quotidien s'avère presque trois fois plus fréquent parmi les hommes que parmi les femmes (23 % vs 8 %) et touche essentiellement les générations âgées (45% des 65-75 ans contre 3% des 18-25 ans).

Le *Binge drinking* est la consommation de cinq verres ou plus en une

occasion (indicateur communément retenu pour approcher ce phénomène). La définition du NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) implique une notion de temps (concentration des consommations sur une période courte) ainsi qu'une intention : atteindre l'ivresse. Il est 4 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il est moins fréquent chez le sujet âgé que chez le sujet jeune.

Sur l'ensemble des 18-75 ans toujours selon l'OFDT, 10% sont considérés comme ayant ou ayant connu un usage problématique d'alcool selon le test DETA (annexe 3). Ces proportions sont stables depuis le début des années 1990 avec une répartition de 15% chez les hommes et 5% chez les femmes. Les variations de ces chiffres sont faibles avec l'âge à l'exception des plus de 65 ans, classe d'âge où les chiffres sont moindres.

Environ 5 millions de consommateurs ont une consommation à risque avec 1,5 à 3 millions de personnes dépendantes.

Dans une compilation de résultats d'enquêtes menés dans les pays européens dans les années 1990, la prévalence moyenne de l'alcoolodépendance sur les douze derniers mois était d'environ 3% avec des résultats très variables d'une étude à l'autre (de 0,4% chez les hommes à 14,5% et de 0,1% à 4,2% chez les femmes) et cela, même dans un pays donné (Rehm, 2005)

La prévalence d'abus-dépendance à l'alcool a été évaluée dans de grandes

enquêtes nationales américaines. La prévalence de la dépendance à l'alcool dans un échantillon représentatif de population américaine de 15 à 54 ans est estimée à 14% de l'échantillon total et à 15% parmi les consommateurs. Elle est de 20% chez les hommes et de 8% chez les femmes. En France, l'absence de grande enquête avec des outils validés est manifeste.

L'alcool le plus couramment consommé en France est le vin (81 % des 15-75 ans déclarent en avoir bu au cours de l'année), devant les alcools forts (58 %) et la bière (54 %). Ces deux derniers types de boissons ont la préférence des jeunes, alors que c'est le vin qui domine chez les plus âgés (Baromètre Santé 2005).

D- Consommation chez les plus de 65 ans

L'alcool est le produit le plus consommé chez les plus de 60 ans, principalement sous forme de vin.

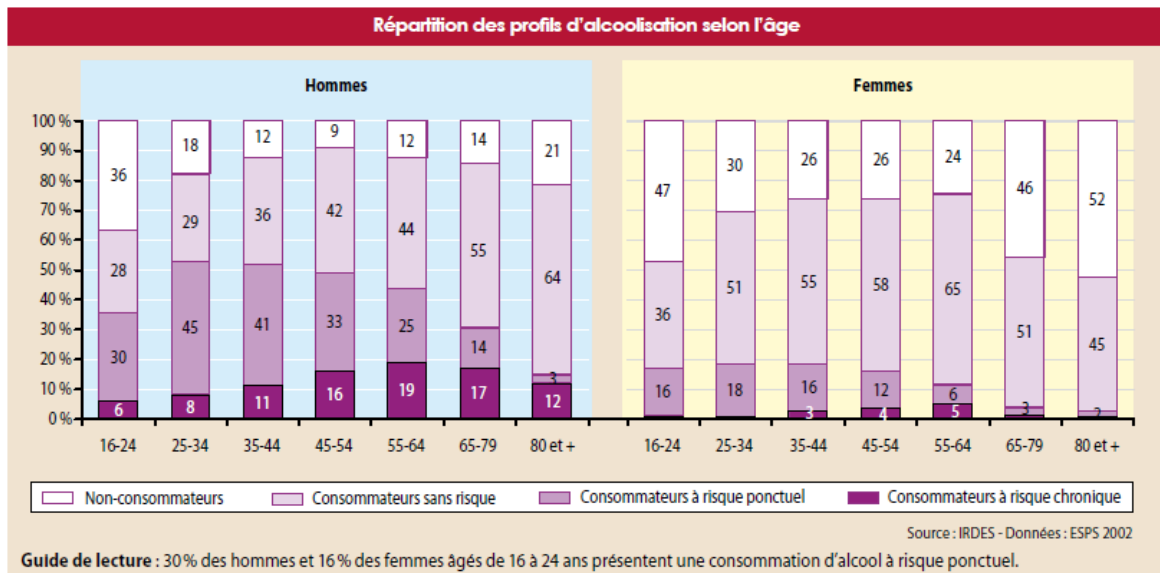
La proportion globale de consommation à risque diminue avec l'âge au profit d'une consommation plus régulière mais moins excessive. La consommation moyenne annuelle déclarée des 65-75 ans est presque le double de celle des 20-25 ans. Par contre, l'usage ponctuel d'une quantité importante d'alcool tend à diminuer avec l'âge. Il est à noter que le nombre d'abstinents augmente chez les plus de 70 ans (INSERM 2003).

Les usagers quotidiens chez les plus de 60 ans sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Les chiffres sont variables selon les sources, ceci

étant dû au fait qu'elles ne prennent pas les mêmes limites d'âges. Pour l'OFDT, les usagers quotidiens sont 53% chez les hommes de plus de 60 ans et 22% chez les femmes. Les chiffres de l'OFDT ne prennent en compte que la tranche 65-74 ans. Les plus de 75 ans ne sont pas comptabilisés dans les chiffres. Selon Mizrahi, 65% des 65-75 ans ont une consommation quotidienne dont 33% de femmes. Au delà de 75 ans, les pourcentages ne varieraient pas selon ses données.

72% des usagers quotidiens de plus de 60 ans déclarent boire en moyenne 1 à 2 verres par jour.

L'usage quotidien ne traduit pas forcément un usage à risque. Toutefois, les sujets âgés présentent des comorbidités fréquentes : en moyenne 2,1 pour les hommes et 2,6 pour les femmes (LANOE, 2005). De plus, il s'agit de la tranche de la population qui a la consommation moyenne de médicaments la plus élevée : 4,1 médicaments par jour et par personne (étude PAQUID). De part ces éléments, une consommation d'alcool même modérée peut être problématique.

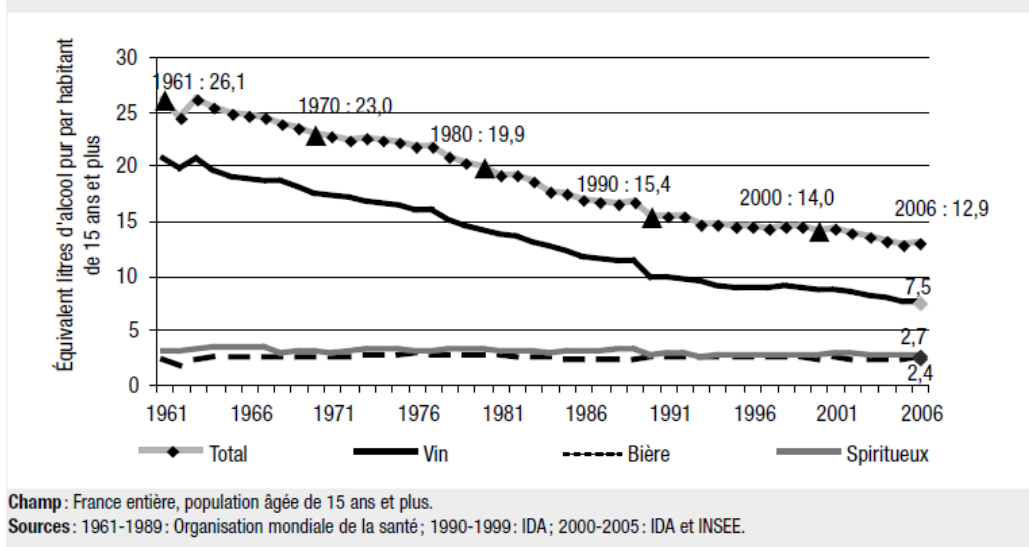


Source IRDES

E- Evolution de cette consommation

Dans notre pays, la consommation d'alcool baisse régulièrement depuis plusieurs décennies . Toutefois, son niveau global élevé reste une caractéristique française. La consommation globale d'alcool est passée de 15,1 litres d'alcool pur par habitant en 1979 à 12,81 litres en 2007, soit une diminution de presque 15%.

Graphique 2 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2006)



Source OFDT

III- Problème alcool chez les plus de 65 ans

A- Epidémiologie

Les données de prévalence des problèmes d'alcool chez la personne âgée sont peu précises. Elles sont surtout issues d'études américaines. La généralisation est donc difficile. De plus, les taux sont très variables du fait que les populations étudiées et les critères de diagnostics ne sont pas les mêmes dans les différentes études.

Les prévalences en population générale de l'abus ou dépendance varient de 2 à 14% et de 20 à 25% en institution gériatrique.

Selon l'American Geriatric Society en 2003, 15% des plus de 65 ans sont à risque du fait de pathologies associées ou de traitement associé et 2 à 4% entrent dans le cadre de l'abus ou de la dépendance.

Selon l'étude PAQUID, en Gironde et en Dordogne, chez les plus de 65 ans à domicile, 15% déclarent consommer plus de ½ litre de vin par jour.

De façon générale, la prévalence est plus élevée chez des sujets âgés hospitalisés que chez des personnes âgées dans la population générale.

Les différents auteurs notent de multiples limites à ces études épidémiologiques chez la personne âgée:

- chez les consommateurs à risques et dépendants, on note une réduction de l'espérance de vie, ce qui crée un trou dans la tranche des populations les plus âgées réduisant le nombre de consommations moyennes chez les personnes âgées.

- la consommation d'alcool, comme chez le sujet jeune, est minimisée
- les critères de diagnostics d'abus et de dépendance nécessitent d'être mieux spécifiés chez la personne âgée.

Toutefois, en 10 ans, il a été objectivé un franc accroissement du nombre de sujets âgés relevant d'un mésusage d'alcool aux Etats-Unis, avec une multiplication par 10 chez les femmes et par 4 chez les hommes (SOROCCO, 2006).

B- Modifications de la tolérance et des effets liés à la consommation d'alcool chez la personne âgé

1- Modifications physiologiques

Chez la personne âgée, l'alcoolémie est plus élevée pour une même quantité consommée que chez l'adulte jeune. Ceci est dû à la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse réduisant le volume de diffusion aqueux de l'alcool. De plus, on a une accumulation graisseuse avec un relargage secondaire qui induit une décroissance plus lente du taux sanguin.

Il existe par ailleurs une sensibilité accrue à l'alcool surtout au niveau du système nerveux central.

2- Effets toxiques de l'alcool

Les ivresses pathologiques sont plus fréquentes et de survenue plus rapide.

Les risques d'hypoglycémie et de déshydratation hyperosmotique sont augmentés.

Les signes de sevrage sont plus importants et de plus longue durée.

3- Pathologies associées aggravées par la consommation d'alcool

Certaines pathologies, fréquentes chez le sujet âgé, sont aggravées par la consommation d'alcool : la goutte, l'hypertension artérielle, le diabète, le reflux gastro-oesophagien et les ulcères, l'insomnie, les troubles de l'équilibre, la dépression, l'anxiété, l'épilepsie, et le cancer du sein (American Geriatric Society 2003 ; Moore 2007).

4- Interactions avec de nombreux médicaments

Les personnes âgées consomment en moyenne 4,1 médicaments par jour.

De nombreux médicaments dont l'utilisation est fréquente interagissent avec l'alcool : benzodiazépines, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), anti hypertenseur, anti diabétique, warfarine, anti-H1.

Dans une étude, les associations les plus fréquentes sont retrouvées avec les AINS (20,2%), les anti H1 (20,1%) et les anti hypertenseurs (19,8%) (Pringle, 2005).

Près d'un consommateur d'alcool sur 2 a au moins un médicament interagissant avec l'alcool dans cette étude. 6% des utilisateurs de médicaments interagissant

avec l'alcool ont une consommation supérieure à 1 verre par jour.

Toutefois, dans une revue de la littérature, la prévalence de la consommation d'alcool plus médicaments interagissant avec l'alcool varie de 19 à 38% (Moore, 2007). Une étude a montré qu'un buveur même modéré a 24% plus de chance d'avoir un effet indésirable médicamenteux qu'une personne abstinente

5- Effets de l'alcool sur la santé des personnes âgées

De nombreuses études ont été faites afin de mesurer l'influence de la consommation d'alcool sur certains facteurs (chute, troubles fonctionnels, trouble cognitifs, mortalité toutes causes). Une revue de la littérature en 2002 conclue que la mesure de l'influence de la consommation d'alcool sur les indicateurs évalués n'est pas permise du fait de résultats contradictoires et de défaut méthodologiques de la plupart des études (Reid, 2002). Des études prospectives sont nécessaires pour mieux définir les effets de l'alcool sur la santé des personnes âgées.

Menecier rappelle que depuis quelques années, d'éventuels bénéfices sur la santé de consommation "modérée" de boissons alcoolisées ont été mis en avant, notamment concernant les maladies cardio-vasculaires et la maladie d'Alzheimer . Ces associations statistiques sont indéniables, et doivent être connues. Mais la relation de causalité reste à démontrer. Par ailleurs, il faut rappeler que ces associations statistiques sont en J ou en U. Ainsi dès que la consommation augmente, les bénéfices disparaissent pour laisser place aux effets délétères.

A ce jour aucune consommation d'alcool ne peut être proposée comme action de prévention.

C- Spécificité des problèmes d'alcool chez la personne âgée

L'alcoolisation chez la personne âgée contient deux entités : l'alcoolisme ancien vieilli (2/3) et l'alcoolisme à début tardif (1/3).

L'alcoolisme à début tardif est caractérisé par un début après 60 ans le plus souvent réactionnel à des événements de vie ou des facteurs de stress (veuvage, retraite, maladie). Le diagnostic est plus difficile car ses symptômes apparaissent pour de plus faibles consommations d'alcool.

Différents facteurs de risque ont été définis pour l'alcoolisme à début tardif (Onen, 2008) :

- le sexe masculin
- l'isolement social
- la séparation ou le divorce
- la retraite
- l'institutionnalisation
- les pathologies invalidantes ou douloureuses
- les pathologies psychiatriques

D'autres facteurs ont été associés à une consommation à risque chez les plus de 65 ans (Merrick, 2008) :

- des niveaux socio-professionnels et de revenu élevé
- une meilleure santé
- sexe masculin
- âges les plus jeunes
- tabagisme
- blanc
- divorcé, séparé ou seul
- symptômes dépressifs

D- Recommandations

A ce jour, il n'existe pas de recommandations spécifiques chez la personne âgée en France (cf Annexe 3).

Aux Etats-Unis, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) a fait des recommandations spécifiques pour cette population en 1995. Il recommande une consommation maximum de 1 verre par jour (soit 7 verres par semaine) et pas plus de 3 verres en une même occasion.

Cette diminution des seuils est liée à

- l'existence d'une sensibilité accrue des personnes âgées aux effets de l'alcool en raison des changements physiologiques
- des conséquences néfastes des interactions alcool et médicaments fréquemment utilisé à cet âge.

- une prévalence élevée de maladie chronique susceptible d'être aggravées par l'alcool.

En 2003 , l'étude de 2 cohortes englobant 13000 personnes de plus de 65 ans par Lang , a permis de définir ce seuil entre 1 et 2 verres par jour.

En dehors des Etats-Unis, il n'existe pas de recommandations spécifiques pour cette classe d'âge sauf en Italie où il est recommandé une baisse de 25% des seuils recommandés chez l'adulte plus jeune. En Nouvelle Zélande et en Australie, un avertissement est donné aux plus âgés de diminuer leur consommation.

E- Diagnostic et Problème du repérage

1- Diagnostic

La présentation des problèmes d'alcool chez la personne âgée est souvent atypique : chute à répétition, trouble de la marche et de l'équilibre, confusion, dénutrition, incontinence, régression psychomotrice.

Par ailleurs, les marqueurs biologiques sont difficiles à interpréter chez les patients polypathologiques et polymédiqués.

Les critères diagnostics utilisés en pratique clinique pour l'abus et la dépendance à l'alcool sont les critères du CIM 10 et le DSM IV (Annexe 1 et 2). Ils sont difficiles à appliquer chez la personne âgée du fait des changements du statut social et de modifications de son mode de vie. Un certain nombre d'items du DSM-IV n'ont pas de signification dans le diagnostic de l'alcoolisme du sujet âgé

résidant dans une maison de retraite.

Selon Vigne, 2 critères seraient importants chez le sujet âgé : la consommation solitaire et la consommation matinale.

2- Interrogatoire

Il s'agit, comme pour toute pathologie en médecine, de la première phase d'un examen clinique. La consommation déclarée d'alcool est un indicateur souvent critiquable et essentiellement utile en recherche clinique. Elle est le plus souvent minimisée. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que même si il n'existe pas à ce jour de recommandation spécifique chez les plus de 65 ans, il est important de s'enquérir des comorbidités et des traitements avant d'être rassuré par une quantité donnée semblant peu importante.

Sans être accusateur ou stigmatisant, parler d'alcool est possible, comme toute question générale de santé.

3- Le repérage

Dans la population générale, étant donné le grand nombre d'outils disponibles ayant des sensibilités et des spécificités satisfaisantes, il est difficile de choisir un outil plutôt qu'un autre. Les trois premières questions de l'Audit (Audit-C), qui interrogent sur la consommation d'alcool sont peut-être la meilleure option actuellement (Anderson, 2008).

Il n'existe pas de consensus dans la population gériatrique pour utiliser tel ou

tel outil de dépistage.

Ces dernières années, un nouvel outil a été développé, il prend en compte les comorbidités et les traitements médicamenteux. L'ARPS (Alcohol-related problems survey) est un outil sensible et spécifique chez les personnes âgées qui semble plus intéressant pour repérer les consommations d'alcool à risque ou à problème que les outils plus classiques DETA, SMAST-G et AUDIT (Fink, 2009). Une version française de l'ARPS est en cours de validation (EDDA : Etude des dommages dus à l'alcool).

Même si les outils sont peu validés, il est important d'ouvrir le dialogue autour de l'usage de l'alcool par un mode relationnel empathique, l'absence de jugement, la clarté des conseils sur les objectifs, le respect de la personne vis à vis de son comportement et le renforcement de la confiance en soi. (Michaud, 2003)

F- Problème de la prise en charge et du traitement

L'offre de soins chez les plus âgés est moins codifiée ce qui complique la prise en charge. Mais il est important de garder à l'esprit qu'il y a, dans cette population, une meilleure compliance au traitement avec un meilleur taux d'abstinence et une dépendance moins importante (Maheut-Bosser, 2007).

Pour les patients âgés ayant une consommation excessive, 2 études

suggèrent que l'intervention médicale brève est efficace en soins primaires (Dar 2006).

Une prise en charge médicosociale au sein d'une filière de soins psychogériatrique chez les patients alcoolodépendants serait souhaitable en pratique. Il est regrettable que les places soient si peu nombreuses.

La plupart des auteurs préconisent une hospitalisation pour le sevrage afin de prévenir les éventuelles complications car il s'agit de patients plus fragiles, souvent isolés, aux problèmes médicaux multiples et aux traitements médicamenteux importants. Le sevrage en l'absence d'études spécifiques suit le même schéma que chez l'adulte : hydratation, vitaminothérapie et benzodiazépines à demi-vie courte à dose décroissante sur 7 à 10 jours. Il faut garder à l'esprit la possibilité d'une double dépendance alcool-benzodiazépine au cours d'un sevrage.

Pour le maintien de l'abstinence, les traitements médicamenteux se discutent chez les plus de 65 ans dû fait de l'absence de preuve d'efficacité dans cette classe d'âge (Dar, 2006). Toutefois, l'American Geriatric Society envisage l'utilisation de Naltrexone (contre-indiqué en France chez les plus de 60 ans) et certains recommandent l'usage d'Acamposate chez les plus de 65 ans (non recommandé en France).

Une part importante du maintien de l'abstinence, comme chez l'adulte plus jeune, est la prise en charge psychologique (dont thérapie cognitivo-comportementale) et la participation à des réunions d'association d'anciens buveurs, particulièrement dans des groupes d'âge spécifiques et limités en nombre (Dar 2006).

Les offres des soins peuvent être, en toute connaissance des risques encourus, déclinées par la personne âgée faisant ainsi le choix du maintien d'une alcoolisation. Pour une relation de soins équilibrée, Méneecier rappelle qu'il conviendra d'accepter les différences entre le projet de soins théorique et celui validé par le patient.

L'alcoolisme chez les sujets âgés est insuffisamment diagnostiqué, sous estimé et parfois toléré avec une banalisation des conduites addictives par les professionnels de santé. La proposition d'aide, de soins, d'intervention du médecin n'est ni une obligation, ni une contrainte ni une imposition pour le patient. Elle doit être présentée, explicitée, négociée.

IV- Alcool et Médecine générale

A- Médecin traitant en première ligne du repérage

Dans l'enquête de santé effectuée par l'INSEE en 2003, la proportion de patients déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois était autour de 90 % après 60 ans et à plus de 95% après 75 ans. D'autre part cette même enquête précise que le nombre de consultations par an est d'environ 6 après 60 ans et près de 9 après 75 ans et ce sans distinction de sexe.

Le généraliste a donc une place privilégiée pour repérer le mésusage d'alcool parmi sa patientèle.

En consultation de Médecine Générale, 29% des hommes et 11% des femmes ont une consommation excessive et 12% des hommes et 2% des femmes présentent une alcoolo-dépendance (Ramond , 2001). La prévalence des problèmes d'alcool serait plus élevée parmi les personnes qui ont recours aux soins que dans l'ensemble de la population (Rehm, 2005). La probabilité d'identifier un patient ayant un usage nocif ou à risque d'alcool en médecine générale est de 1 consultation sur 5 quelque soit l'âge selon une étude de la Drees en 2000. Mais 1/3 seulement des patients à risque ou à usage nocif est repéré car bien que ces patients consultent plus que les autres, ils viennent rarement pour le motif déclaré de l'alcool.

B- Les réticences du médecin

Plusieurs hypothèses face aux difficultés à parler d'alcool avec le sujet âgé ont été évoquées :

- **les représentations du soignant**

- **la notion de dernier plaisir**, auquel l'alcool permettrait d'accéder. Ce qui oblige à considérer la consommation d'alcool comme une recherche de plaisir et oublie la souffrance alcoolique

- **l'image de l'aîné** : il est difficile de penser un aîné, un parent ivre ou alcoolique. De plus, la vieillesse a une double image ; d'un côté celle de la sagesse, l'expérience, la transmission du savoir et de l'autre celle de la faiblesse, la vulnérabilité, la dépendance, la maladie, l'improductivité

- **la peur de blesser** avec la peur d'altérer la relation de soins

- **la surprotection**, vouloir protéger en se taisant

Par ailleurs, les médecins estiment manquer de temps et de formation appropriée. Ils jugent par ailleurs incompatibles les interventions brèves concernant l'alcool avec le système de soins primaires. Ils ont la conviction que les personnes alcoolo-dépendantes ne sont pas réceptives à ces interventions (Anderson, 2008). Or entre 1/3 et 1/2 des personnes qui bénéficient d'un repérage précoce avec intervention brève réduisent leur consommation sous le seuil de risque même si l'intervention brève n'est pas d'un haut niveau de sophistication

(Michaud, 2003-2).

V- Vers une épidémie silencieuse

L'allongement de la durée de vie fait que le segment de la population âgée a un poids démographiques croissant avec un impact de la consommation de produit psycho-actif qui pourrait se révéler plus important, d'autant plus que cette population est, et se juge, en plus mauvaise santé que les générations précédentes (Le Nézet, 2009). Par ailleurs, pour certains, ce n'est pas l'âge qui détermine les comportements vis à vis de l'alcool mais plutôt l'attitude d'une génération (Fink, 1996). Or, la génération « baby boom » a des taux plus élevés de consommation de produits psycho-actifs et a grandi dans une société permissive face à l'alcool. Des projections sur le nombre de plus de 50 ans consommant des substances psycho-actives parlent d'un doublement de ce chiffre en 2020 (Han, 2009) avec une probable sous-estimation de ce chiffre.

Il semble donc intéressant de se pencher sur ce que pensent les plus de 65 ans de l'alcool, de sa consommation et de la recherche éventuelle de celle-ci par leur médecin traitant afin éventuellement d'améliorer la prise en charge.

METHODE

I- Choix de la méthode

Après avoir défini la question de ce travail, il nous a semblé que l'étude qualitative était la technique adaptée. Il a donc été choisi de faire des entretiens de groupe chez des plus de 65 ans jusqu'à saturation des données. Les entretiens collectifs ont été privilégiés pour bénéficier de la dynamique de groupe. Nous nous sommes intéressés à la population la plus importante des séniors, les plus de 65 ans vivant au domicile. 4 focus groupes ont été réalisés.

Un travail d'échantillonnage ciblé a été réalisé pour obtenir un maximum de diversité dans la population étudiée en termes d'âge, de sexe, de niveau socioéconomique et de mode de vie : domicile, foyer logement.

Pour compléter cet échantillonnage où il manquait des personnes âgées vivant au domicile plus isolées socialement ou avec moins de contacts avec les séniors et trianguler les données, 4 entretiens individuels de personnes vivant à domicile ont été réalisés.

Un guide d'entretien a été réalisé à partir des données existantes dans la littérature et testé pour le premier focus groupe. Il n'a pas été modifié après ce premier entretien. Ce même guide a été utilisé pour les entretiens individuels.

Après accord des participants, les entretiens ont été enregistrés, les données

retranscrites par une secrétaire et codées manuellement par deux chercheurs. Un livre de codes commun a été établi à partir du premier focus groupe et utilisé ensuite pour coder les autres entretiens. Les codes ont été ensuite regroupés pour faire émerger les thèmes les plus importants.

II- Les entretiens

A- l'organisation des focus groupe

1- Focus groupe 1

Par le biais d'une connaissance, 10 personnes de plus de 65 ans se réunissant habituellement dans le cadre d'un club du troisième âge à Samoreau (77) ont accepté de participer au focus groupe.

2- Focus groupe 2 et 3

Après contact avec la personne responsable du pôle personne âgée du centre communal d'action social (CCAS) de la ville de Fontainebleau, 2 entretiens collectifs ont été organisés. Ils se sont tenus dans les 2 foyers logements de Fontainebleau, la résidence Rosa Bonheur et la résidence Lorraine. Les participants étaient des résidents du foyer logement ou des personnes siégeant au Conseil des aînés de la ville de Fontainebleau.

3- Focus Groupe 4

La responsable du pôle personnes âgées du CCAS de la ville de Saint Fargeau-Ponthierry aussi directrice du Foyer Logement Les Heures Claires a organisé le Focus groupe au sein du foyer logement chez des personnes volontaires.

4- Les entretiens individuels

Trois personnes rencontrées en visite lors d'un remplacement ont accepté l'entretien. Le dernier entretien a été réalisé chez une personne de mon entourage. Les 2 premiers entretiens ont été réalisés chez un couple vivant au domicile, sortant très peu. Le troisième a été réalisé chez une femme veuve, autonome, avec une vie sociale assez pauvre. Le dernier a été réalisé chez un homme veuf, autonome avec une vie sociale riche.

B- Le déroulement

Les focus groupe ont duré en moyenne 1 heure 15 minutes, les entretiens individuels environ 15 minutes.

Les enregistrements ont été pratiqués à l'aide de 2 moyens : un enregistrement audio sur cassette à l'aide d'un micro et un enregistrement numérique audio grâce à un programme informatique via mon ordinateur portable.

C- la retranscription

La retranscription a été faite par moi-même pour les focus-groupe 1 et 3 et par une secrétaire pour les focus 2 et 4 et les entretiens individuels. Les entretiens retranscrits par la secrétaire ont été réécoutés et corrigés si nécessaire pour limiter la perte des données.

RESULTATS

I- Descriptif de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 64 % des femmes et de 36% d'hommes, 30% ont entre 65 et 69 ans, 8% entre 70 et 74 ans, 14% entre 75 et 79 ans, 30% entre 80 et 84 ans et 16% ont plus de 85 ans. 50% des participants sont veufs ou veuves, et seulement 28% sont mariés. Un seul participant n'a pas de médecin traitant et ne consulte jamais de médecin. La majorité des participants consultent leur médecin traitant tous les 3 mois environ. 41,7% avait le certificat d'études et 25% des participants avait au moins le baccalauréat.

		FOCUS 1	FOCUS 2	FOCUS 3	FOCUS 4	Entretiens Individuels	TOTAL
Age	65-69	3	2	3	3	0	11 (30,55%)
	70-74	1	0	1	1	0	3 (8,3%)
	75-79	1	2	1	0	1	5 (13,9%)
	80-84	3	3	1	2	2	11 (30,55%)
	>85	1	3	0	1	1	6 (16,7%)
Sexe	homme	1	2	2	6	2	13 (36%)
	femme	8	8	4	1	2	23 (64%)
Statut	marié(e)	4	0	3	1	2	10 (27,8%)
	veuf(ve)	5	7	2	2	2	18 (50%)
	divorcé(e)	0	3	1	2	0	6 (16,7%)
	célibataire	0	0	0	2	0	2 (5,5%)
Médecin traitant	oui	9	10	6	6	4	35 (97%)
	non	0	0	0	1	0	1 (3%)
Fréquence des consultations	jamais	0	0	0	1	0	1 (3%)
	1 / an	0	0	0	1	0	1 (3%)
	1/ semestre	1	0	3	0	0	4 (11%)
	1/ trimestre	7	9	3	3	3	25 (69%)
	1/mois	0	1	0	2	1	4 (11%)
> 1/mois	1	0	0	0	0	1 (3%)	
Niveaux d'études	certificat	2	3	2	7	1	15 (41,7%)
	secondaire	3	5	2	0	2	12 (33,3%)
	baccalauréat	2	1	2	0	0	5 (13,9%)
	Supérieur	2	1	0	0	1	4 (11,1%)

II- Résultats

A- Représentations de l'alcool

1- Différenciation alcool / vin

La majorité des participants différenciaient le vin et l'alcool « *Il faudrait peut être différencier l'alcool et le vin* » (*focus-groupe1*) en affirmant que « *c'est pas du tout la même chose* » (*FG3*). « *C'est de l'alcool tout en étant différent.* » (*FG4*). Parfois même, le vin n'était pas considéré comme un alcool « *le vin était considéré pas comme un l'alcool* » (*FG1*).

Cette différenciation se faisait en particulier en terme de degré « *ça dépend du degré déjà* » (*FG2*) et aussi en terme de plaisirs « *un whisky est apprécié d'une certaine façon, qu'un verre de vin rouge est dégusté d'une autre façon* » (*FG4*).

Pour certains, il n'y avait pas de différences : « *l'alcool, le vin, l'apéritif ou le digestif c'est aussi mauvais les un que les autres* » (*FG3*).

2- Les différentes représentations de l'alcool

L'alcool avait des représentations différentes d'un individu à l'autre. Certaines étaient positives, d'autres étaient négatives.

- positives

Il s'agissait d'un plaisir de la vie « *c'est une bonne chose de la vie* » (*FG1*) pour certains.

Un participant l'évoquait comme « *(faisant) partie des meubles* » (*FG4*). Un parlait

même de besoin naturel.

Il était aussi vu comme aliment par un participant et comme remède.

Plusieurs personnes pensaient que c'est un conservateur pour bien vieillir.

- *négatives*

Dans 3 groupes, certains affirmaient que c'était une drogue. Cette affirmation était contredite dans un groupe, d'autres participants ne considérant pas l'alcool comme une drogue.

D'autres représentations étaient données : certains voyaient l'alcool comme une maladie, d'autres comme un danger, un poison.

B- Les différents types d'alcool

1- Le vin

Il s'agit de l'alcool dont les participants parlaient le plus. La consommation de vin était plutôt décrite comme quotidienne « *Pour moi il est plus quotidien* » (FG4), associée au repas, surtout les bons repas, et pour certains à l'apéritif. La majorité des participants associait le vin à certains aliments, essentiellement le fromage.

La notion de bon vin revenait lors de tous les focus groupes « *un bon vin, je ne suis pas du tout contre* » (FG2).

Plusieurs groupes parlaient du vin comme particularité française, en parlant de « *patrimoine viticole important* » (FG1).

Pour tous les groupes, l'utilisation du vin était recommandée « *D'ailleurs,*

c'est recommandé le vin » (FG3).

La consommation de vin était initiée dès l'enfance pour certains « *c'était du vin rempli d'eau. Et c'est ce que l'on buvait à table. » (FG3).*

Dans 3 groupes, les participants évoquaient le fait que pour eux les vins d'autrefois étaient différents, « *les pourcentages d'alcool étaient beaucoup moindre que ceux qu'il y a maintenant » (FG2)* et « *c'était pas les vins de maintenant, trafiqués »(FG3).*

La représentation de la consommation de vin dans les médias était évoquée ainsi que la recommandation de cette consommation par les médecins dans les médias « *comme ils disent souvent à la télé les médecins, les généralistes et puis tout, ils disent bien qu'un verre à deux verres par jour et puis c'est tout. » (Entretien Individuel EI3).*

2- Les alcools forts

La consommation des alcools forts était différente pour tous les groupes « *C'est pas la même utilisation non plus, le même usage » (FG3)*, plutôt en apéritif «*j'aime un brin de whisky avant de manger, c'est pas désagréable » (FG2)* ou en digestif après le repas. L'utilisation en cuisine était aussi évoquée.

Cette consommation était moins fréquente, « *L'alcool fait partie de quelque chose de beaucoup plus extraordinaire » (FG3)*, cette baisse était davantage signalée au niveau des digestifs, sauf les jours de fête « *Et les jours de fête l'apéritif et le digestif en plus ça fait aussi partie de la fête » (FG4).*

La notion que les produits de maintenant étaient différents de ceux d'avant était aussi évoquée pour les alcools. Ils étaient, selon les participants, plus naturels et moins trafiqués autrefois.

3- La bière

La bière était décrite par certains comme une boisson désaltérante plus ou moins forte en terme de degré.

4- Le champagne

Le champagne était utilisé en apéritif ou pour fêter quelque chose. Sa consommation était peu évoquée. Il était rapproché du vin « *Je parle pas un champagne ou un verre de vin blanc ou un truc comme ça.* » (FG3).

C- La consommation d'alcool

1- L'initiation

L'initiation à l'alcool se faisait par différents milieux. Le milieu familial était le plus évoqué « *j'ai été bercé à avoir du vin rouge à table* », parfois dans le but d'être tranquille « *ils mettaient un peu de gnôle ou de vin dans le biberon. Le bébé il était un peu..., il était bien...* » (FG4). Le milieu du travail et la vie sociale étaient aussi évoqués.

Pour un participant, cette initiation ne devait pas se faire contrainte et chez les plus jeunes « *Il ne faut surtout pas forcer les jeunes, même les gamins à boire*

parce que malheureusement cela existe. » (FG4).

2- Les raisons de boire et les effets recherchés

Différentes raisons étaient données par les participants au fait de boire :

- en accompagnement d'un repas, ordinaire ou plus exceptionnel
- lors d'un moment convivial entre ami ou en famille, dans le cadre de la vie sociale lors d'une invitation ou d'une sortie. *« si on a des invités, évidemment, on met de l'alcool. Évidemment, on ne reçoit pas des invités en leur versant un verre d'eau. » (FG2).*

- lors d'une fête

Ces 3 premières raisons étaient les raisons le plus souvent évoquées par les différents groupes

- pour le plaisir que cela procure

- pour fêter un événement

- pour éteindre sa soif

- justifiée par le corps médical *« comme ils disent souvent à la télé les médecins, les généralistes et puis tout, ils disent bien qu'un verre à deux verres par jour » (E3)*

- dans le cadre de la dépendance, *« vous en avez qui peuvent plus s'en passer » (FG1).*

- suite à des problèmes dus à un changement de vie tel que le chômage ou à la douleur liée à la perte d'un être cher ou à un divorce, *« je connais des personnes*

qui se sont mises à boire à la suite d'un problème » (FG3).

- lors d'une dépression
- par ennui, pour tromper la solitude
- par peur
- par entraînement dans le milieu du travail mais aussi lors d'un repas de famille

Une personne pensait que certaines raisons étaient meilleures que d'autres « *Si c'est dans le côté festif c'est bien, mais si c'est par habitude c'est plus, c'est plus une bonne habitude.* » (FG4)

Les effets recherchés par cette consommation d'alcool découlaient des raisons de cette consommation :

- l'euphorie
- l'effet stimulant, ces 2 premières raisons étant les plus évoquées, par l'ensemble des groupes.
- se sentir différent
- se sentir moins seul
- surmonter sa peur ou son trac, se sécuriser
- l'oubli
- la désinhibition
- la détente
- la chaleur

- le plaisir
- c'est bon pour la santé
- la guérison
- pour diminuer la durée de vie

3- Les différents types de consommation

- Définie comme normale par les participants :

La normalité était définie de façon différente par les différents intervenants. Pour certains, il s'agissait de ce qui ne fait pas de mal, pour d'autres, il s'agissait d'une quantité, variable selon chacun « *peut-être un petit verre de vin* » (FG3), « *je dirais une bouteille peut-être, de vin* » (E11).

Quelques uns pensaient qu'il n'y a pas de consommation normale.

Lors d'un entretien individuel, une patiente évoquait les recommandations médicales pour quantifier la consommation normale.

- Ponctuelle :

La consommation ponctuelle pouvait être raisonnable « *Quand il y a des invitations bon ça fait un peu plus, sans abus.* » (FG4) ou excessive.

Cette consommation ponctuelle excessive semblait avoir lieu plutôt en société « *Elles exagèrent un peu plus (...) mais enfin, elles le font quand on est toutes ensemble.* » (FG3)

4- La nécessité de ne pas abuser

Tous les groupes évoquaient la nécessité de ne pas abuser, de garder la maîtrise de soi. C'était un fait essentiel pour boire de l'alcool « *Alors pour moi l'alcool, on peut le boire mais par modération, voilà* » (FG4).

Il fallait être « raisonnable », boire « avec modération ».

5- La notion de seuil

Parallèlement à la nécessité de ne pas abuser, la notion de seuil, différent pour chaque individu, était beaucoup mentionnée. Ces limites devaient être connues et il était important de ne pas les dépasser. C'était ce qui définissait le raisonnable pour certains « *Être raisonnable c'est pour l'individu dans la mesure du possible, avoir la sensation du moment où ça va basculer* » (FG3).

Si on dépassait ces limites, « *c'est là que cela provoque des problèmes importants.* » (FG4).

6- Les représentations du consommateur

Le consommateur d'alcool était décrit comme quelqu'un de normal par plusieurs intervenants « *il y a des gens parfaitement normaux qui boivent du vin* » (FG3).

Par ailleurs, la consommation ponctuelle importante n'était pas considérée comme un problème dans 3 groupes, quelqu'un allant jusqu'à dire qu'il vaut mieux boire

occasionnellement de façon importante plutôt que régulièrement « *vaut mieux faire des excès de temps en temps mais vraiment très rarement plutôt que de boire régulièrement* » (FG3). Lors d'un entretien individuel, un patient a, pour sa part, affirmé qu'une consommation ponctuelle importante était dangereuse « *j'ai fais des excès comme les gens des chantiers, mais ce n'est pas à faire, c'est pas bon, après vous détruisez la santé* » (EI2).

Les représentations du consommateur étaient différentes selon certains critères :

- ***selon le sexe***: pour certains les représentations des femmes buvant étaient plus négatives que chez les hommes « *mais chez la femme c'est encore moins beau* » (FG3) « *Moi je trouve ça plus triste les femmes alcooliques* » (FG3).

Toutefois, l'image de la femme buvant était différente pour une personne s'il y a un homme à la maison. Dans un groupe, un participant insistait sur le fait qu'on doit aussi parler des femmes, et pas que des hommes.

Il est aussi évoqué le fait que les femmes avaient une moindre résistance à l'alcool par rapport aux hommes.

Lors d'un entretien individuel, l'interviewé disait « *d'après ce que je peux voir, une femme c'est plus raisonnable par rapport à l'alcool.* »

- ***selon l'âge*** : d'après les participants des entretiens, les consommations évoluaient avec l'âge. Pour la plupart, en vieillissant on consommait moins, pour d'autres les

personnes âgées « courent toujours après les verres de vins ». Une idée était constante chez les plus âgés : « *j'ai l'impression qu'on boit beaucoup moins que les jeunes maintenant* » (FG1). Les participants pensaient qu'ils supportaient mieux l'alcool plus jeune alors qu'en vieillissant, ils devenaient beaucoup moins résistants.

- ***selon la corpulence*** : la majorité pensait que plus on était costaud mieux on supportait. Toutefois, un participant pensait lui le contraire « *il y a des gars qui font 1m80, même 1m90 qui tiennent pas l'alcool et puis des tous petits de rien du tout qui vont vous descendre des bouteilles les unes derrière les autres, des mélanges, ça veut rien dire ça.* (EI2) ».

- ***selon le pays d'origine*** : les participants citaient les nationalités pour décrire un type de consommation faisant référence à des expressions utilisées dans le langage courant « saoul comme un polonais ».

- ***selon la région d'origine*** : pour les participants, certaines régions en France étaient réputées pour la consommation d'alcool de leurs habitants « *en Normandie et en Bretagne, on mettait de l'alcool, dans les biberons* » (FG1), surtout dans les campagnes.

- ***selon le métier ou le milieu social*** : pour certains, un travail physique justifiait la

consommation d'alcool même en quantité importante car ils « évacuaient » « *Ils fournissent des efforts considérables, et pour eux, ils sont pas alcooliques, ils le supportent parce, comme dit monsieur, ils arrivent à évacuer.* » (FG2). Un participant rappelait que même dans les boulots durs, il n'était pas recommandé de boire pour éviter les accidents « *J'ai fait des boulots durs mais je ne buvais pas. Surtout de l'alcool parce que sur les toits...* » (FG4). Toutefois, il était souligné le fait qu'il n'y avait pas que dans les travaux physiques que les gens buvaient « *Mais si vous saviez tous les gens à col blanc qui boivent et qui sont, hein, parce que y a les directeurs d'usine et compagnie* » (FG2).

- **selon l'époque** : la consommation d'alcool était perçue comme moins importante pour certains dans le passé alors que pour d'autres cette consommation semblait moins importante aujourd'hui, « *les gens ne boivent plus enfin si quand-même, mais beaucoup moins* » (FG2). Par le passé, la consommation était plus importante au sein du café car les maisons étaient trop petites « *c'est pour ça qu'on se retrouvait au café, parce que à la maison il n'y avait pas suffisamment de place pour recevoir les gens* » (FG2).

Pour quelques uns, une consommation d'alcool seul était inconcevable « *il ne me viendra pas à l'idée, moi toute seule, de boire un verre de vin* » (FG1) alors que pour d'autres elle ne posait pas de problème « *Je bois bien seul ! Je bois très bien seul !* » (FG2).

Dans tous les groupes, « les jeunes » et leur consommation d'alcool étaient évoqués car c'étaient eux qui semblaient inquiétants « *c'est les jeunes qui inquiètent, et c'est dommage qu'on en parle pas plus* » (FG1). Ils commençaient à boire très jeunes selon plusieurs participants, sans aucune limite et beaucoup plus maintenant « *mais les jeunes boivent beaucoup plus maintenant qu'anciennement* » (FG4).

7- Importance des médias

Pour différents sujets, les médias étaient évoqués pour valider les affirmations des participants par exemple concernant les jeunes

« *Les jeunes qui font la fête, les jeunes qui a l'heure actuelle, on entend ça à la radio ou à la télé, les jeunes qui font la fête, je n'en connais pas la raison mais je pense que c'est pour faire la fête* » (FG3)

« *Ce qu'on voit à la TV, c'est ahurissant, parce que les jeunes maintenant, c'est plus « tiens on va aller au bal ou on va aller... » (Ils disaient pas bal mais dans les boums) « Maintenant, on va se tirer une cuite ».* » (FG2),

Les médias étaient aussi cités par rapport aux recommandations de consommation d'alcool

L'existence de l'alcoolisme chez les plus âgés était remise en question par un des participants car les médias n'en parlaient pas.

« *ni à la TV, ni nulle part, on entend parler de l'alcoolisme chez les 65, 70, 90*

ans » (FG1)

8- Les représentations du non-consommateur

Dans deux groupes surtout et lors d'un entretien individuel, des personnes ne buvant pas d'alcool exprimaient leur ressenti vis à vis de cet état de fait dans notre société.

L'une d'entre elle trouvait qu'il s'agissait d'un handicap social, que cela l'isolait.

Elle se présentait comme le capitaine de soirée et se disait source de moqueries.

Elle exprimait le fait que *« les gens ont l'impression que vous les jugez parce qu'ils boivent du vin » (FG3).*

Une autre participante, travaillant dans un bar mais ne buvant pas d'alcool acceptait les verres offerts mais ne les buvait pas. Elle s'en débarrassait sans le montrer.

Les motivations à ne pas boire étaient multiples et différentes selon qu'elles étaient évoquées par une personne ne consommant pas *« moi je ne bois pas, ah non, moi je suis contre » (FG2)*, ou qu'elles étaient pensées par les autres *« Les gens peuvent s'interroger si c'est à la suite d'une expérience malheureuse ou si c'est une décision (...) ça ne leur vient pas à l'esprit que vous avez pu prendre la décision depuis tout le temps » (FG3).*

Un participant, du fait de problème de santé avait arrêté toute consommation d'alcool *« Je dirai qu'aujourd'hui j'ai pas de chance parce que je ne peux plus boire de vin (...) Puisque j'ai été opéré de ... un cancer du « voile du palais » (FG4).*

9- Mesures mises en place pour limiter les effets de la consommation d'alcool

- lors de la consommation d'alcool :

Certains lors d'un entretien mentionnaient le fait qu'ils donnaient toujours à manger lors de la consommation d'alcool afin de limiter les conséquences de l'alcool « *Si on mange, on sent mieux le plaisir, on sent aussi le commencement de l'ivresse* » (FG2).

- après la consommation d'alcool :

2 intervenants expliquaient que après une consommation ponctuelle excessive, ils se mettaient à l'eau pendant 15 jours, l'un des 2 justifiant cette attitude par une recommandation de son médecin « *Mon généraliste m'a dit moi ,il y a 5 ans de ça, qui est, c'est un ancien militaire, il me disait « il vaut mieux se saouler une fois par semaine si tu en as vraiment envie et puis le reste de la semaine après te mettre à l'eau pour désintoxiquer ton corps .» »* » (FG3).

- par le collectif :

Dans un focus groupe, un participant évoquait l'interdiction de toute consommation d'alcool dans le cadre du travail décidée par son directeur.

10- Influence du collectif sur la consommation d'alcool

Certains interviewés mentionnaient l'influence du collectif, influence positive ou

négative, sur la consommation d'alcool. Par exemple « *Quand les gens sont faibles, on dit que le Bordeaux ça fait du bien* » (FG2), certains critiquaient ces notions.

D- Conséquence de cette consommation d'alcool

1- Consommer de l'alcool aggrave certaines pathologies

Les pathologies, qu'ils pensaient être aggravées par la consommation d'alcool, étaient citées par quelques uns : le diabète, la goutte, la tuberculose, le cancer, les crises cardiaques.

Un patient pensait que « *en général c'est pas bon pour des maladies* » (EI2).

2- Sur les traitements médicamenteux

Pour certains interviewés une modification de la consommation d'alcool était nécessaire lors de la prise de médicaments, cette modification se faisant spontanément pour certains « *Ça tombe sous le sens* » (FG1) ou après lecture de la notice des médicaments pour d'autres « *Vous avez des médicaments, si on regarde la notice, il y en a où il ne faut pas prendre d'alcool.* » (FG3).

Plusieurs explications étaient évoquées. Quelques uns pensaient qu'il existe une incompatibilité alcool/médicaments, d'autres que l'alcool modifie l'effet du médicament pour le rendre nocif « *Ça peut annihiler l'effet du médicament, ça peut le rendre nocif ce médicament, alors qu'il aurait du être bénéfique.* » (FG3).

La mise en garde par le médecin était peu signalée comme l'absence de mise en garde. Un participant évoquait l'impossibilité de prendre ses médicaments avec le

l'alcool même si quelque temps après il en consommait « *moi personnellement quand je prends mes médicaments, c'est complètement idiot, mais le soir je ne veux pas prendre mes médicaments le temps que je bois du vin. Je veux toujours boire mes médicaments avec de l'eau et puis laisser un petit peu de temps si je bois un verre de vin* » (EI4).

E- La consommation d'alcool en vieillissant

1- Modification de la consommation d'alcool

La modification la plus évoquée était la baisse de la consommation en vieillissant, baisse concernant aussi les excès, liée pour un intervenant à une modification des plaisirs dans la consommation « *maintenant les alcools forts cela ne me dit plus rien* » (EI4).

Toutefois pour certains, cette baisse variait selon la tolérance individuelle « *Je pense qu'on devrait boire moins en vieillissant, mais cela dépend des personnes, si la personne le supporte* » (EI1).

Lors des entretiens individuels, pour trois interviewés, ils n'envisageaient pas de modification de la consommation en vieillissant, deux personnes ne buvant pas d'alcool. Pour le consommateur vieillissant, selon lui, on pouvait boire plus facilement « *on peut boire plus facilement parce qu'on se croit plus capable, on se croit indestructible* » (EI3).

2- Raisons pour expliquer la baisse de la consommation d'alcool en

vieillissant

Les participants mentionnaient plusieurs explications à la baisse de la consommation d'alcool en vieillissant.

Le premier groupe évoquait une vie sociale plus pauvre, la consommation de médicaments, la meilleure qualité des alcools consommés ayant pour corollaire une baisse de la quantité. Ces raisons n'ont été évoquées que dans ce groupe.

Pour plusieurs groupes, les besoins diminueraient avec l'âge « *On a moins le besoin* » (FG1) et les conséquences seraient plus importantes pour des quantités moindres « *On supporte moins déjà* » (FG4). Cette dernière raison était la raison la plus évoquée. Une explication de ces conséquences plus importantes en vieillissant serait, selon un participant, la modification du corps « *Parce qu'on n'a pas la même corpulence intérieure, on n'a pas le même coffre comme on dit, qu'un jeune* » (FG4).

Un participant évoquait des raisons médicales pour justifier cette modification, après conseil du médecin.

F- La consommation excessive

1- Définition

La consommation excessive était évoquée à différentes reprises. Pour un interviewé, il s'agissait d'une consommation où « *il n'y a aucun problème de résurgence. Il n'y a pas de rémanence* » (FG3). Pour un autre, il s'agissait d'une consommation qui se répétait sans être encore de l'alcoolisme avec des

conséquences qui commençaient à devenir négatives « *suivant les cas, des occasions qui font qu'on commence à petite dose et puis l'occasion qui se répète trop souvent. C'est peut être pas encore l'alcoolisme, mais c'est quand même difficile pour la famille* » (FG2). Une autre personne introduisait la notion de quantité.

2- Les conséquences

De nombreuses conséquences de la consommation excessive d'alcool étaient évoquées par les participants :

- le danger
- la destruction des ménages
- les lendemains difficiles
- la perte de la normalité

Une autre notion importante de cette consommation d'alcool pointée du doigt par différents participants était l'anéantissement : « *anéantit le corps et l'esprit de l'individu* » (FG3) avec la mort comme aboutissement final

Pour certains, l'alcool était considéré comme « *destructeur de la santé* » (FG3), facteur toxique dégradant pas mal « de choses à l'intérieur »

Tous les groupes citaient, à un moment ou l'autre, différentes conséquences sur l'organisme humain de cette consommation excessive d'alcool :

- les pathologies digestives dont cirrhose, ulcère, « *le jaune des yeux* » (FG1)
 - les pathologies neurologiques : démence, AVC, anévrisme
 - les troubles de l'équilibre et les chutes
 - les pathologies cardio-vasculaires : malaise cardiaque, augmentation de la tension artérielle, maladies du cœur, obstruction des veines
 - le cancer
 - les insomnies
 - les troubles sexuels
 - les symptômes du sevrage : tremblement, delirium tremens
 - les virus « *cela développe les virus* » (FG4)
 - les conséquences sur le bébé quand la mère boit pendant la grossesse : « *La femme qui est enceinte, si elle boit, l'enfant boit.* » (FG2)
 - le diabète « *ça fait du diabète ...* » (FG4)
 - les conséquences biologiques : gammaGT, excès de sucre dans le sang
- Comme concluait un participant, « *ça touche quoi tout finalement.* » (FG3)

Tous les groupes décrivaient le changement du caractère des gens lors d'une surconsommation d'alcool toujours sur le versant agressivité et violence avec pour certains l'idée que la personne devient dangereuse pour les autres.

Plusieurs personnes avaient évoqué les problèmes de consommation d'alcool et conduite automobile. La majorité évoquait un changement dans la capacité à

conduire. Un participant mentionnait un ami qui avait parfois une consommation excessive sans modification de sa conduite « *au niveau conduite, il conduit remarquablement bien* » (FG3).

Pour certains « *il faut s'abstenir de conduire* » (FG1).

L'ivresse était évoquée par certains comme souvenir de consommation excessive « *J'ai été saoul 2 fois dans ma vie c'est que j'étais jeune* » (FG4).

Pour certains l'alcool parfois n'avait pas de conséquences néfastes « *y en a aussi, ça leur fait rien* » (FG4). Plusieurs évoquait l'absence de problème « *pour l'instant* » (FG3) voire l'idée que ça les améliorerait.

3- Aveux de cette surconsommation

L'aveu ou non d'une surconsommation d'alcool n'était pas une question d'âge pour quelques uns « *je ne vois pas pourquoi l'âge changerait* » (FG2).

Certains pensaient qu'il y avait une minimisation de la consommation et ce quelque soit l'âge « *c'est les mêmes, les mêmes qui disaient à 40 ans qu'ils ne buvaient pas alors qu'ils buvaient et à 65 ans, ils boivent encore* » (FG3).

Enfin, lors des entretiens individuels, 2 participants évoquaient leur consommation excessive parfois « *il y a des moments j'oublie de faire attention,* » (EI4).

G- l'alcoolisme

1- Définition

Les différents groupes évoquaient la nécessité, le besoin « *L'alcoolisme, c'est celui qui boit de l'alcool évidemment, et ça devient une nécessité, c'est un besoin* » (FG1).

Un participant parlait de consommation dès le matin. Pour un autre, l'alcoolique était quelqu'un qui buvait sans avoir soif.

Pour plusieurs personnes, l'importance allait à l'impossibilité de s'arrêter « *C'est celui qui ne peut pas s'arrêter et puis qui boit tout le temps sans avoir envie de ...* » (FG4).

Dans un groupe, les conséquences sociales graves de cette maladie « *aussi bien au point de vue familiale, au point de vue de la société avec le travail,* » (FG2) étaient mentionnées.

Tous les focus évoquaient l'idée que l'alcoolisme ne se voit pas toujours « *vous savez, ça se voit pas toujours* » (FG2), que cela touchait des gens que l'on n'aurait pas imaginé souffrir de ce problème « *des gens qu'on ne croit pas !* » (FG1).

Un participant évoquait le fait que ça pouvait arriver à tout le monde.

Pour quelques interviewés, l'alcoolisme était défini comme une maladie

« *L'alcool c'est vraiment une maladie. C'est oui, oui, ce n'est pas une maladie honteuse, c'est une maladie.* » (EI4).

Dans tous les groupes, la notion de drogue était mise en avant pour certains quand

l'alcool était consommé dans le cadre de la dépendance.

Le temps était évoqué de façon répétée lorsque l'on évoquait l'alcoolisme associé à la notion de quantité. Deux facteurs semblaient importants : la régularité de la consommation « *l'alcoolisme c'est l'habitude de boire un certain alcool, régulièrement* » (FG1) et l'évolution progressive vers cette consommation problématique « *on continue, et on augmente quand même les doses. Voilà ! Et l'alcoolique devient alcoolique, pas comme ça du jour au lendemain* » (FG2).

La quantité était une notion primordiale pour la définition de l'alcoolisme pour de nombreux participants

« *ça dépend de la quantité qu'on avale* » (FG2)

« *Des gens qui buvaient énormément* » (FG3).

Pour certains, lorsque quelqu'un était alcoolique, des quantités moins importantes étaient nécessaires du fait de l'habitude

« *Pour moi l'ivrogne, le véritable ivrogne, il a pas besoin de boire beaucoup et il est saoul. Parce que l'alcool est déjà dans son sang.* » (FG4).

La discussion au cours des entretiens de la notion de quantité faisait resurgir chez certains des doutes quant à leur appartenance ou non au groupe alcoolique « *si on boit un verre ou deux, est ce que c'est considéré comme de l'alcoolisme ?* » (FG1)

La susceptibilité individuelle avait déjà été évoquée comme lorsque l'on avait parlé

de consommation sans abus. Elle l'avait été à nouveau lorsque la conversation concernait l'alcoolisme.

Plus que la quantité, pour les participants, c'était la tolérance de chacun à l'alcool qui définissait en partie l'alcoolisme « *pour certain, ça ne bougera pas même si ils boivent un peu, et que d'autres, la moindre quantité, ça y est ça va déclencher ce qui après les fait boire tout le temps* » (FG2).

Un petit nombre de participants avait parlé de l'existence d'une hérédité concernant l'alcoolisme « *c'est héréditaire* » (FG2).

Lors des différents groupes, différentes explications à l'alcoolisme avaient été données. Pour certains, c'était une faiblesse. Ou encore cela pouvait être lié à une dépression ou des ennuis qui duraient. D'autres évoquaient l'ennui, le besoin de se réchauffer ou l'alcool comme échappatoire.

Pour un participant, « *ils ne possèdent pas forcément d'excuses* » FG3.

En ce qui concerne les personnes âgées, les interviewé savaient cité d'autres raisons : la retraite, le décès du conjoint, l'arrivée en maison de retraite, le manque d'occupation ou la pauvreté affective.

Un groupe doutait de l'existence de l'alcoolisme chez les personnes âgées. Par contre il ne doutait pas de l'existence de l'alcoolisme chez les plus jeunes « *moi, je vois moins de personne, dans nos âges, de gens vraiment alcoolique, qu'on en voit*

malheureusement dans la jeunesse, entre 30 et 50-55 ans » (FG1).

Un participant évoquait la mort prématurés des alcooliques « *C'est pour ça qu'on les a pas connu, c'est parce qu'ils sont morts » (FG4).*

2- Traitement

Le traitement de la maladie alcoolique était très peu évoqué par les participants.

Pour un participant, il était facile d'arrêter de boire, pour d'autres, c'était difficile.

Différents moyens étaient cités : la volonté, la « *cure de désintoxication* » (FG3), les médicaments.

A plusieurs reprises, l'importance de l'entourage était mise en avant pour éviter d'être seul « *n'importe comment tout seul, on ne peut pas* » (FG1).

Le risque de rechute était cité lors de deux interviews avec selon une personne la notion que l'on n'est jamais guéri.

3- Connaissance de personnes ayant un problème avec l'alcool

Pour la majorité des participants, ils n'avaient pas dans leur entourage de personnes ayant un problème avec l'alcool, surtout si on parlait de personnes âgées « *Personnellement, je ne connais pas de personnes âgées alcooliques, dans mon entourage immédiat* » (FG1). Une personne avait évoqué des personnes plus jeunes « *on connaît 2 femmes beaucoup plus jeunes* » (FG3).

Lors d'un focus groupe, une personne avait été surprise de savoir que, dans les

autres groupes, personne ne connaissait quelqu'un ayant des problèmes d'alcool.

Au cours d'un entretien individuel, il avait évoqué une personne âgée proche devenue alcoolique « *Bah ma sœur. Grave. (...)Elle l'est devenue. (...) A la retraite.*

C'est devenu affreux son truc. Affreux. » (E14)

H- Repérage par le médecin traitant et prise en charge

1- Fréquence du repérage de la consommation d'alcool

Pour la plupart des participants, le médecin traitant n'avait jamais demandé quelle quantité d'alcool ils buvaient.

Pour quelques uns, le médecin avait demandé 1 ou 2 fois souvent à l'établissement du dossier puis n'avait jamais renouvelé cette question

Le plus souvent, la question avait été posée par d'autres médecins (en milieu hospitalier ou lors d'une consultation avec un anesthésiste).

Une participante demandait à son médecin traitant à chaque consultation si elle pouvait continuer à boire son petit verre de vin aux repas.

2- Sentiments provoqués par cette recherche

Quand la question de la consommation était posée, les interviewés répondaient avec franchise, sans gêne. Une patiente était furieuse de la façon de demander du médecin mais pas du contenu de la question.

Pour ceux à qui on n'avait jamais posé la question, si on l'avait fait, différentes réactions et sentiments étaient envisagés. La plupart des interviewés se disaient

non choqués par cette question et trouvaient cela normal. Un participant aurait trouvé cela bizarre dû fait qu'il ne buvait pas du tout. Un participant pensait que l'on pouvait répondre sans problème quand on ne buvait pas.

3- Omniscience du médecin

Pour de nombreux participants, le médecin n'avait pas à poser la question car de toute façon il savait ce que ses patients buvaient ou sinon, il l'apprenait par des résultats d'analyse. « *Il nous connaît et puis il le voit avec nos résultats d'analyse. On n'a pas de triglycérides, pas de cholestérol, pas de diabète. Donc, il sait pertinemment...* » (FG3)

Pour un participant, la raison pour laquelle on ne le lui avait jamais posé la question de sa consommation était qu'il n'avait « *peut-être pas une tête d'alcoolique* » (EI4).

4- Recherche normale

La question de la consommation était considéré comme normale pour quelques participants voire même « *ça doit être indispensable* » (FG1).

5- Circonstances de la recherche

Cette recherche intervenait plutôt dans des circonstances particulières:

- si le médecin suspectait un abus
- si une personne présentait une pathologie faisant suspecter une consommation

importante d'alcool ou si il existait une maladie contre-indiquant la consommation d'alcool.

- à l'établissement du dossier
- lors d'une consultation d'anesthésie avant une opération
- lorsque le bilan mettait en évidence une anomalie biologique

6- Façon de faire

Une participante expliquait qu'elle avait été choquée de la façon de faire du médecin et que cette façon de faire était importante. Elle eut préféré qu'on lui demande directement et clairement ce qu'elle consommait et non par sous entendus.

7- Sujet peu abordé en consultation

Le sujet de l'alcool n'était pas un sujet abordé en consultation pour certains
« Il demande si on mange bien, mais c'est tout. Il parle pas trop d'alcool... »
 (FG2)

Même quand c'était jugé nécessaire par le patient *« Quand je suis sorti de l'hôpital, ils ne m'ont pas dit il faut arrêter de boire de l'alcool, il faut arrêter de fumer, »* (FG4)

Pour d'autres, *« de temps en temps, il me repose la question : « Qu'est-ce que j'en pense de l'alcool ? » »* (FG3).

Un participant définissait le sujet de l'alcool comme un sujet délicat.

8- Influence du médecin sur la consommation

Pour quelques uns, le médecin aurait une influence sur leur consommation d'alcool « *si je lui répondais que je bois un litre de vin par jour, et qu'il me dise que c'est trop, je ferai attention* » (FG1).

9- Médecins consommateurs

Deux personnes mentionnaient le fait que les médecins étaient consommateurs, l'une sur un ton bon enfant, l'autre jugeant le médecin moralisateur et ses conseils inutiles « *Moi j'ai toujours entendu dire « écoute pas ton médecin, fais comme lui, bois du vin* » (FG4)

I- Sentiments des participants

1- Ils se considéraient sans problème avec l'alcool

La majorité des participants se voyait sans problème avec l'alcool « *Les ivrognes c'est des ivrognes, nous enfin je ne crois pas qu'on soit des ivrognes* » (FG4).

Lorsque les participants parlaient de leur consommation d'alcool, il leur arrivait de dire d'abord qu'ils ne buvaient pas, puis qu'ils buvaient un peu « *Je ne bois pas, je bois très peu. Je bois seulement chez moi parfois et le dimanche.* » (FG4).

Une personne évoquait le fait qu'elle devrait peut-être arrêter de boire « *Dès*

fois, je dis : ouh la, faudrait peut-être bien arrêter ! » (FG3)

et une autre qu'elle devrait moins boire « *c'est pas bon, même le vin là comme je bois à mes repas, je bois pas entre les repas, mais c'est pas bon, je devrais boire de l'eau* » (EI2)

2- Les craintes générées par la consommation d'alcool

La consommation d'alcool était à l'origine de craintes pour quelques uns des participants : la peur de la désinhibition, la perte des repères, la peur de l'addiction, la peur générée lors de la conduite automobile.

D'autres exprimaient que l'image renvoyée par la consommation d'alcool était quelque chose de plutôt choquant.

3- Notion de mal

Dans les expressions utilisées pour parler de l'alcool revenaient souvent les mots bien et mal.

Pour certains, l'alcool ne peut pas faire de mal « *cela ne peut pas te faire de mal, bois un petit coup* » (FG4) ou « *Y a pas de mal à ça !* » (FG1).

Pour d'autres, « *l'alcool, ça fait du mal* » (FG4).

Le tableau ci-dessous résume les spécificités des représentations de la consommation d'alcool chez la personne âgée rapportées par les participants des entretiens.

SPECIFICITES DES REPRESENTATIONS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LA PERSONNE AGEE	
Le vin est une boisson différente de l'alcool, faisant partie du quotidien	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>On différencie les 2, l'alcool et le vin</i> » FG1 • « <i>les gens avaient leur bouteille de vin en guise de boisson</i> » FG1
La notion de tolérance individuelle définit les seuils de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>savoir quelles sont ses limites à ne pas dépasser</i> » FG1 • « <i>en restant dans la limite du raisonnable et à la limite de ce que l'on peut consommer. Chacun devrait savoir éventuellement se tenir, et savoir éventuellement jusqu'où il peut aller et puis surtout à boire avec modération ça incontestablement</i> » FG3
La consommation d'alcool était mieux tolérée plus jeune	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>étant jeune, je pense qu'on doit mieux supporter l'alcool</i> »

	<p><i>FG3</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>A l'époque j'avais 45 ans donc je supportais bien</i> » <i>FG3</i>
La consommation solitaire ne pose pas de problème	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Je bois bien seul ! Je bois très bien seul !</i> » <i>FG2</i>
La femme qui boit tolère moins bien l'alcool et a une plus mauvaise image que l'homme	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>la femme est beaucoup sensible à ce genre de choses, donc elle pourrait, serait tout de suite enivrée tellement, que ça n'irait plus. Un homme tiens le coup.</i> » <i>FG2</i> • « <i>chez la femme c'est encore moins beau</i> » <i>FG3</i>
<p>L'alcool d'avant n'est pas le même que celui d'aujourd'hui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • il était moins fort, • il était fabriqué par les gens du cru, • il était plus naturel 	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Mais enfin aujourd'hui on n'a pas les mêmes produits non plus que ce qu'il avait autrefois.</i> » <i>FG4</i> • « <i>voilà, mais à 6°, alors qu'aujourd'hui, vous avez des vins, 10°, je ne sais pas si ça existe, hein ? si ça existe ? Mais,</i>

	<p><i>du 12°, du Bordeaux, quand même, hein ? Moins de 10, ah voilà » FG2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>« Et y avait pas ces apéritif, très fort, que l'on a maintenant » FG1</i> • <i>« Le bouilleur de cru, ici il en faisait, les mirabelles, les pommes avec le cidre » FG1</i> • <i>« C'était un produit sain qui n'était pas trafiqué » FG4</i>
<p>L'initiation au vin a eu lieu dès l'enfance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>« c'est vrai que étant jeune, j'ai toujours été habitué au vin rouge, disons, pendant les repas et donc coupé de moitié ou de ¾ d'eau, ça sans problème » FG3</i>
<p>La consommation d'alcool était différente autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> • consommation plus importante de digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>« les gens ne boivent plus enfin si quand-même mais beaucoup moins. » FG2</i> • <i>« Quant aux digestifs maintenant, ils sont remisés de</i>

<ul style="list-style-type: none"> • consommation dans le cadre du travail • consommation plus fréquente au café 	<p><i>cotés » FG1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Travaillant à la chaleur, il m'arrivait de boire, étant jeune, 6 à 7 litres de vins par jour. On avait dans chaque atelier, une personne qui était chargée, avec une brouette, d'aller chercher du vin au bistrot d'à coté, pour que les gens puissent continuer de travailler, car ça servait de coup de fouet pour pouvoir effectuer nos travaux.(...) Non, c'était normal, à ce moment là c'était normale, y a pas de problème » .FG2</i> • « <i>chaque ouvrier avait son demi litre de vin tous les jours » FG4</i> • « <i>Et c'est pour ça qu'on se retrouvait au café, parce que à la maison il n'y avait pas suffisamment de place pour recevoir les gens » FG2</i>
--	---

L'alcool et les médicaments ne sont pas compatibles	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Mais je crois que médicaments et alcool ne font pas bon ménage.</i> » EI4
Le médecin sait comment consomme le patient sans poser de question	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Il voit avec les analyses, une fois par an, que... On peut savoir sans avoir à poser la question.</i> » FG3
Personne n' a un problème avec l'alcool dans l'entourage des participants	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Personnellement, je ne connais pas de personnes âgées alcooliques, dans mon entourage immédiat</i> » FG1
Les médias ont une importance dans les connaissances des personnes âgées. Or ils ne parlent pas de la consommation chez la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>avant hier, il y a eu une émission, justement, très intéressante sur la 5. Donc j'ai entendu tout ce que l'alcool peut faire.</i> » FG2 • « <i>ni à la TV, ni nulle part, on entend parler de l'alcoolisme chez les 65, 70, 90 ans</i> » FG1

DISCUSSION

I- Impression et remarques générales

A- L'organisation des entretiens

L'organisation des entretiens a été facile du fait de l'aide apportée par les responsables des CCAS. Des salles adaptées ont été mises à ma disposition.

Sur le plan technique, l'enregistrement des données a été problématique lors du premier focus groupe avec une perte des données non négligeable.

B- Impression générale sur les entretiens

Les focus groupes grâce à la dynamique de groupe ont permis une discussion plus intéressante, plus large mais limitée à des généralités. Lors des entretiens individuels, il n'y avait pas la même gêne à parler du versant abus de l'alcool et les informations recueillies étaient plus personnelles. Ce sentiment était encore plus vrai lors des entretiens avec les hommes. Mais il existe une limitation : les femmes ne buvaient pas d'alcool. Toutefois, l'une des deux était mariée à un homme dont la consommation était problématique (consommation déclarée d'alcool par le patient=75 cl de vin par jour). Or elle n'en a jamais parlé lors de son interview et parlait de l'alcoolisme comme quelque chose qui ne la concernait pas. Nous avons décidé de trianguler les données en organisant des entretiens individuels afin d'élargir la population des plus âgés à des gens plus isolés ou

n'appartenant pas à des groupes spécifiques de personnes âgés (club 3è âge, foyer logement). Ceux-ci n'ont pas permis d'apporter de données notables supplémentaires.

Lors des focus groupes et des entretiens individuels, j'ai pu sentir quatre catégories de personnes :

- les abstinents en faible proportion
- les buveurs quotidiens, buvant du vin à table, catégorie la plus nombreuse
- des consommateurs réguliers avec une consommation ponctuelle plus importante à l'occasion. Certains des participants ne cachaient pas une consommation ponctuelle plus importante, toujours avec la maîtrise de soi, non problématique à leurs yeux, marquant plutôt leur côté festif.
- les alcoolodépendants, 2 personnes à mon avis sur la totalité des interviewés. Ces personnes ne considéraient pas leur consommation comme problématique.

Quatre tendances de consommation ont été définies dans une étude qualitative sur le comportement quotidien de personnes âgées de plus de 65 ans en relation avec leur consommation d'alcool (Techoueyres, 2005) :

- les abstinents le plus souvent après avoir bu très régulièrement associé quelques femmes n'ayant jamais bu,
- les occasionnels buvant dans le but de la recherche du goût. Il s'agit d'homme en couple ou d'hommes et de femmes seules; la consommation seule est considérée comme anormale sauf pour marquer un jour particulier.
- les buveurs quotidiens buvant maximum 2 verres par jour, la part la plus

importante. La consommation a lieu au cours du repas du midi, un verre accompagnant le fromage. Ces personnes ont une vie réglée et vivent plutôt en couple.

- les buveurs quotidiens dont la consommation est de 4 verres ou plus. Il s'agit plus souvent d'hommes ayant un intérêt pour la bonne chère.

II- Forces et faiblesses de l'enquête

A- Intérêts de la méthode

a- Discours riche en détails et en nuances

Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pourquoi ils s'autorisent ou non telle ou telle pratique, comment ils comprennent leur environnement.

L'utilisation de l'entretien semi-dirigé permet d'avoir un discours riche en détails et en nuance. Cela laisse libre cours à la réflexion des gens, le plus compliqué étant de rester dans le sujet initial de la discussion et d'arriver à explorer de nouvelles pistes.

b- Aborder le sujet sur le versant émotionnel

L'étude qualitative n'est en aucun cas un test de connaissance ou un questionnaire avec pour seules réponses oui ou non. Cela permet donc d'explorer le versant émotionnel d'un sujet. En effet, l'Evidence Based Medicine fait appel à 3 sources : les données de la recherche, l'expérience du praticien et les préférences du patient. Ces préférences du patient font appel à son vécu, ses connaissances et à ses émotions. Il est donc primordial de s'en préoccuper.

c- Triangulation des données

La triangulation des données, en ayant recours à différentes méthodes de recherche, augmente la validité d'une étude qualitative (Greenhalgh , 1997).

B- Limites

Ces focus groupes et entretiens ont été faits dans un secteur géographique limité par souci de praticité ce qui limite la généralisation des résultats.

III- Emergences des points importants et rapport aux données de la littérature

A- Ce que l'on retrouve dans la littérature

1- L'alcool : qu'est-ce que c'est ?

a- Représentations sociales positives

L'alcool avait des représentations sociales plutôt positives chez les participants, données que l'on retrouve dans la littérature : l'alcool aliment, l'alcool bon pour la santé, l'alcool symbole de convivialité et de fête (Bibliomed, 2004). 80% des français ne sont concernés que par cet aspect positif (Ramond, 2001). La seule représentation négative de l'alcool est l'alcoolisme. Il n'existe pas de représentation de la progressivité des risques et des consommations nocives. On passe sans transition de la consommation valorisée socialement à l'alcoolisme de l'ivrogne. Ce mode de représentation binaire est un frein à la prise en charge de nos patients. Il est important qu'on leur explicite la dangerosité de l'alcool même avant l'alcoolisme car les patients n'en ont pas conscience. Une enquête IPSOS de 2002 sur les français et la consommation d'alcool relève que les risques liés à la consommation quotidienne excessive sont sous-estimés. En effet, la majorité des français considère que l'on meurt davantage d'un accident de la route provoqué par l'alcool que d'une consommation de plus de 4 verres d'alcool par jour, ce qui est contraire à la réalité.

b- Assimilation à une drogue

Le mot « drogue » était utilisé par certains pour définir l'alcool. Un rapport de la Direction Générale de la santé rappelle que dans la population générale, 84% des répondants lors d'une étude assimilent l'alcool à une drogue. Dans une publication de l'OFDT de 2002, lorsque l'on demande aux Français quelles sont les principales drogues qu'ils connaissent de nom, l'alcool est cité par seulement 19% des enquêtés.

c- Le vin

Le vin faisait partie du quotidien pour la majorité des participants. D'ailleurs, 37% des seniors sont usagers quotidiens (Le Nézet, 2009) dont 65% entre 65 et 75 ans.

Il était consommé au cours des repas, surtout en association avec le fromage.

Il faisait partie de leur culture française. La France est le premier pays producteur de vin. C'est aussi la boisson sacrée de la liturgie catholique qui avait une valeur diététique et alimentaire pour les autorités médicales de l'ancien régime.

d- Les autres alcools

L'utilisation des autres alcools était différente pour les sujets interrogés. Les alcools forts étaient plutôt utilisés au cours de l'apéritif ou du digestif, la bière était une boisson désaltérante et le champagne était consommé en apéritif le plus

souvent pour fêter quelque chose.

Leur consommation est d'ailleurs beaucoup plus limitée : après 65 ans, environ 40 % ont une consommation de vin quotidienne, 15% ont une consommation de bière ou alcool fort hebdomadaire.

Au cours des entretiens, il est à noter que l'utilisation du mot alcool fait référence au vin quand on parle de consommation.

Points importants :

- L'alcool, dominé par le vin, a plutôt une représentation positive.
- Les différents alcools ont des fonctions différentes.
- La consommation de vin est la plus fréquente, elle est plutôt quotidienne.
- Le côté négatif de l'alcool chez les plus de 65 ans est son assimilation à une drogue.

Il semble primordial de rappeler aux personnes âgées que la nocivité de l'alcool est progressive. Pour nous, médecins, il paraît important de faire préciser les différents types de boisson (vin, cidre, bière, alcools forts) lors du repérage de la consommation problématique d'alcool, de ne pas juste demander « vous buvez de l'alcool? Quelle quantité ? ».

2- La consommation d'alcool

a- Raisons de boire

De la même façon que les représentations de l'alcool sont positives, les raisons de boire sont largement positives. Dans beaucoup de sociétés, boire permet entre amis et famille de se détendre, de manger, de profiter de la compagnie des autres (Pontes Ferreira 2008). D'ailleurs le non consommateur se sent à l'écart de la convivialité. Une participante expliquait que lorsqu'elle était serveuse dans un bar, elle acceptait les verres d'alcool offerts alors qu'elle ne buvait pas. Elle faisait mine de les boire en jetant le contenu de son verre de façon à ne pas être vu.

Il m'a semblé que la consommation d'alcool avait toujours une justification qu'elle soit liée à des raisons positives ou négatives.

b- Une consommation définie comme normale

La définition de la consommation jugée normale par les participants était variable d'un individu à l'autre. Le plus souvent, une quantité était donnée mais allant du simple au triple voire au quadruple.

Les seuils de consommation quotidienne d'alcool au-delà desquels les risques pour la santé augmentent (seuils OMS) sont peu connus. Seuls 25% des Français citent correctement le seuil de consommation à risque pour les femmes et 17% pour celui des hommes.

Dans l'étude de l'INSERM 2003, la consommation modérée de vin, telle que définie par les Français, s'élève en moyenne à 3,3 verres par jour. Seuls les

consommateurs réguliers (soit 24% du panel) semblaient auto-justifier leur comportement en définissant une consommation modérée moyenne (4,2 verres par jour) proche de leur consommation réelle. Selon le baromètre santé 2000, la méconnaissance des seuils de consommation est en relation avec les quantités consommées d'une façon générale. Plus d'un quart des français de 12-75 ans surestimaient les seuils de consommation d'alcool quotidien à partir desquels des risques pour la santé sont généralement admis. La surestimation est plus fréquente avec l'âge surtout au-delà de 45 ans.

Dans les différents groupes, on comprend par les sous-entendus que le jugement d'une consommation en tant que consommation normale ou problématique est modifié par le contexte dans lequel s'insère ladite consommation (Lo Monaco, 2009). Lors d'une soirée entre amis, la consommation n'est considérée comme excessive qu'au-delà de 3 verres d'apéritifs et de 4 verres de vins (DGS, 2003).

Les patients n'ont pas une idée claire et précise des seuils de normalité surtout en vieillissant.

c- La consommation chez la femme

La vision des participants sur la consommation d'alcool chez la femme était beaucoup plus négative surtout dans le cadre de l'alcoolisme même de l'avis de femmes. L'image de la femme s'alcoolisant, plus encore celle d'une femme âgée qui s'alcoolise, est souvent empreinte de jugement, de réprobation, de rejet (Ménecier 2010), l'homme bénéficiant plus souvent des excuses de sa dure vie de

labeur, du travail physique, pour alimenter une certaine compassion qui justifiera de laisser l'alcoolisation perdurer avec âge.

Points importants :

- De la même façon que les représentations de l'alcool sont plutôt positives, les raisons de boire sont liées en majorité à l'hédonisme ; ce sont en tout cas les premières citées.
- Les raisons, quand elles sont jugées négatives, entrent dans le cadre de l'alcoolisme.
- Les femmes buvant ont une image beaucoup plus négative.
- Les seuils de consommation ne sont pas connus par les plus de 65 ans.

Le rappel des seuils de recommandation et l'adaptation à chaque patient (selon ses antécédents, son traitement) est primordial et doit se faire régulièrement.

3- les modifications de la consommation en vieillissant

La plupart des sujets interrogés expliquait une baisse de la consommation d'alcool avec l'âge lié à une tolérance plus faible, des plaisirs différents, des besoins moins importants, une vie sociale plus pauvre ou après conseil du médecin.

Les aînés boivent moins mais ont une consommation plus régulière (Tendance n°48).

Cette baisse semble se faire de façon spontanée, probablement dû fait des modifications physiologiques en vieillissant.

Points importants :

- la consommation d'alcool baisse en vieillissant car la tolérance à l'alcool diminue.
- la consommation devient aussi plus régulière.

La baisse de la tolérance à l'alcool ne doit pas pour autant valider et justifier la consommation chez les plus âgés. Il est important de leur faire comprendre les modifications physiologiques de la tolérance à l'alcool et les risques associés liés aux pathologies chroniques et aux traitements médicamenteux.

4- Et le médecin traitant dans tout ça

Le repérage de la consommation d'alcool était très rare selon les participants. Pour la majorité, le médecin traitant n'avait jamais posé la question de la consommation. Pour certains, la question avait été posée à l'établissement du dossier puis 1 ou 2 fois et plus depuis. Il semblait que cette question de la consommation d'alcool était plutôt posée par des médecins autres que le médecin

traitant (spécialiste hospitalier, anesthésiste). Parallèlement aux questions sur la consommation, le sujet alcool était très peu abordé en consultation. Dans le rapport de la DGS, les chiffres de l'abord systématique de la consommation d'alcool à chaque consultation ou lors du bilan d'un nouveau patient (quelque soit l'âge) est marginal (respectivement 8,7 et 19,5% des médecins). Dans une autre étude, 23% des répondants ont répondu avoir eu une conversation sur l'usage de l'alcool avec leur médecin généraliste. Parallèlement, dans l'étude de Michaud en 2006, 1/2 des médecins ont déclaré demander souvent la consommation d'alcool à un patient et 35% parfois. Pourquoi autant de différences dans les chiffres ? Les patients ne se souviennent-ils plus si on leur demande ? Les médecins pensent-ils l'avoir demandé ?

L'importance de la façon de demander était exprimée par une participante. En effet, les patients ne se mettent pas sur la défensive lorsqu'on aborde l'alcoolisation en évitant jugement et discours normatif (Michaud, 2006).

La recherche de la consommation par le médecin était jugée normale, nécessaire pour les participants, surtout si le médecin suspectait un abus. Toutefois, pour une majorité d'entre eux, c'était dans son rôle. Dans une étude, 88% des patients jugeaient que le médecin généraliste est dans son rôle en abordant les questions liées à l'alcool et 79% jugeaient facile de parler d'alcool avec leurs médecins. Ils le trouvaient aussi bien formé (Michaud 2003).

Les intervenants semblaient plutôt enclins à écouter les conseils du médecin si celui-ci en donnait. Dans l'étude de Michaud en 2003, la moitié des personnes

ayant eu une conversation avec le médecin traitant au sujet de l'alcool ont eu des conseils de modification jugés convaincant par 70% d'entre eux.

La recherche de la consommation d'alcool par le médecin traitant peut et doit se faire. Le patient ne se détournera pas de lui si celui-ci aborde ce sujet en consultation. Les patients ont confiance en leur médecin traitant en générale et sur le sujet de l'alcool en particulier. Les réticences des médecins à parler d'alcool semblent être le frein principal au repérage des problèmes d'alcool chez la personne âgée.

Points importants :

- La consommation d'alcool est un sujet tabou pour les médecins
- Les patients ne sont pas opposés aux questions de leur médecin concernant leur consommation.

Il faut parler d'alcool avec ses patients, interroger sur la consommation et donner des conseils quand cette consommation est jugée problématique.

B- Ce qui est différent des données de la littérature

1- Les jeunes

Pour les participants, la classe d'âge qui avait un problème avec l'alcool, c'était les jeunes. Cette stigmatisation semblait être relayée par les médias. Or les jeunes générations boivent moins d'alcool que ne le faisaient au même âge les hommes et les femmes appartenant à des générations plus anciennes (Mizrahi, 2003). Selon Michaud, la société est moins concernée par les conséquences de l'alcoolisation des plus âgés par rapport aux adultes plus jeunes (Michaud, 2006).

2- La consommation solitaire n'est pas un problème

Une partie des participants trouvaient qu'il n'y avait aucun problème à consommer seul. Or l'alcool est fortement ritualisé en France. Il est très mal vu de consommer seul au risque de faire l'objet de jugement négatif de la part de la collectivité. Une consommation de groupe est mieux tolérée, elle est même considérée comme normale. D'ailleurs, le nombre de verres attribués en situations de groupe et traduisant une consommation normale est supérieur au nombre de verres attribué en situation solitaire et traduisant une consommation dénotant une dépendance (Lo Monaco, 2009). De plus, la consommation solitaire est associée dans l'imaginaire collectif à une consommation régulière et la consommation de groupe à une consommation bien plus occasionnelle et festive.

3- Consommation d'alcool et médicaments

Les interviewés semblaient conscients que alcool et médicaments ne faisaient pas bon ménage. Or il semblerait que les patients ne soient pas au courant du risque d'interactions entre médicaments et alcool (Pringle 2005).

Il faut recentrer le problème de l'alcool sur les personnes âgées sans nier les problèmes d'alcoolisation massive chez les jeunes.

A chaque initiation de traitement, il faut rappeler, quand c'est nécessaire, le risque d'effets indésirables avec l'alcool

C- Ce que l'étude apporte de nouveau

1- Différenciation vin alcool

Ce qui a été frappant dès le deuxième entretien, c'était que pour les participants il fallait différencier le vin et l'alcool. Pour la grande majorité, ce n'était pas du tout la même chose. Cette notion est très ancienne. On la retrouve dans les écrits anciens. Elle est fondamentale à se rappeler. Les rapports à l'alcool se modifiant dans le temps, cette différenciation n'est pas forcément évidente pour les plus jeunes d'entre nous.

Lors du repérage de la consommation d'alcool il semble donc important de citer différents types de boissons alcooliques pour avoir une consommation déclarée d'alcool la plus proche de la réalité et surtout le vin.

Points importants :

- citer différents alcools dont le vin lors de la recherche de la consommation d'alcool surtout chez les plus âgés.

Il faut rappeler aux patients qu'il y a une même quantité d'alcool dans les verres standards servis dans les bars.

2- Notion de tolérance individuelle

Pour certains des participants de nos entretiens, une consommation ponctuelle importante n'était pas un problème. Elle n'était certes pas définie comme normale mais elle n'était pas considérée comme anormale pour autant tant que l'on se maîtrise. Cette notion de maîtrise, de tolérance individuelle était omniprésente dans les groupes comme si la définition de seuils de consommation ne pouvait pas avoir lieu, chaque individu répondant différemment aux effets de l'alcool. Il semble donc important de rappeler que les effets ressentis de la consommation d'alcool et les conséquences sur le corps sont deux notions très différentes. Le seuil d'une consommation normale n'est pas celui de l'ivresse.

Points importants :

- La maîtrise de soi ne définit pas un seuil de consommation acceptable

Encore une fois, il faut rappeler les seuils de consommation et expliquer ce que cela signifie.

3- L'omniscience du médecin

« *Il sait* » FG3, « *il nous connaît !* » FG1. Pour les participants, le médecin n'avait pas besoin de poser la question. Il connaissait la réponse. Cette idée de l'omniscience du médecin est intéressante pour le repérage de la consommation chez les plus âgés. Poser et reposer la question de la consommation d'alcool

pourrait avoir un retour négatif puisque le médecin est censé savoir. Il est encore une fois important d'expliquer au patient dans quel but on l'interroge sur sa consommation d'alcool et de l'instaurer en systématique au moins une fois par an comme le recommande l'American geriatric society.

Le médecin n'est pas omniscient. Il doit interroger ses patients.

4- doute sur existence de l'alcoolisme chez les personnes âgées :

« Ni à la TV, ni nulle part, on entend parler de l'alcoolisme chez les 65, 70, 90 ans » (FG1). « Est-ce que ça existe, vraiment, l'alcoolisme, chez les personnes âgées ? » (FG1). Cette phrase résume bien le ressenti des intervenants. Il y a une ignorance, certains diraient un déni, de la consommation d'alcool chez les plus âgés. Mais ce problème ne fait pas l'objet de sujet dans les médias. Alors existe-il vraiment ? Une amélioration de notre capacité à prendre en charge les plus âgés en ce qui concerne l'alcool passe donc par une campagne d'information comme il a été fait en ce qui concerne la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Il est important de montrer que, comme chez une femme enceinte, certaines modifications physiologiques doivent faire modifier la consommation d'alcool en vieillissant sans pour autant parler d'alcoolisme.

Points importants :

- Les médias sont vecteurs de message
- Les personnes âgées doutent de la possibilité d'être alcoolique dans leur classe d'âge

Une campagne d'information sur les problèmes d'alcool chez la personne âgée via les médias semble une bonne façon de les atteindre et de les informer.

CONCLUSION

L'alcool a une représentation positive chez les plus de 65 ans comme dans le reste de la population, la seule représentation négative étant l'alcoolisme. Mais cette génération a grandi dans une époque valorisant l'alcool. Il n'existait pas de prévention de l'alcoolisme. La position socio-culturelle différait donc grandement. Il paraît important, dès aujourd'hui, de s'intéresser un peu plus à la consommation d'alcool chez les plus de 65ans et à la consommation problématique afin de codifier dès maintenant la prise en charge. Il sera ainsi plus facile de gérer cette « épidémie silencieuse » dont parlent plusieurs auteurs.

Ce travail met en évidence l'absence de connaissances des seuils de recommandation et de l'effet nocif d'une consommation même si elle n'entre pas dans le cadre de la dépendance. Il met par ailleurs en évidence que les personnes âgées trouvent normal de parler de leur consommation avec leur médecin traitant.

Afin d'améliorer notre prise en charge des problèmes d'alcool chez les plus âgés, il faudrait :

- Parler d'alcool avec son patient, au moins une fois par an sur un mode relationnel empathique, sans jugement.
- Lui donner les seuils de consommation recommandés en adaptant ces seuils au

terrain, aux antécédents, aux traitements associés, à l'âge et au sexe.

- Expliciter ces seuils en terme simple en expliquant les objectifs.
- Respecter la responsabilité de la personne vis à vis de son comportement (Michaud 2003).
- Renforcer leur confiance en soi.

Enfin, comme le « zéro alcool » pendant la grossesse, une campagne d'information et de prévention serait à envisager. Ce serait le moyen le plus efficace de rendre le problème visible, existant et de casser le tabou de l'alcoolisme chez la personne âgée.

Annexe 1

Critères d'usage nocif selon le CIM 10

Mode de consommation inadéquat entraînant une souffrance et/ou une altération dans au moins un des domaines suivants :

Santé physique

Santé psychique

Scolarité ou vie professionnelle

Famille

Relations sociales

Situation financière

Relation à la loi, l'ordre, la société

Annexe 2

Critères de dépendance selon le DSM IV

American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française par J-D Guelfi et al. Paris, 1996, 384p.

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

1. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :

A. Besoins de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

B. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

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

A. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance

B. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant et récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liées à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Spécifier si :

1. Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est-à-dire les items 1 ou 2)
2. Sans dépendance physique : absence de tolérance et de sevrage (c'est-à-dire tant de l'item 1 que de l'item 2)

Annexe 3 Questionnaire DETA

DETA = Diminuer Entourage Trop Alcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez Trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation : Deux réponses positives (ou plus) font suspecter un problème de santé avec l'alcool et légitiment un entretien clinique (usage nocif ou alcoolodépendance).

Annexe 4 :

Les seuils de consommation proposés par l'OMS

Société Française d'Alcoologie. *Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Polir quel patient ? Sur quels critères ?* Alcoologie et Addictologie. 200 1, 23 (4 Suppl.): 1 S-76s.

1. Jamais plus de 4 verres-standards par occasion pour l'usage ponctuel
2. Pas plus de 21 verres-standards par semaine pour l'usage régulier chez l'homme
(3 verres/jour en moyenne)
3. Pas plus de 14 verres-standards par semaine pour l'usage régulier chez la femme
(2 verres/jour en moyenne)
4. Pas de consommation d'alcool au moins un jour par semaine.
5. Absence de consommation en cas de situation à risque :
 - conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse,
 - poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention.. .
6. Absence de consommation en cas de risque individuel :
 - Consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs
(Potentialisation des effets psychotropes de l'alcool)
 - Pathologies organiques et/ou psychiatriques associées
 - Modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible

poids, du sexe, des médications associées de l'état psychologique.. .

- Autres situations physiologiques particulières : la grossesse, états de fatigue.. .

(Liste non-exhaustive)

Au-delà de ces seuils de consommations, on considère que la consommation est de l'ordre du mésusage. Ces seuils ne sont que des repères et doivent être adaptés à chaque situation individuelle.

Annexe 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Pour vous, qu'est-ce que l'alcool ?

Toutes les boissons alcoolisées sont-elles équivalentes ?

- Pourquoi boit-on de l'alcool ?

A quelles occasions ? Dans quel but ?

- Selon vous, ces raisons se modifient-elles en vieillissant ?
- Qu'est-ce qu'une consommation normale selon vous ?
- Selon vous qu'est-ce que l'alcoolisme ?

Peut-on avoir une consommation excessive sans être alcoolique ?

- Connaissez-vous des gens qui ont des problèmes avec l'alcool ?
- Pensez-vous qu'il faille modifier son comportement vis à vis de l'alcool en vieillissant ?

Pour quelles raisons ?

- Connaissez-vous des effets nocifs (toxiques) de l'alcool ? Est-ce que le fait de boire peut aggraver des maladies ?

Et avec les médicaments ? Pensez-vous que prendre des médicaments doivent modifier sa consommation ? Des problèmes de santé ?

- Avez-vous déjà parlé de votre consommation avec votre médecin traitant ? Pensez vous que votre médecin traitant doit aborder

spontanément ce sujet ?

Est-ce de son ressort ?

Pensez-vous pouvoir lui en parler si vous ou votre conjoint avaient un problème avec l'alcool ?

- Pensez-vous qu'il existe un déni important de la consommation d'alcool chez les plus de 65 ans ?

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Alcohol use disorders in older adults.

Annals of Long-Term Care. 2006; 14(1):23-26. consultable en ligne

<http://www.annalsoflongtermcare.com/article/5143>

ANDERSON A, GUAL A, COLON J INCa (trad.) *Alcool et médecine générale.*

Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.

Paris, 2008 ; 141 p.

BECK F, LEGEYE S, LENEZET S et al. Atlas régional des consommations

d'alcool. Ed INPES/OFDI. 2005; p 160-165

BEH. Alcool et santé en France, états des lieux. Institut de veille sanitaire 2006; 34-

35: 251-266

BERKS. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients Int

psychogeriatr. 2008 dec; 20(6):1090-103

BIBLIOMED. Mésusages de l'alcool: pourquoi est-ce si difficile d'en parler. 2004;

366

BLOOMFIELD K, STOCKWELL T, GMEL G et al. International comparisons of

alcohol consumption. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2003; 1

(3) : 197-205

BOUIX JC, GACHE P, RUEFF B et al. Parler d'alcool reste un sujet tabou.

Connaissances, opinions, attitudes et pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. *Rev Prat Med Gen.* 2002; 16 (588) : 1488-92

BUCHSBAUM DG, BUCHANAN RG, WELSH J et al. Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire. *JAGS.* 1992;40:662-665

CORRAO G, BAGNARDI V, ZAMBON A et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine.* 2004; 38: 613-619

CORRAO G, RUBBIATI L BAGNARDI V et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis . *Addiction.* 2000; 95 (10): 1505-1523

CULBERSON JW . Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE: Part 1. *Geriatrics.* 2006;61 (10) : 23-27

CULBERSON JW Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE: Part. *Geriatrics.* 2006;61 (11) : 20-26

DAR K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction?. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2006, vol. 12, 173–181

DEWOST A-V, DOR B, ORBAN T, et al. Choisir un questionnaire pour évaluer le risque alcool de ses patients. *Rev Prat Med Gen.* 2006; 20: 321-326

DI CASTELNUEVO A, COSTANZO S, BAGNARDI V, et al. Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women. An updated Meta-analysis of 34 Prospective Studies. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 2437-2445

DGS Rapport http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf

DREES. L'état de santé de la population en France, Rapport annuel, Coll. Etudes statistiques, La documentation française.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

DUFOUR M, FULLER MPH, FULLER RK. Alcohol in the elderly. Annual Review of Medicine. 1995;46:123-32

FINK A, ELLIOTT MN, TSAI M et al. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. JAGS. 2005;53:1937-1943

FINK A, HAYS RD, MOORE AA et al . Alcohol-Related Problems in Older Persons. Determinants, Consequences and Screening. Arch Intern Med. 1996 ; 156 : 1150-1156

FINK A, LECALLIER D. Un questionnaire de repérage du risque alcool adapté au senior. Alcoologie et addictologie. 2009 ; 31 (3) : 225-234

FINK A, MORTON SC, BECK JC et al. The alcohol-related problems survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. J Am Geriatr Soc. 2002;50:1717-22

FINK A, TSAI MC, HAYS RD et al. Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2002 ; 34 : 55-78

GOODWIN JS, SANCHEZ CJ, THOMAS P et al. Alcohol intake in a healthy elderly population. American Journal of Public Health. 1987; 77 (2): 17317

GUALDONI S, MULLER V. Repérage précoce des usages à risque ou nocifs d'alcool. Rev Prat Med Gen. 2006;20 (724/725) : 318- 320

GREENHALGH T, TATLOR R. *How to read a paper: Papers that go beyond*

numbers (qualitative research). BMJ, 1997; 315 : 740

HAAZ S, GACHE P. Enjeux et perspectives médicales de la consommation d'alcool chez la personne âgée. La Revue Médicale Suisse. 2007 ; 118

Consultable <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=32411>

I. LANG, GURALNIK J, WALLACE RB et al. What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in U.S. and English national cohorts. J Am Geriatr Soc. 2007;55:49-57

INSERM. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendances. Collection Expertise collective, éditions INSERM; 2003

JL PAN KE SHON. Isolement relationnel et mal être. INSEE Première. N° 931, nov 2003.

JOHNSON I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:575-81

KIRCHNER JE, ZUBRITSKY C, CODY M, et al. Alcohol Consumption Among Older Adults in Primary Care. Journal of General Internal Medicine. 2007 ;22 :92-97

LANOE, Jean-Louis. *L'état de santé en France en 2003*. Etudes et Résultats n°436 octobre 2005, Drees.

LO MONACO G, GAUSSOT L, GUIMELLI C. Consommation de vin, pensée sociale et construction sociale de la normalité. Pratiques Psychologiques. 2009; 15 : 473-492

MAHEUT-BOSSER A. Spécificité de prise en charge de certaines populations.

Alcoologie et addictologie. 2007 ; 29 (4) : 456-462

MENECIER P. Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé. Soins gériatologiques. 2006; 62:12-14

MENECIER P, MENECIER-OSSIA L, COLLOVRAY L. Les difficultés à parler d'alcool avec la personne âgée. Soins gériatologiques. 2006; 60: 40-42

MENECIER P, BADILA P, MENECIER OSSIA L. Sujets âgés et alcool. La Revue de Gériatrie 2008; 33: 857-868

MENECIER P. Les aînés et l'alcool. Éditions érès. 226p. Pratiques gériatologiques.

MERRICK EL, HORGAN CM, HODGKIN D et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. J Am Geriatr Soc. 2008; 56: 214-223

MICHAUD P. Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool avec ses patients. Médecine.2006; 2 (7) : 291-292

MICHAUD P, FOUILLAND P, GREMY I et al. Alcool , tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. Résultats d'un sondage téléphonique en population générale. Rev Prat Med Gen. 2003; 17 (611) : 605-608

MICHAUD P, LECALLIER D. Risque alcool chez les plus âgés; Difficultés liées au repérage. Gériatologie et société. 2003 ; 105 : 89-99

MIZRAHI A, MIZRAHI A. Consommation d'alcool et de tabac. Gériatologie et société. 2003 ; 105 : 21-43

MOORE AA, BECK JC, BABOR TF et al. Beyond alcoholism: identifying older,

at risk drinkers in primary care. *J Stud Alcohol*. 2002;63:316-324

MOORE AA, GIULI L, GOULD R et al. Alcohol use, comorbidity and mortality. *JAGS*. 2006;54:757-762

MOORE AA, WHITEMAN EJ, WARD KT . Risk of Combined Alcohol/Medication Use in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2007; 5 (1) : 64-74

MUKAMAL KJ, MITTLEMAN MA, LONGSTRETH WT et al. Self-reported Alcohol Consumption and Falls in Older Adults: Cross-Sectional and longitudinal Analyses of the Cardiovascular Health Study. *JAGS*. 2004 ; 52 : 1174-1179

NAUDET MM, MICHE JN. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste. Impact de sa formation et de ses représentations. *Alcoologie et addictologie* 2006 ; 28 (1) : 41-50

O'CONNELL H, CHIN AV, CUNNINGHAM C et al. Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003;327:664-667

OFDT http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html#aff_rech

OFFSAY J Treatment of alcohol-related problems in the elderly. *Annals of Long-Term Care*. 2007;15 (7) : 39-44

ONEN SH. Problèmes d'alcool chez les personnes âgées. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2008; 8, 9-14

PATTERSON TL, JESTE DV. The Potential Impact of the Baby-Boom Generation on Substance Abuse Among Elderly Persons. *Mental Health and Aging* . 1999; 50 (9) : 1184-1188

- PIERUCCI-LAGHA A . Alcool et vieillissement. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. 2003; 1 (3) : 197-205
- PIERUCCI-LAGHA A, DEROUESNE C. Alcool et vieillissement. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. 2003; 1 (4) : 237-249
- PONTES FERREIRA M, WEEMS MKS. Alcohol Consumption by Aging Adults in the United States: Health Benefits and Detriments . Journal of the American Dietetic Association. 2008 ; 108 (10) : 1668-1676
- PRINGLE KE, AHERN FM, HELLER DA et al. Potential for alcohol and prescription drug interaction in older people .JAGS. 2005; 53: 1930-1936
- RAMOND MJ , PESSIONE F. Épidémiologie de la consommation d'alcool et des maladies alcooliques du foie en France. Hépatogastro. 2001; 8 (2) : 113-118
- REHM J, ROOM R, VAN DEN BRINK W et al. Alcohol Use Disorders in EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. European Neuropsychopharmacology. 2005; 15: 377-388
- REID MC, BOUTROS NN, O'CONNOR PG et al. The health related effects of alcohol use in older persons: a systemic review. Subst abuse. 2002; 23 (3): 149-16
- ROBERT-BOBEE I. Projections de populations pour la France Métropolitaine à l'horizon 2050. INSEE Première. 2006; 189
- SOROCCO KH, FERRELL SW. Alcohol use among older adults. J Gen Psychol. 2006 ;133(4):453-67
- TECHOUEYRES I, MONTAGNE K, LETENNEUR L. Comportement quotidien des personnes âgées de plus de 65 ans en relation avec leur consommation d'alcool.

Cahiers de l'Ireb. 2005; 17 : 55-58

VIGNE C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. La Revue de Gériatrie. 2003 ; 9
(28) : 741-743

WAHNICH S. *Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique.*
BBF, 2006, n° 6, p. 8-12 . consultable en ligne: <http://bbf.enssib.fr/>> Consulté le 25
septembre 2010